



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

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

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança**

## **Ana Raquel Seco Rocha**

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

## **Mestrado em Enfermagem**

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

## **Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

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

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança**

**Ana Raquel Seco Rocha**

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

**Mestrado em Enfermagem**

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

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

## **TRANSPORTE DA CRIANÇA/JOVEM: UMA VIAGEM EM SEGURANÇA**

**Ana Raquel Seco Rocha**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Júri:**

**Presidente:** Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Doutorado em Educação)

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

**Arguente:** Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

António José da Mota Casa Nova (Especialista em Enfermagem, Decreto-Lei n.º 206 de 2009, de 31 de agosto)

Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

**Orientador:** Ana Lúcia Caeiro Ramos (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Data: 14 de julho de 2020

*O futuro de um país são seus jovens. Não podemos nos dar ao luxo de perder nossos filhos no trânsito.*

Doutora Margaret Chan  
Diretora-Geral  
Organização Mundial de Saúde, 2015

## **AGRADECIMENTOS**

A frequência deste mestrado foi repleta de desafios e prestes a atingir mais um marco importante na minha vida cabe-me demonstrar o meu gesto de gratidão aos que contribuíram de forma crucial para que esta etapa se concretizasse.

Aos meus pais, por tudo o que me têm ensinado ao longo da vida, por me acompanharem e apoiarem sempre, por me ajudarem a superar todos os obstáculos, e acima de tudo, pelo amor, carinho e preocupação incessantes que demonstram ter por mim.

À minha irmã e aos meus sobrinhos, pela força e paciência em todos os momentos de ausência e indisponibilidade, e pelos abraços e beijinhos reconfortantes.

À minha restante família, pelo carinho e apoio em todos os momentos, pela paciência, respeito e compreensão nos momentos de ausência e tomadas de decisão.

À Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, pela dedicação, simpatia, exigência, rigor e qualidade na orientação e acompanhamento ao longo deste percurso. Por todo o incentivo, respeito e reconhecimento do meu potencial em todo o trabalho desenvolvido tornando possível a concretização deste desafio.

Às enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos estágios, pela disponibilidade, supervisão, sabedoria, profissionalismo, partilha de conhecimentos e momentos de reflexão, pelo reconhecimento e apoio, pela boa disposição e carinho, contribuíram de uma forma valiosa para o meu processo de desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

Às equipas multidisciplinares que conheci, pelo acolhimento e trato, pela oportunidade de trabalhar e aprender ao longo dos diversos contextos de estágio.

A todos os que aceitaram participar nos estudos, pelo contributo imprescindível permitindo a consecução dos mesmos.

Às minhas colegas e amigas Adriana Janeiro, Ana Valeriano, Daniela Abreu e Patrícia Paulino, por todo o companheirismo, apoio, encorajamento e amizade, pelos momentos de diversão, estudo, trabalho, partilha de conhecimentos e por tudo o que passámos juntas ao longo destes 18 meses.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo apoio, incentivo e disponibilidade em todos os momentos.

A todas as crianças e respetivas famílias a quem presto cuidados diariamente, por contribuírem para a minha formação e para o meu desenvolvimento.

Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança |

---

A todos aqueles que cruzaram o meu caminho, caminharam ao meu lado e me ajudaram a tornar este sonho numa realidade,

o meu sincero e profundo agradecimento!

## RESUMO

**Título:** Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança

Os acidentes rodoviários constituem uma importante causa de morte e incapacidade nas crianças e jovens em Portugal. Esta realidade constitui uma preocupação para toda a população podendo ser alvo de intervenção através da implementação de medidas prévias de prevenção. É importante reconhecer o peso que a prevenção tem no que diz respeito à diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade infantil e juvenil com evidentes ganhos em saúde nesta população. A promoção da segurança e prevenção de acidentes no transporte de crianças/jovens são sem dúvida responsabilidades de todos os enfermeiros, especialmente dos que trabalham em pediatria, de forma a melhorar os cuidados prestados, a qualidade de vida e segurança das crianças/jovens e família.

Recorrendo à metodologia de projeto desenvolveu-se um projeto de intervenção inserido na linha de investigação 'Segurança e Qualidade de Vida', transversal aos diferentes contextos práticos mas considerando as necessidades específicas de cada local, com o objetivo 'contribuir para a segurança das crianças/jovens no transporte automóvel'. Este projeto permitiu-nos sensibilizar e capacitar diferentes grupos-alvo e otimizar estratégias e recursos na tentativa de fomentar mudanças comportamentais com impacto positivo na saúde.

Este relatório documenta todo o percurso formativo que conduziu ao alcance e desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de mestre. Contempla também uma análise descritiva e reflexiva do mesmo.

**Palavras-chave:** transporte rodoviário; segurança infantil; enfermagem de saúde infantil e pediátrica

## **ABSTRACT**

### **Title: Transport of child/youngster: a travel in safety**

Road accidents constitute an important cause of death and disability on children and young people in Portugal. This reality poses a concern for all the population, presenting a target intervention through the implementation of ahead prevention measures. It is important to recognize the weight that the prevention has on what concerns the reduction of mortality rates and infant/juvenile morbidity with clear gains on health on this population. The promotion of safety and prevention of accidents on the transport of children/youngsters are no doubt responsibilities of all nurses, especially the ones working on pediatrics, as a way to improve the offered care, the life quality and the safety of children/youngsters and family.

Making use of project methodology, it was developed an intervention project part of the investigation line 'Safety and Quality of Life', crossing the different practical contexts but considering the specific needs of each local, with the objective 'contribute for the safety of children/youngsters on road transport'. This project allowed us to sensitize and to capacitate different target groups and to optimize strategies and resources on the attempt to foment behavioral changes with positive impact on the health.

This report documents all the training path that lead to the reach and development of the competencies of the Specialist Nurse on infant and pediatric health nursing and a Master's. It contemplates also a descriptive and reflexive analysis on itself.

**Keywords:** road transport; child safety; infant and pediatric health nursing

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ANSR** – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

**APSI** – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

**cm** – centímetros

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**doi** – *Digital Object Identifier*

**Dr.** – Doutor

**EEESIP** – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**EMLA®** – *Eutectic Mixture of Local Anesthetics*

**Exmo(s).** – Excelentíssimo(s)

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPP** – Instituto Politécnico de Portalegre

**kg** – quilogramas

**MS** – Ministério da Saúde

**n.º** – número

**NHTSA** – *National Highway Traffic Safety Administration*

**NIDCAP®** – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**p.** – página

**PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**PORDATA** – Base de Dados de Portugal Contemporâneo

**pp.** – páginas

**RN** – Recém-nascido(s)

**s.d.** – sem data

**s.p.** – sem página

**Sr(s).** – Senhor(es)

**SRC** – Sistema(s) de Retenção para Crianças

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UICD** – Unidade de Internamento de Curta Duração

**UNESCO** – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

**UNICEF** – *United Nations Children's Fund*

**UUP** – Unidade de Urgência Pediátrica

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>16</b> |
| <b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL</b> .....   | <b>21</b> |
| <b>1.1. SEGURANÇA DA CRIANÇA E QUALIDADE DE VIDA</b> .....   | <b>21</b> |
| <b>1.2. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY E FILOSOFIA DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA</b> .....  | <b>24</b> |
| <b>1.3. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>1.4. A CRIANÇA PASSAGEIRA NO AUTOMÓVEL E O TRÂNSITO</b> .....   | <b>28</b> |
| <b>1.4.1. Sinistralidade rodoviária infantil – realidade portuguesa</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>1.4.2. Sistemas de retenção para crianças</b> .....   | <b>31</b> |
| <b>1.4.2.1. Carro</b> .....  | <b>35</b> |
| <b>1.4.2.2. Ambulância</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>1.5. ATUAÇÃO DO EEESIP NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES RODOVIÁRIOS E NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA RODOVIÁRIA INFANTIL – CAPACITAÇÃO E EMPOWERMENT</b> ..... | <b>38</b> |
| <b>1.5.1. Com as Crianças/Jovens</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>1.5.2. Com os Pais/Cuidadores</b> .....   | <b>41</b> |
| <b>1.5.3. Com os Enfermeiros</b> .....   | <b>44</b> |
| <b>1.5.4. Com outros profissionais: Bombeiros</b> .....  | <b>45</b> |
| <b>2. ‘TRANSPORTE DA CRIANÇA/JOVEM: UMA VIAGEM EM SEGURANÇA’ – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DURANTE O PERCURSO FORMATIVO</b> .....      | <b>47</b> |
| <b>2.1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO: DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES</b> .....                                       | <b>49</b> |
| <b>2.1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</b> .....  | <b>51</b> |
| <b>2.1.2. Unidade de Urgência Pediátrica</b> .....   | <b>54</b> |
| <b>2.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</b> .....   | <b>57</b> |
| <b>2.1.4. Serviço de Internamento de Pediatria</b> .....   | <b>60</b> |
| <b>2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</b> .....  | <b>64</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>2.2.1. População-alvo.....</b>   | <b>66</b>  |
| <b>2.2.1.1. Pais/cuidadores.....</b>  | <b>66</b>  |
| <b>2.2.1.2. Enfermeiros .....</b>   | <b>66</b>  |
| <b>2.2.1.3. Outros profissionais: Bombeiros.....</b>  | <b>69</b>  |
| <b>2.2.2. Síntese integradora.....</b>  | <b>73</b>  |
| <b>2.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....</b>  | <b>74</b>  |
| <b>2.4. PLANEAMENTO .....</b>   | <b>75</b>  |
| <b>2.5. EXECUÇÃO .....</b>  | <b>78</b>  |
| <b>2.5.1. Com as Crianças/Jovens.....</b>   | <b>79</b>  |
| <b>2.5.2. Com os Pais/Cuidadores .....</b>  | <b>80</b>  |
| <b>2.5.3. Com os Enfermeiros .....</b>  | <b>82</b>  |
| <b>2.5.4. Com outros profissionais: Bombeiros .....</b>   | <b>86</b>  |
| <b>2.6. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS .....</b>  | <b>87</b>  |
| <b>2.7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: DE CUIDADOS GERAIS A ESPECIALISTA E MESTRE – ANÁLISE REFLEXIVA .....</b>                       | <b>99</b>  |
| <b>3.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....</b>   | <b>101</b> |
| <b>3.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....</b> | <b>115</b> |
| <b>3.3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....</b>   | <b>123</b> |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>   | <b>128</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>133</b> |

## ÍNDICE DE APÊNDICES

|  |     |
|--|-----|
| <b>APÊNDICE 1</b> – Declaração de Consentimento informado, esclarecido e livre .....   | 155 |
| <b>APÊNDICE 2</b> – Questionário de diagnóstico de situação aplicado aos enfermeiros .....   | 156 |
| <b>APÊNDICE 3</b> – Síntese dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem .....   | 162 |
| <b>APÊNDICE 4</b> – Questionário de diagnóstico de situação aplicado aos Srs. Comandantes das corporações de bombeiros .....   | 169 |
| <b>APÊNDICE 5</b> – Resumo do Artigo Científico: ‘Transporte de crianças em ambulâncias: conhecimentos dos enfermeiros e práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central’ ..... | 172 |
| <b>APÊNDICE 6</b> – Cronograma do Projeto de Estágio .....   | 174 |
| <b>APÊNDICE 7</b> – Jogo ‘Quantos-queres’ para crianças [em idade escolar] e jovens [na pré-adolescência].....   | 175 |
| <b>APÊNDICE 8</b> – Cartaz informativo para pais/cuidadores: ‘Transporte da Criança/Jovem em Segurança no Automóvel’ .....   | 177 |
| <b>APÊNDICE 9</b> – Folhetos informativos para pais/cuidadores: ‘Transporte de Crianças: Uma Viagem em Segurança’ .....  | 178 |
| <b>APÊNDICE 10</b> – Dístico autocolante para pais: ‘Colocação correta do bebé no ‘ovinho’ ...   | 181 |
| <b>APÊNDICE 11</b> – Plano da sessão de capacitação para pais/cuidadores, grávidas e respetivos companheiros – UCSP .....  | 182 |
| <b>APÊNDICE 12</b> – Diapositivos da apresentação em suporte digital <i>PowerPoint</i> <sup>®</sup> para a sessão – UCSP .....   | 184 |
| <b>APÊNDICE 13</b> – Norma de procedimento de enfermagem: ‘Utilização do equipamento <i>Kidy Safe</i> <sup>®</sup> no transporte inter-hospitalar pediátrico’ .....                              | 194 |
| <b>APÊNDICE 14</b> – 1º e-mail de contacto com empresa Euraslog, fabricante do <i>Kidy Safe</i> <sup>®</sup> ...   | 201 |
| <b>APÊNDICE 15</b> – Plano da sessão de capacitação para pais – UCIN .....   | 204 |
| <b>APÊNDICE 16</b> – Diapositivos da apresentação em suporte digital <i>PowerPoint</i> <sup>®</sup> para a sessão – UCIN.....  | 206 |
| <b>APÊNDICE 17</b> – Grelha de observação e registo: ‘Transporte do bebé no ‘ovinho’ .....   | 217 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>APÊNDICE 18</b> – Plano da sessão de capacitação para pais/cuidadores – Serviço de Internamento de Pediatria.....  | 218 |
| <b>APÊNDICE 19</b> – Diapositivos da apresentação em suporte digital <i>PowerPoint</i> ® para a sessão – Serviço de Internamento de Pediatria .....                     | 220 |
| <b>APÊNDICE 20</b> – Plano de sessão formativa para a equipa de enfermagem – UUP .....  | 231 |
| <b>APÊNDICE 21</b> – Diapositivos de apresentação em suporte digital <i>PowerPoint</i> ® para a sessão – UUP.....   | 233 |
| <b>APÊNDICE 22</b> – Vídeo informativo para os bombeiros: ‘Transporte de Crianças em Ambulâncias’ .....   | 239 |
| <b>APÊNDICE 23</b> – Questionário de avaliação das sessões formativas.....  | 240 |
| <b>APÊNDICE 24</b> – Questionário de avaliação de conhecimentos da sessão de capacitação para pais/cuidadores.....  | 241 |
| <b>APÊNDICE 25</b> – Estudo de caso.....  | 244 |
| <b>APÊNDICE 26</b> – Consentimento informado, esclarecido e livre para o estudo de caso.....  | 332 |
| <b>APÊNDICE 27</b> – Artigo Científico de Revisão Integrativa da Literatura: ‘Controlo da dor no recém-nascido: As intervenções não-farmacológicas do Enfermeiro’ ..... | 333 |
| <b>APÊNDICE 28</b> – Resumo da <i>Scoping Review</i> : ‘ <i>PEWS – Pediatric Early Warning Score</i> : Um instrumento de avaliação do Enfermeiro em Pediatria’ .....    | 335 |

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

|  |            |
|--|------------|
| <b>ANEXO 1 – Declaração de Aceitação de Orientação .....</b>   | <b>338</b> |
| <b>ANEXO 2 – Parecer do Conselho Técnico-Científico do IPP sobre o desenvolvimento do projeto de intervenção .....</b>           | <b>339</b> |
| <b>ANEXO 3 – Autorizações institucionais para desenvolvimento do projeto de intervenção .</b>                                    | <b>340</b> |
| <b>ANEXO 4 – Parecer da Comissão de Ética do IPP sobre o estudo de investigação .....</b>  | <b>343</b> |
| <b>ANEXO 5 – Certificado de participação e conteúdos programáticos: ‘VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira’ .....</b>    | <b>344</b> |
| <b>ANEXO 6 – Certificado de participação e conteúdos programáticos: ‘Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras’ .....</b> | <b>346</b> |
| <b>ANEXO 7 – Certificado de participação e conteúdos programáticos: ‘Workshop Segurança Rodoviária’ .....</b>                    | <b>348</b> |
| <b>ANEXO 8 – Certificado de aprovação no Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico.</b>                                       | <b>350</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 1</b> – Etiqueta de homologação de sistemas de retenção para transporte. ....  | 33  |
| <b>Figura 2</b> – Formas de transporte de crianças com peso inferior a 13 kg. ....   | 162 |
| <b>Figura 3</b> – Formas de transporte de crianças com idade inferior a 18 meses.....  | 163 |
| <b>Figura 4</b> – Formas de transporte de crianças com idade superior a 18 meses.....  | 163 |
| <b>Figura 5</b> – Formas de colocação do cinto de segurança em crianças transportadas em banco elevatório.....                     | 164 |
| <b>Figura 6</b> – Frequência da utilização dos SRC no transporte de crianças/jovens em ambulâncias. ....                           | 165 |
| <b>Figura 7</b> – Ocorrência de acidentes rodoviários no transporte de crianças/jovens em ambulâncias. ....                        | 165 |
| <b>Figura 8</b> – Explicação sobre a forma de transporte de crianças/jovens em ambulâncias. .                                      | 166 |
| <b>Figura 9</b> – Fontes através das quais os enfermeiros adquiriram informação sobre o transporte de crianças em ambulâncias..... | 167 |
| <b>Figura 10</b> – Conhecimento de alguma campanha/projeto de prevenção de acidentes rodoviários.....                              | 168 |

## ÍNDICE DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1</b> – Classificação e forma de colocação dos SRC de acordo com o peso, idade e tamanho da criança. ....   | 32 |
| <b>Quadro 2</b> – Análise das práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central no transporte de crianças em ambulâncias.....  | 71 |
| <b>Quadro 3</b> – Principais erros no transporte de crianças/jovens em ambulâncias.....   | 71 |
| <b>Quadro 4</b> – Análise dos SRC nas corporações de bombeiros da região Alentejo Central. ...  | 72 |
| <b>Quadro 5</b> – Resultados dos questionários pré e pós-teste das sessões de capacitação na UCSP, na UCIN e no Serviço de Internamento de Pediatria. ....  | 91 |
| <b>Quadro 6</b> – Resultados das questões fechadas dos questionários de avaliação das atividades formativas – sessão de capacitação para pais na UCSP, UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria; sessão de formação para enfermeiros na UUP..... | 94 |

**Quadro 7** – Resultados das questões abertas dos questionários de avaliação das atividades formativas – sessão de capacitação para pais na UCSP, UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria; sessão de formação para enfermeiros na UUP..... 95

**Quadro 8** – Resultados das questões abertas dos questionários de avaliação das atividades formativas – sessão de capacitação para pais na UCSP, UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria; sessão de formação para enfermeiros na UUP..... 96

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**Tabela 1** – Características dos enfermeiros participantes no estudo..... 68

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular 'Relatório', do primeiro semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, organizado pela Associação de Instituições: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre [IPP] – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. A terceira edição do respetivo curso foi lecionada nas instalações do Campus do IPP.

O objetivo geral deste trabalho prende-se com a documentação do percurso formativo realizado evidenciando a capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, de fundamentação das escolhas com base na teorização e na evidência científica e, de desenho e implementação de um projeto de intervenção. O alcance do objetivo delineado para esta unidade curricular culmina na discussão em prova pública do documento em apreço.

Em Portugal, os acidentes rodoviários que envolvem crianças e jovens são uma realidade preocupante na sociedade atual representando elevadas taxas de mortalidade e morbilidade nesta faixa etária (Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2017). Para além de contribuírem para a mortalidade e incapacidade crónica envolvem elevados custos em internamentos e tratamentos e, interferem no nível de produtividade e sofrimento humano (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011). Estas consequências fazem com que os acidentes sejam considerados um grave problema de saúde pública (Lee, Fang, Weng & Ganapathy, 2018).

A utilização do transporte automóvel aumentou substancialmente nos últimos anos em Portugal tornando-se essencial para as deslocações particulares do quotidiano dos portugueses. Este facto pode contribuir para justificar os números elevados de acidentes rodoviários no país.

A existência de normas e recomendações que suportam medidas de segurança no transporte de crianças e jovens, nomeadamente no que diz respeito à utilização de sistemas de retenção, possibilitam a diminuição destas taxas. Contudo, aquilo que a literatura atual também demonstra é que o maior desafio que se coloca neste problema é a insuficiente sensibilização e formação das crianças/jovens, dos pais/cuidadores, dos enfermeiros e dos bombeiros no que respeita ao correto cumprimento de medidas de segurança no transporte de crianças/jovens. Assim, as evidências apontam para, apesar das recomendações

existentes, uma diferença substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado e o que efetivamente se aplica na prática.

Estudos de avaliação da eficácia de intervenções assentes na definição do problema, na identificação dos fatores de risco e de proteção, no desenvolvimento de estratégias preventivas e na implementação alargada de um programa, permanentemente avaliado e adaptado, atestam que é possível prevenir alguns acidentes trazendo, inegavelmente, ganhos em saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010a).

Portugal é sensível a esta problemática demonstrando preocupação crescente através da criação de associações, implementação de projetos, alterações na legislação, criação de normas técnicas e boas práticas na área da segurança infantil pelo que se têm conseguido progressos positivos neste âmbito.

Sendo esta uma área problemática com clara necessidade de intervenção atual, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] encontra aqui um importante campo de ação como elemento-chave na segurança infantil.

A segurança é uma área de intervenção prioritária nos cuidados de enfermagem, desde o nascimento até à idade adulta, estando preconizada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ]. Presente em todos os contextos de cuidados é abordada pelo EEESIP de forma a prevenir eventuais acidentes.

A escolha da temática deveu-se à evidência existente referente à problemática dos acidentes rodoviários e das suas repercussões na vida das crianças/jovens e famílias revelando imperiosa necessidade de intervenção a este nível. É fulcral o processo de cariz investigativo para planeamento e implementação de estratégias preventivas de acidentes e promotoras de saúde, ambas efetivas na redução destes eventos e respetivas consequências (OMS, 2011, 2018). O EEESIP dada a sua área de atuação e nível de competências enquadra-se neste projeto. A sua atuação focada em cuidados promotores de saúde na população infantojuvenil e respetiva família, com especial foco no estabelecimento de uma parceria de cuidados, pode atenuar o problema em epígrafe.

Com base na metodologia de projeto planeou e desenvolveu-se um projeto de intervenção direcionado à resolução da problemática identificada através da implementação de estratégias e intervenções eficazes. Este projeto integra a linha de investigação 'Segurança e Qualidade de Vida', subordinado à temática da Prevenção de Acidentes Rodoviários no transporte de crianças/jovens em automóveis, intitulado 'Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança'. Tem como objetivo geral, comum a todos os contextos: contribuir para a segurança das crianças/jovens até aos 12 anos, no que respeita ao transporte automóvel.

Para além deste objetivo e tendo em conta a atuação do EEESIP nos diferentes contextos de cuidados, o respetivo projeto visa também, de um modo geral, maximizar a saúde da criança/jovem com a família através da prestação de cuidados específicos a este binómio em situações de especial complexidade e em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem fomentando o desenvolvimento do conhecimento e aprendizagem neste âmbito.

Foi desenvolvido ao longo dos diferentes contextos clínicos, com base no diagnóstico de situação realizado em cada contexto, e foram traçados como objetivos específicos: sensibilizar e capacitar diferentes grupos-alvo [crianças/jovens; pais/cuidadores; enfermeiros; outros profissionais: bombeiros] relativamente a esta temática e otimizar recursos em prol da melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança da criança/jovem.

Como fio condutor para o desenvolvimento de atividades que permitam ao EEESIP alcançar os objetivos delineados seguiram-se os princípios gerais de vários modelos teóricos. O EEESIP, enquanto agente de educação para a saúde, possui competências que lhe permite identificar as necessidades de saúde dos indivíduos e população, capacitando e empoderando-os para as decisões em saúde como meio de promoção da saúde, enquadrando-se no modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Sendo a população-alvo de cuidados do EEESIP o binómio criança/jovem-família e desempenhando a família um papel crucial na manutenção de um ambiente promotor, protetor, saudável e seguro, inerente a qualquer intervenção do EEESIP estão os modelos de parceria de cuidados de Anne Casey e a filosofia de cuidados centrados na família.

Esta temática suscitou-nos interesse pessoal após terem sido iniciadas funções num Serviço de Urgência Pediátrica, constatando lacunas a este nível corroboradas com os achados provenientes da revisão da literatura efetuada, motivando o nosso envolvimento e empenho do início ao fim do projeto objetivando a criação de estratégias para a melhoria dos problemas identificados com impacto na prestação de cuidados à criança/jovem e família, tornando-os seguros e de qualidade.

Este relatório encontra-se organizado em 8 secções correlacionadas. Inicia-se com esta introdução que contempla a relevância e fundamentação prévia do tema do trabalho focando os principais aspetos relativos aos assuntos a abordar, a definição dos principais objetivos e a metodologia de trabalho selecionada, a apresentação da estrutura organizativa do trabalho complementada com uma súmula das suas várias secções e a indicação das normas utilizadas na sua elaboração.

Segue-se o enquadramento teórico e concetual que abarca a contextualização da temática expondo os conteúdos considerados pertinentes no âmbito da problemática em questão articulando com os referenciais teóricos que dão suporte a todo o percurso realizado orientando o pensamento crítico e reflexivo. Ainda nesta secção é feita menção à atuação do EEESIP como precursor da segurança da criança/jovem.

A terceira secção diz respeito ao trajeto percorrido em contexto clínico, iniciado nos cuidados de saúde primários [CSP] prosseguindo e culminando nos cuidados de saúde diferenciados a nível hospitalar. Descrevem-se individualmente os contextos de estágio e, de acordo com a metodologia de projeto, é apresentado detalhadamente todo o processo de planeamento e implementação do projeto, por etapas. Começamos por expor o processo através do qual aferimos as necessidades em cada contexto tendo em conta as suas especificidades e a população-alvo, de seguida apresentamos a definição dos objetivos delineados e o planeamento de estratégias e atividades dirigidas às reais necessidades identificadas e que nos permitissem atingir os objetivos estipulados. Posteriormente descrevemos e avaliamos as atividades desenvolvidas particularmente na área da temática selecionada que serviu de base para a nossa atuação ao longo dos diferentes contextos de estágio e contribuiu para o desenvolvimento de competências determinadas. Por fim, nesta secção apresentamos as estratégias de divulgação dos resultados obtidos com a implementação do projeto.

A quarta secção incorpora uma pormenorizada análise descritiva e reflexiva do percurso realizado que proporcionou o alcance e desenvolvimento das competências comuns e específicas de EEESIP e as competências de mestre que foram adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso formativo que compreendeu duas partes: teórica e prática, esta última dividida em diferentes contextos clínicos.

O relatório termina com a conclusão onde consta, de forma sucinta e inter-relacionada, as principais ilações do trabalho evidenciando a análise dos objetivos propostos, limitações, aspetos facilitadores, perspetivas futuras para a Enfermagem e síntese das aprendizagens com impacto ao nível académico, pessoal e profissional.

Seguem-se as referências bibliográficas correspondentes a toda a informação pesquisada e utilizada para a elaboração do trabalho, tendo sido utilizado o programa Mendeley® como auxílio na gestão das mesmas.

Por último, em apêndices e anexos apresentam-se todos os documentos considerados pertinentes para a leitura e compreensão do relatório.

Todo o documento foi elaborado segundo as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos [2.<sup>a</sup> versão] do IPP e redigido conforme o acordo ortográfico em vigor no território nacional, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Perante a necessidade de conceptualizar a temática desenvolvida e norteadora de todo o percurso formativo surge este capítulo. Com o intuito de aprofundar conhecimentos e reunir a informação científica mais recente disponível sobre a temática foi realizada uma vasta pesquisa da literatura, na SciELO, Biblioteca do Conhecimento Online, e em bases de dados: *CINAHL Complete*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* [utilizando o motor de busca EBSCO] e PubMed recorrendo a combinações de descritores ‘*safety*’, ‘*quality of life*’, ‘*pediatric care models*’, ‘*transport*’, ‘*children*’, ‘*ambulances*’, com a utilização do operador booleano ‘*AND*’ num intervalo temporal entre 1994-2019. A pesquisa foi feita neste intervalo temporal devido à escassez de publicações científicas sobre o tema. Documentos legais e diretrizes de fontes adicionais foram incluídas pela importância do conhecimento de tais consensos e leis.

Neste capítulo, far-se-ão algumas considerações acerca da segurança e o seu impacto na qualidade de vida da criança e da atuação do EEESIP enquanto educador para a saúde por forma a compreender a crucial responsabilidade que este detém ao nível da prevenção de acidentes rodoviários e da promoção da segurança rodoviária infantil envolvendo diversos grupos-alvo, enquadrando a sua ação nos modelos de promoção de saúde de Nola Pender, de parceria de cuidados de Anne Casey e na filosofia de cuidados centrados na família. Do mesmo modo, procurar-se-á abordar os aspetos conceptuais relacionados com a criança enquanto passageira nos automóveis e o trânsito, indagando conhecer a sua envolvência e as repercussões que daí possam surgir, nomeadamente a sinistralidade rodoviária a nível nacional. Desta forma, organizam e interligam-se os principais conceitos existentes na literatura atual, orientando e indo de encontro à problemática de investigação (Fortin, Côté & Filion, 2009). Desde já, denota-se que a segurança rodoviária se revela uma preocupação na área da saúde constituindo uma prioridade para a DGS incidindo na prevenção dos acidentes especificamente com crianças e jovens e na promoção da segurança ao longo de todo o ciclo vital, e da OMS objetivando a redução da mortalidade e incapacidade resultante dos acidentes rodoviários em particular na população infantojuvenil.

### 1.1. SEGURANÇA DA CRIANÇA E QUALIDADE DE VIDA

A segurança infantil é uma preocupação comum a toda a sociedade, no entanto, continuam a verificar-se falhas no quotidiano no que respeita a esta problemática (Silva, Sampaio, Silva & Braga, 2017).

A criança, pelas suas características inerentes ao seu processo de crescimento e maturação, é vulnerável a eventos adversos e necessita de proteção (Organização das Nações Unidas, 1959). A qualidade do ambiente, as condições em que criança vive e o impacto destas no seu desenvolvimento influenciam a sua qualidade de vida constituindo preocupações para os pais/cuidadores e profissionais de saúde (Seidl & Zannon, 2004; Silva, Nunes, Betti & Rios, 2008; Mortágua, 2010).

Por natureza, a criança é curiosa, ativa e desenvolve-se interagindo fisicamente com o ambiente envolvente não tendo noção dos riscos e perigos a que se submete para saciar a sua curiosidade. Cuidar da criança, com especial atenção nos primeiros anos de vida, dada a sua vulnerabilidade é fundamental para que ela cresça e se devolva com segurança, saúde e qualidade de vida, sendo fisicamente saudável, emocionalmente segura e respeitada como ser social (Silva, Chiesa, Veríssimo & Mazza, 2013). No processo de crescimento e desenvolvimento infantil é imprescindível reconhecer a importância da segurança como um pilar fundamental. O cuidado à criança ao nível dos CSP, no que se refere à promoção da saúde no âmbito da segurança infantil, visa assegurar a monitorização e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, com integralidade e longitudinalidade e, sobretudo, tendo em conta os valores familiares (DGS, 2013).

O conceito de qualidade de vida é subjetivo e multidimensional. Segundo a OMS, define-se como a perceção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição expressa um conhecimento vasto e complexo que pode ser afetado pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais, pelas crenças pessoais e pela relação com as características do meio envolvente em que o indivíduo está inserido (*The World Health Organization Quality of Life Group*, 1996). De forma quase indissociável ao conceito de qualidade de vida está o conceito de saúde pois esta vai depender de vários fatores resultantes de uma visão holística do indivíduo que é visto num conjunto complexo das suas múltiplas dimensões biopsicossocial e não meramente a ausência de doença (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). A qualidade de vida revela-se importante na promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas (Seidl & Zannon, 2004).

Ter qualidade de vida é usufruir de um conjunto de condições em que os indivíduos são capazes de desenvolver ao máximo as suas potencialidades, vivendo, sentindo, trabalhando e produzindo (Rufino Netto, 1994 citado por Minayo, Hartz & Buss, 2000). No entanto, avaliar a qualidade de vida da criança é uma questão complexa, porém considerada útil para detetar

possíveis situações merecedoras de intervenção ao nível da promoção de saúde e da qualidade de vida.

As teorias do desenvolvimento da criança [Erikson, Piaget, Freud, Kohlberg, Brazelton, Vygotsky] têm contribuído para a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento evidenciando a diversidade de mudanças que ocorrem progressivamente com a idade, ao nível biológico, cognitivo, psicológico e social, permitindo à criança a construção de uma visão de si e dos outros, envolvendo sentimentos, expectativas, condutas e pensamentos relevantes para a questão da qualidade de vida. Segundo a teoria de desenvolvimento cognitivo de Piaget, na fase operacional concreta, a criança tem noção do seu bem-estar e das suas competências e é capaz de manifestar os seus sentimentos, dispondo de capacidades para reconhecer e identificar as suas emoções tornando possível a compreensão da sua qualidade de vida (Coll, Marchesi & Palacios, 2004; Papalia, Olds & Feldman, 2006). De uma forma geral, esta pode avaliar-se através da satisfação das necessidades mais básicas, dos aspetos económicos e sociais, da satisfação pessoal, autonomia, afeto, felicidade e diversão, tendo em conta a sua maturidade cognitiva e o seu grau de autonomia (Minayo *et al.*, 2000). Os pais/cuidadores são o elemento de referência que fornecem informações sobre a vida da criança pois dependem significativamente deles.

Posto isto, conclui-se que a proteção e a segurança são variáveis que interferem positivamente no bem-estar e na qualidade de vida. A sensação da criança se sentir protegida não só pelos adultos que a rodeiam como também se sentir ela própria segura são fatores indispensáveis à qualidade de vida. Inversamente, os sentimentos de insegurança, medo e abandono prejudicam o seu bem-estar.

Tendo em conta a temática deste projeto e seguindo esta linha de investigação, importa salientar que os acidentes rodoviários têm especial relevância não só pelos custos económicos que acarretam, mas sobretudo pelo sofrimento, dor e perda de qualidade de vida imputada às vítimas, aos familiares e à sociedade em geral (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003).

Os enfermeiros constituem um elemento próximo da criança e respetiva família, ao mesmo tempo responsável, de acordo com as suas competências, pela vigilância e monitorização do seu desenvolvimento, crescimento e segurança (Chiang, 2009). Sendo assim, a maior parte da investigação sobre a qualidade de vida e a segurança da criança foca-se essencialmente nestes profissionais. É essencial que os enfermeiros orientem a sua prática com o intuito de prestar cuidados de qualidade à criança e respetiva família de forma a garantir a sua segurança e satisfação (Freitas & Parreira, 2013), sendo que quanto mais qualificada

for a sua formação na área, melhores resultados em saúde se obterão (Gonçalves, 2015). Os níveis de segurança da criança e os resultados alcançados dependem da qualidade dos cuidados prestados.

É exigido ao EEESIP um vasto conjunto de saberes e competências que lhe permita promover um desenvolvimento infantil harmonioso, isto é, assegurar a criação de um ambiente promotor de saúde que permita à criança crescer em segurança e desenvolver-se plenamente a nível físico, psicomotor e sociocognitivo, com qualidade de vida e em pleno gozo dos seus direitos.

## **1.2. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY E FILOSOFIA DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA**

Em Enfermagem, na área de Saúde Infantil e Pediátrica a prestação de cuidados segue maioritariamente os paradigmas de dois modelos, o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e a filosofia de cuidados centrados na família. Em ambos, a criança é o centro de uma família que o EEESIP deve incluir na prestação de cuidados visando otimizar ao máximo a saúde de cada criança/família.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018) o EEESIP, no exercício das suas funções, utiliza um modelo concetual centrado na criança e família como alvo de cuidados e trabalha em parceria com este binómio em qualquer que seja o contexto em que se encontre, com o objetivo de promover o melhor estado de saúde possível. Para que tal seja exequível, a sua ação contempla a prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e procura pela satisfação da criança/família. Proporciona ainda, educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à criança/família.

A família é o

“(...) elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças pelo que deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade;” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989: 1).

Pela forte influência que exerce no crescimento e desenvolvimento da criança, esta deve crescer num ambiente familiar, em clima de amor, felicidade e compreensão (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989).

No modelo de parceria de cuidados de Anne Casey “os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica (...). As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.” (Casey 1993: 233 citado por Ferreira & Costa, 2004: 54). Por este motivo, compete aos enfermeiros realizar os ensinamentos convenientes de forma a possibilitar uma consciente tomada de decisão assim como uma prestação de cuidados adequada privilegiando sempre a sua envolvimento nos cuidados. Neste modelo, Casey diferencia cuidados de enfermagem de cuidados familiares mas ressalva a parceria no cuidado, ou seja, os cuidados de enfermagem podem ser prestados à criança pelos pais após ensino e supervisão do enfermeiro, e os cuidados parentais podem ser prestados pelo enfermeiro na ausência da família, mantendo os hábitos e rotinas da criança e respeitando os seus valores e crenças (Ferreira & Costa, 2004). O papel dos pais/família é assumir o cuidado diário da criança e o papel do EESIP é apoiar, ensinar e, se necessário, encaminhar a família para outros profissionais. Privilegia-se a participação dos pais nos cuidados próximos e íntimos à criança por serem agentes cruciais para ajudar a satisfazer as suas necessidades, uma vez que são quem melhor a conhece sendo também a sua referência principal ao nível do conforto (Moita, 2015). Nesta parceria existe, contudo, flexibilidade e ponderação mediante as circunstâncias da família e de saúde da criança (Farrell, 1992).

Casey salienta ainda que o ambiente pode interferir, de forma positiva ou negativa, no desenvolvimento da criança, motivo pelo qual os pais/família devem prestar cuidados imbuídos de amor e proteção de forma a que a criança se sinta segura e o seu desenvolvimento seja harmonioso e afetivo (Ferreira & Costa, 2004).

A prestação de cuidados assente neste modelo proporciona um maior grau de satisfação na criança/família, melhora a independência e autonomia e contribui para a capacitação da família aumentando os seus conhecimentos e diminuindo o risco de acidentes.

Na filosofia de cuidados centrados na família, a família considera-se um elemento inseparável da criança e que identifica as necessidades de todos os membros no que respeita aos cuidados à criança de forma a responder com qualidade e eficácia à satisfação dessas necessidades. Esta filosofia assenta em dois conceitos chave: a capacitação e o empoderamento, nos quais os enfermeiros constituem os pilares. Estes profissionais devem “(...) apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais.” (Hockenberry & Barrera, 2014: 11). Devem ainda capacitar a família e empoderá-la de forma a serem elementos promotores da sua própria saúde através da adoção de comportamentos saudáveis e ter competências para identificar situações em que a saúde esteja comprometida procurando assistência adequada em tempo

útil (Hockenberry & Wilson, 2014). A capacitação e empoderamento das crianças e famílias constitui um dos pilares dos cuidados centrados na família pretendendo-se minimizar a intervenção de forma direta do enfermeiro.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e a filosofia de cuidados centrados na família estão interligados. Embora o modelo teórico dirija a sua atenção para a prestação de cuidados à criança hospitalizada, é igualmente fundamental a parceria de cuidados na implementação de intervenções que se pretendam efetivar quando se aborda a criança/família em qualquer outro contexto. O foco central mantém-se na criança/família e a parceria de cuidados continua a ser crucial dada a necessidade de efetuar esforços conjuntos, assim como a partilha de competências para proporcionar condições favoráveis ao desenvolvimento global da criança, promoção de saúde e prevenção de doença.

Tendo em conta a temática em investigação, a prestação de cuidados em parceria com os pais/cuidadores da criança revela-se fundamental para alcançar os objetivos delineados uma vez que, no processo de cuidar, os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos. Por este motivo, considera-se fulcral a sua capacitação e empoderamento fomentando a adoção de comportamentos saudáveis e seguros.

### **1.3. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER**

O contexto familiar, económico e social estabelece uma importante influência no bem-estar dos indivíduos, nomeadamente da criança como parte integrante de uma família, inserida numa comunidade/sociedade (Hockenberry & Wilson, 2014). É nesta medida que a promoção de saúde da criança é indissociável da compreensão do meio que a envolve, designadamente das crenças de que a sua família dispõe, procurando entendê-las e, sempre que essencial e de modo adequado, desmistificar as que podem comprometer ou comprometem o desenvolvimento infantojuvenil saudável (Hockenberry & Wilson, 2014).

O modelo de promoção de saúde de Nola Pender incide sobre o conceito de promoção de saúde que é definido como um processo que objetiva aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades através de atividades voltadas para o desenvolvimento de meios que mantenham ou intensifiquem o bem-estar do indivíduo (Victor, Lopes & Ximenes, 2005) e que determine os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis. Este conceito adquiriu maior destaque após várias conferências internacionais: Otawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá e Jacarta.

De um modo geral, os pressupostos deste modelo dão ênfase ao papel ativo que o indivíduo tem na gestão dos seus comportamentos de saúde modificando o contexto ambiental e orientando-os no sentido de melhorar a sua saúde. Um outro pressuposto assenta na influência da família e dos prestadores de cuidados no que respeita à mudança de comportamentos promotores de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Conclui-se que a promoção da saúde é fundamental no controlo e melhoria do bem-estar físico, mental e social tendo em conta o conceito de saúde da OMS, apoiado em medidas que promovam comportamentos de vida saudáveis e seguros maximizando a qualidade de vida. Assim, é espectável que a qualidade de vida melhore se forem tomadas medidas promotoras de saúde.

Este modelo defende que os enfermeiros desempenham um papel relevante na promoção da saúde individual, das famílias e comunidades através de uma abordagem holística, auxiliando-os a manterem-se saudáveis, criando ambientes promotores de saúde e do seu desenvolvimento e atuando em situação de doença. Através do desenvolvimento de atividades promotoras de saúde, da capacitação dos indivíduos e da implementação de políticas sociais e de saúde em colaboração com outros profissionais tornam-se facilitados os processos de tomada de decisão (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Para que a saúde da criança/família seja promovida e se obtenham ganhos em saúde, o EEESIP necessita da participação efetiva da criança/família na prestação de cuidados de forma a capacitá-los e empoderá-los a assumir comportamentos de vida saudáveis salvaguardando a sua segurança e alcançando o máximo bem-estar possível.

É neste sentido que os três modelos se interligam e constituem as bases teóricas da nossa atuação ao longo deste percurso formativo. Com base nestes referenciais foram definidos os objetivos, planeadas e executadas as atividades no âmbito deste projeto permitindo alcançar os objetivos delineados. Tendo em conta a temática em investigação, a promoção da saúde constitui-se fundamental assim como a prestação de cuidados em parceria com os pais/cuidadores da criança. Estes são considerados os melhores cuidadores dos seus filhos pelo que se revela fundamental a sua capacitação e empoderamento através do desenvolvimento de atividades com vista à mudança positiva de comportamentos para que a obtenção destes seja promotora de saúde e preventiva de acidentes rodoviários.

#### 1.4. A CRIANÇA PASSAGEIRA NO AUTOMÓVEL E O TRÂNSITO

Atualmente, os automóveis são o meio de transporte mais utilizado diariamente para as deslocações terrestres quer para curtas ou longas distâncias (Martins *et al.*, 2007; Ramalho, 2010; Rosas, 2012; Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR], 2014a). O número de veículos ligeiros por mil habitantes aumentou de 185,2‰ em 1990 para 491,2‰ em 2017 (PORDATA, 2020a). Segundo dados do Eurostat, Portugal é o segundo país onde o uso do automóvel é o mais recorrente em toda a União Europeia (Antunes, 2018).

As viagens de automóvel fazem parte do quotidiano de qualquer criança ou jovem que todos os dias se desloca para a escola e para as suas atividades de lazer e tempos livres, sendo que uma parte significativa destas viagens é feita de carro. Desta forma, a criança encontra-se demasiado envolta no trânsito estando exposta aos riscos e perigos que o mesmo acarreta. A grande incidência de acidentes rodoviários na população infantojuvenil são a principal causa de morte e incapacidade temporária e definitiva em Portugal (Guardiano, Guedes, Mateus, Centeno & Guimarães, 2003; Marujo, Moleiro & Faria, 2003; Sandes & Levy, 2004; Borges, Costa, Pinto & Costa, 2005; Ribeiro, Silva, Rocha, Carvalho & Fonseca, 2006; Martins *et al.*, 2007; Duarte *et al.*, 2008; Fernandes, 2015). As mortes prematuras destes indivíduos significam a perda de milhares de anos potenciais de vida, isto é, anos em que as crianças não poderão crescer, aprender e contribuir para a sua comunidade e sociedade em geral (APSI, 2017).

Qualquer acidente que envolva uma criança é uma situação potencialmente dramática. As crianças, pelas suas características, são seres particularmente vulneráveis, frágeis e dependentes. Dada a sua estrutura física em desenvolvimento, apresentam uma maior vulnerabilidade e menor tolerância a lesões em caso de acidente, comparativamente com os adultos. Em cada faixa etária, a probabilidade de ocorrência de lesões específicas relaciona-se com o processo de crescimento e desenvolvimento da criança determinantes de cada estadio. As crianças são imaturas, inexperientes e têm uma débil noção do perigo até por volta dos 6 anos de idade. Embora sejam condições intrínsecas ao processo de crescimento e desenvolvimento comprometem a sua segurança enquanto passageiras nos automóveis, remetendo para a necessidade de proteção e supervisão de adultos para que viajem em segurança (Hockenberry & Wilson, 2014). O seu comportamento é dominado pelas emoções como comprovam a impulsividade e a espontaneidade próprias das crianças, podendo, por vezes, ser imprevisível e imprudente desconhecendo ou subestimando os riscos inerentes à circulação rodoviária. O direito à segurança e a cuidados especiais que salvaguardem o seu direito à saúde e à vida devem ser assegurados com absoluta prioridade em todas as circunstâncias.

### 1.4.1. Sinistralidade rodoviária infantil – realidade portuguesa

Os acidentes rodoviários envolvendo crianças e jovens continuam a contribuir para as estatísticas com um elevado número de mortos e feridos. De acordo com os dados mais recentes, entre 2011 e 2015, morreram 240 crianças e jovens nas estradas portuguesas e dezenas de milhares ficaram feridos (APSI, 2017). Na sequência de lesões provocadas por este tipo de acidente, recorrem diariamente às instituições de saúde portuguesas milhares de crianças e jovens (OMS, 2011; APSI, 2017; Rebelo, 2018). Entre 2012 e 2016, 6.548 internamentos [26% do total] ocorreram devido a acidentes rodoviários (APSI, 2017). Apesar de, nas últimas duas décadas, se ter vindo a registar de forma consistente, uma diminuição significativa do número de crianças e jovens que morreram e ficaram feridos na sequência de acidentes rodoviários em Portugal, os números atuais ainda são elevados e alarmantes (Marujo *et al.*, 2003; Waksman & Pirito, 2005; Martins *et al.*, 2007; APSI, 2015; APSI, 2017).

No período de 2004 a 2013, o número de mortos e de feridos graves resultante de acidentes rodoviários referente a crianças assume um peso bastante significativo, correspondendo a 62,2% dos mortos e 53,2% dos feridos graves. Relativamente à categoria de passageiro, as crianças são a grande maioria das vítimas de acidentes de automóvel representando 46% dos mortos, 35% dos feridos graves e 56% dos feridos ligeiros (ANSR, 2014a). No triénio 2010-2012, todos os dias 12 crianças sofreram um acidente de viação, 7 eram passageiras (APSI, 2015).

A nível europeu, a posição de Portugal em termos da percentagem de vítimas mortais com idades entre os 0 e os 14 anos, por acidente rodoviário tem melhorado significativamente. Em 2000, encontrava-se entre os países com maior taxa de mortalidade [5,02 por 100.000 habitantes] nesta faixa etária (Nascimento, 2008), ao passo que em 2015 alcançou uma posição bastante satisfatória [3,6 por 100.000 habitantes] (APSI, 2017).

Os acidentes rodoviários são assim considerados um grave problema de saúde pública nestas faixas etárias (Lee *et al.*, 2018), com um impacto muito elevado ao nível da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. Para além da carga social, económica e ambiental que representam para o país também sobrecarregam os serviços de saúde (DGS, 2010a; OMS, 2011). Estudos de avaliação da eficácia de intervenções preventivas dos acidentes permitem-nos quantificar os ganhos económicos resultantes da sua implementação:

“(…) 1€ gasto num sistema de retenção para crianças, permite poupar 29€ em cuidados de saúde; 1€ gasto na melhoria da segurança rodoviária, permite poupar 3€ em cuidados de saúde; 1€ gasto em aconselhamento pediátrico,

permite poupar 10€ em cuidados de saúde (...).”  
(DGS, 2010a: 5).

A análise do comportamento da morbimortalidade proveniente de acidentes rodoviários na população infantojuvenil tem sido fundamental para compreender a magnitude e características epidemiológicas de tais eventos. A identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nestas situações contribui assim para o desenvolvimento e implementação de estratégias preventivas que sejam efetivas na redução destes eventos e, conseqüentemente, evite mortes, lesões e incapacidades indo de encontro aos objetivos da OMS. A resolução da OMS destaca a importância da investigação sobre intervenções efetivas, a disseminação de boas práticas e o trabalho intersetorial com intervenção na área dos acidentes.

É de realçar os progressos alcançados ao longo dos anos reconhecendo os ganhos evidentes em saúde na população infantil e juvenil. É cada vez mais inaceitável a ocorrência de lesões provenientes de acidentes rodoviários nestes indivíduos, uma vez que atualmente há evidência científica sobre a efetividade de intervenções preventivas na redução do número e do impacto destes acidentes, tornando-os por isso em grande parte evitáveis. Com base nos dados disponíveis, pode afirmar-se que em Portugal, hoje em dia, as crianças viajam de forma mais segura, contudo, há ainda um longo caminho a percorrer até se obterem taxas de mortalidade e morbidade infantil referentes a acidentes rodoviários próximas de zero, isto é, que não exista a possibilidade de ocorrência de acidentes com conseqüências fatais e incapacitantes nas crianças.

Em Portugal, a evolução na área da segurança rodoviária infantil tem sido gradual e positiva, mas constitui uma necessidade analisar os desafios atuais. Face ao diagnóstico de situação desta matéria recomenda-se a operacionalização de mais estudos regionalizados nesta área bem como formação adicional sobre medidas de segurança e práticas corretas de transporte de crianças em automóveis. Tendo em conta algumas necessidades identificadas e os recursos disponíveis, devem ser desenvolvidas estratégias a nível nacional, regional e local para os grupos vulneráveis e para os principais fatores de risco, como por exemplo: programas/projetos/campanhas nacionais, normalização de procedimentos, regulamentação de práticas seguras, fiscalização do cumprimento da legislação, redução dos custos na aquisição de sistemas de retenção para crianças [SRC], formação dos profissionais de saúde na área da segurança, com intuito de promoção de comportamentos seguros e competências específicas para gerir o risco de acidente, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2010a; DGS, 2012a). Para além destas medidas, também a promoção de literacia em saúde e segurança através da sensibilização e formação de pais/cuidadores fomenta a

adoção de comportamentos e práticas mais seguras no transporte de crianças em automóveis, limitando assim a exposição ao risco. A importância de melhorar os níveis de literacia em saúde e conseqüentemente a autonomia e espírito crítico dos indivíduos face às suas decisões de saúde é reconhecida pela DGS constituindo um objetivo do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2018).

Sendo este um problema grave de saúde pública, de causalidade múltipla, o sucesso da promoção da segurança e da prevenção dos acidentes depende de uma articulação intersectorial [setores sociais, económicos, políticos e outros], interdisciplinar e internacional [intercâmbio de boas práticas e partilha de informação], e do envolvimento ativo de todos os parceiros, a todos os níveis, no sentido de tornar a segurança rodoviária, uma realidade.

Em suma, a prevenção dos acidentes baseada numa intervenção de saúde pública é útil quando combina: estratégias de mudança dos ambientes, respostas dirigidas a grupos mais vulneráveis e canaliza os resultados da avaliação e da investigação para a intervenção comunitária.

#### **1.4.2. Sistemas de retenção para crianças**






Sendo a criança um ser vulnerável, frágil e dependente, a sua segurança constitui uma preocupação e responsabilidade para todos aqueles que contactam com ela (DGS, 2012a; ANSR, 2014a; Fernandes, 2015). A segurança constitui um recurso fundamental no desenvolvimento humano pois consiste em identificar e prevenir os riscos e potenciais riscos, preservando a saúde do indivíduo (Mohan & Tiwari, 2000). Neste contexto, refere-se à prevenção de danos causados por riscos e perigos do trânsito (Öberg, Vicente & Wahlberg, 2015) pelo que o uso de sistemas que restrinjam adequadamente não só a criança, mas também os objetos no interior do automóvel durante o transporte, constituem pontos cruciais (Wilson, 2007; *National Highway Traffic Safety Administration* [NHTSA], 2010; Öberg *et al.*, 2015; Sampedro, Hernández, Lucas & Tascón, 2016).

SRC define-se como

“(…) o conjunto de componentes, que pode incluir uma combinação de precintas ou componentes flexíveis como uma fivela de aperto, dispositivo de regulação, acessórios e, nalguns casos, uma cadeira adicional e ou um escudo contra impactes, capaz de ser fixado a um automóvel, sendo concebido de modo a diminuir o risco de ferimentos do utilizador em caso de colisão ou desaceleração do veículo através da limitação da mobilidade do

seu corpo.” (Ministério da Administração Interna, 2005: 2614-(8)).

Estes sistemas são classificados de acordo com o peso, tamanho e idade da criança [quadro 1].

| Classificação e forma de colocação dos SRC de acordo com o peso, idade e tamanho da criança |           |                 |            |                          |   |
|---|-----------|-----------------|------------|--------------------------|---|
| Grupo   | Peso      | Idade           | Tamanho    | Posição do SRC           | Imagem  |
| 0   | Até 10 kg | Até 12 meses    | Até 60 cm  | Virado de lado           |    |
| 0+  | Até 13 kg | Até 12-18 meses | Até 75 cm  | Virado para a retaguarda |    |
| I   | 9-18 kg   | 1-3/4 anos      | Até 105 cm | Virado para a retaguarda |   |
| II  | 15-25 kg  | 3-7 anos        | Até 105 cm | Virado para a frente     |  |
| III   | 22-36 kg  | 8/9-12 anos     | –          | Virado para a frente     |  |

Quadro 1 – Classificação e forma de colocação dos SRC de acordo com o peso, idade e tamanho da criança.

Fonte: Elaboração própria com base nas orientações da DGS, ANSR, APSI

Existe uma imensa variedade de SRC e diferentes modelos, mas todos devem ser: seguros respeitando as normas de segurança internacionais; utilizados corretamente e adaptados ao automóvel; confortáveis e adequados ao peso, tamanho e idade da criança; fáceis de usar e utilizados sempre que transportar crianças/jovens (Borges *et al.*, 2005; Martins *et al.*, 2007). Todos estes sistemas têm uma etiqueta de homologação [figura 1] garantindo que cumprem as exigências de segurança fundamentais conforme estabelecido nos regulamentos de segurança europeia.

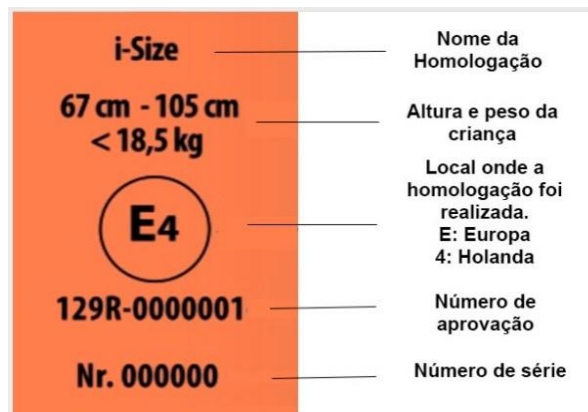


Figura 1 – Etiqueta de homologação de sistemas de retenção para transporte.

Fonte: *Fundación MAPFRE*. Retirado de

<https://cadeirasauto.fundacionmapfre.org/infantis/regulamentos/i-size/>

Apesar dos riscos inerentes a uma viagem de automóvel, se a criança for transportada utilizando um SRC adequado, o risco de lesões corporais em caso de incidentes diminui. Esta diminuição ocorre uma vez que estes sistemas, se utilizados corretamente, impedem que a criança embata no interior do automóvel ou seja projetada para o exterior, protegendo a cabeça, o pescoço e a coluna vertebral (Levick, Li & Yannaccone, 2001; O’Neil *et al.*, 2014). Deste modo, os sistemas de retenção constituem uma forma eficaz de proteção e diminuem as taxas de mortalidade e morbidade infantojuvenil em caso de acidente rodoviário (Bull, Weber, Talty & Manary, 2001; Levick & Grzebieta, 2007; DGS, 2012a; ANSR, 2014a; Kim, Park, Lee, Ko & Shin, 2018). Segundo a OMS, o uso de um SRC bem instalado e adequado ao peso, idade e tamanho da criança, em caso de acidente, pode reduzir o risco de morte entre 54% e 80% (OMS, 2018). Numa travagem brusca a 45 quilómetros por hora: caso a criança seja projetada, a força aplicada na projeção é vinte vezes superior ao seu peso [equivalente a uma queda de um 4.º andar]; um recém-nascido [RN] que viaje ao colo é projetado com uma força igual a 80 kg; uma criança de 5 anos que viaje no banco de trás sem restrição é projetada como se o seu peso fosse 440 kg (APSI, 2019). Em qualquer circunstância, o corpo da criança muito dificilmente suportará o impacto destas forças, motivo pelo qual os SRC devem ser sempre utilizados de forma adequada no transporte independentemente da distância do trajeto e da velocidade do automóvel (Duarte *et al.*, 2008; ANSR, 2014b; Ribeiro *et al.*, 2019). Segundo o relatório anual de sinistralidade rodoviária, em 2018, 78,6% dos acidentes que envolveram crianças ocorreram dentro de localidades – viagens consideradas normalmente mais seguras, supostamente de menor velocidade e trajetos mais curtos (ANSR, 2018; Ribeiro *et al.*, 2019).

A posição em que as crianças viajam quando colocadas no SRC é um aspeto de extrema importância e pode ser tão importante quanto fatores externos tais como a velocidade do

automóvel e as condições da estrada. A forma de transporte influencia o nível de lesões sofridas na ocorrência de acidentes (Wilson, 2007). Quando transportadas de frente para a traseira do veículo a dinâmica do suporte da cabeça e pescoço durante eventos de colisão reduz o risco de lesões (O'Neil *et al.*, 2014). Evidências existentes concluem que as crianças até aos 18 meses de idade devem ser transportadas num SRC colocado no sentido oposto ao movimento do veículo, dado o peso e tamanho da sua cabeça e a elasticidade das suas estruturas cervicais, demasiado frágeis para suportar a força resultante do embate (Lee *et al.*, 2018; APSI, 2019). Desta forma, a cabeça, o pescoço e a região dorsal permanecem apoiados uniformemente em caso de acidente, protegendo até 90% de lesões e a probabilidade de morte em cerca de 75%, relativamente às que viajam em SRC colocado no sentido da marcha (Tingvall, 1987; DGS, 2010b). Por este motivo, é recomendado que as crianças viajem em SRC viradas para a retaguarda do veículo ficando desta forma no sentido contrário à marcha do veículo até à idade mais tarde possível, cerca dos 3-4 anos (DGS, 2010b; APSI, 2019). A partir dos 8-9 anos, as crianças podem utilizar o banco elevatório caso o cinto de segurança fique corretamente colocado ao nível do pescoço e bacia, pois em caso contrário devem continuar a utilizar o SRC do grupo II. As diferenças antropométricas e particularidades anatómicas das crianças justificam este facto, pois se a criança for baixa, a faixa do cinto de segurança que deveria passar pelo ombro vai passar pela face e pescoço podendo causar lesões cervicais e as espinhas ílfacas ântero-superiores não estão totalmente desenvolvidas para servirem de pontos de fixação para a faixa horizontal do cinto de segurança podendo causar lesões abdominais e na coluna lombar (Sandes & Levy, 2004).

Ao longo dos anos, a intenção de proteção das crianças por parte dos adultos tem aumentado, contudo ainda são inúmeros os erros que se registam neste âmbito. Num estudo realizado pela APSI em 2010, verificou-se que 83% das crianças utilizava SRC, no entanto apenas 40% estavam adequadamente instalados. Em 2014, o Grupo de Alerta para a Segurança realizou um outro estudo onde se verificou que 92,4% das crianças eram transportadas em SRC no entanto 47,6% de forma incorreta. O aumento da taxa de utilização dos SRC tem vindo a refletir-se na redução do número de vítimas, o que demonstra, em grande parte, a eficácia dos SRC e a sua importância de utilização.

Os erros mais frequentes no transporte de crianças, colocando em risco a sua segurança, referem-se à incorreta instalação, uso inadequado e ausência de SRC e ao transporte de crianças em locais inapropriados. São frequentemente observadas crianças transportadas em automóveis de forma incorreta e insegura (Sandes & Levy, 2004; Borges *et al.*, 2005; Waksman & Piritto, 2005; Martins *et al.*, 2007; Fernandes, 2015).

Há que atender a determinados aspetos antes de transportar crianças em automóveis. No momento da aquisição do SRC deve garantir-se a compatibilidade com o automóvel em que vai ser utilizado experimentando o equipamento no automóvel. Após a aquisição, é fulcral a correta instalação do mesmo no automóvel seguindo as instruções do fabricante para que seja conferida a proteção eficaz. Através do cumprimento destes critérios a segurança da criança estará salvaguardada. Por cada euro investido num SRC, poupa-se 32 euros em tratamentos e reabilitação (*European Child Safety Alliance, 2004*).

Os SRC pela eficácia comprovada do seu correto uso na minimização de lesões causadas na sequência de um acidente rodoviário devem ser considerados como uma medida de proteção imprescindível aquando o transporte de crianças/jovens em automóveis.

#### **1.4.2.1. Carro**

Atualmente, o carro é o meio de transporte mais utilizado para as deslocações das crianças. Em Portugal, estes sistemas são obrigatórios por lei [Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro – artigo 55.º] em crianças e jovens até aos 12 anos de idade e com altura inferior a 135 cm, bem como o transporte no banco da retaguarda salvo, se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando o sistema de retenção virado para a retaguarda não podendo neste caso estar ativado o *airbag* frontal neste lugar. Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda ou não dispuser deste banco também pode ser transportada no banco da frente do automóvel sempre com o *airbag* frontal inativo neste lugar. Em automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças com idade inferior a 3 anos. O incumprimento da lei é sancionável com coima de 120 a 600 euros por cada criança transportada indevidamente (*Assembleia da República, 2013*).

No entanto, a lei é omissa quanto às particularidades de utilização do sistema de retenção (*Sandes & Levy, 2004; Ribeiro et al., 2006; Martins et al., 2007*).

Para que as crianças sejam transportadas de forma correta e segura nos automóveis é necessário conhecer e utilizar corretamente os SRC de acordo com a legislação vigente. O conhecimento da legislação é importante não apenas para quem fiscaliza o trânsito, mas também para toda a sociedade que diariamente utiliza diversos meios de transporte e compõe o trânsito.

A literatura constata que os pais/cuidadores cometem muitas vezes erros no que respeita ao transporte correto de crianças/jovens em automóveis (*Ministério da Administração Interna,*

2003; Oliveira *et al.*, 2012; *Fundación MAPFRE*, 2019). A fiscalização mais assertiva e intensiva do cumprimento das leis representa um fator chave como meio para modificar o comportamento dos indivíduos no trânsito e, por sua vez reduzir os acidentes rodoviários e as suas consequências (Comissão Regionais das Nações Unidas, 2010; Costa & Farinha, 2010; Gomes, 2015).

Atualmente, ainda se verifica que alguns pais/cuidadores são negligentes em relação a esta matéria e que a fiscalização por parte de algumas autoridades é, por vezes insuficiente, constituindo pontos fulcrais de intervenção para a mudança deste panorama.

#### **1.4.2.2. Ambulância**

A ambulância embora necessária para o transporte de crianças em determinadas circunstâncias, representa um veículo com algumas particularidades no que respeita à segurança da criança.

Dado os riscos inerentes ao transporte de emergência: acelerações, desacelerações e movimentos bruscos agravados pela velocidade na condução, aumentando assim a probabilidade de ser envolvida num acidente, é considerada um veículo perigoso (Levick & Swanson, 2005; Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Em caso de acidente, o compartimento traseiro da ambulância é o local mais afetado atingindo maioritariamente passageiros que viajem indevidamente restringidos (Bull *et al.*, 2001). As crianças estão sujeitas a um maior risco de morte e lesões graves comparativamente com os adultos. Por este motivo, torna-se imprescindível assegurar que as crianças viajem devidamente colocadas em sistemas de retenção apropriados, garantindo a sua segurança durante o transporte (Wilson, 2007; Sampedro *et al.*, 2016; Woods, Shah, Doughty & Gilchrest, 2017).

Em Portugal, contrariamente ao transporte de crianças em automóveis que dispõe de diretrizes e legislação bem definidas, o transporte de crianças em ambulâncias carece de regulamentação específica (Sampedro *et al.*, 2016). Sendo a ambulância um veículo, para o transporte de crianças sentadas em banco aplica-se o estipulado no artigo 55.º da Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro. Este pressuposto é corroborado pelo artigo 26.º da Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro, contudo sem especificações no que respeita ao transporte de crianças em maca na ambulância.

As diferenças anatómicas e antropométricas entre crianças e adultos são evidentes e significativas e no que diz respeito às macas, estas não são concebidas para transportar

crianças de forma adequada e segura, pois não são adaptadas ao seu peso, tamanho e idade (Ballesteros, Arana, Ezcurdia & Alfaro, 2014; O'Neil *et al.*, 2014).

Em 2010, a NHTSA e o Departamento de Transportes dos Estados Unidos da América elaboraram recomendações de boas práticas sobre o transporte seguro de crianças em ambulâncias, especificando o uso de SRC adequados e projetados para a maca da ambulância (NHTSA, 2010; O'Neil *et al.*, 2014). Existem atualmente alguns dispositivos que se adaptam às macas das ambulâncias para efetuar o transporte de crianças de forma segura, impedindo que as mesmas se soltem da maca em caso de acidente.

Os equipamentos mínimos obrigatórios variam consoante o tipo de ambulância (Ministérios da Administração Interna e da Saúde, 2001), no entanto, em nenhum tipo estão contemplados quaisquer equipamentos apropriados à restrição de crianças, leia-se SRC. Em 2007 o Comité Europeu de Normalização produziu normas para a segurança de todas as pessoas e itens em ambulâncias através da norma europeia EN1789, voltando a não existir neste documento qualquer referência a SRC. Tal omissão falha em dar suporte ao Regulamento do Transporte de Doentes, segundo o qual as ambulâncias devem "(...) garantir, pelas suas características, a segurança e o conforto dos doentes; (...)." (Ministérios da Administração Interna e da Saúde, 2014: 7).

Assim como as crianças, qualquer item que seja necessário levar na ambulância, deve estar devidamente preso para que não se solte e não se torne um projétil causando possíveis ferimentos aos passageiros (Hohenhaus, 2003; Levick & Grzebieta, 2007; Wilson, 2007; Kempley, Ratnavel & Fellows, 2009; O'Neil *et al.*, 2014; Sampedro *et al.*, 2016).

A questão da segurança no transporte de crianças em ambulâncias constitui um motivo de preocupação para os profissionais que efetuam esses transportes (Bull *et al.*, 2001; Wilson, 2007) pela inexistência de orientações e/ou legislação, podendo implicar um transporte inseguro (Fidacaro, Jones & Drago, 2018). Constatou-se através do estudo por nós realizado, às corporações de bombeiros da região Alentejo Central, que a utilização de sistemas de retenção de forma correta e segura no transporte de crianças de diferentes faixas etárias em ambulâncias, é ainda insuficiente pela falta equipamento disponível nas corporações e pelo défice de conhecimentos destes profissionais nesta área.

### **1.5. ATUAÇÃO DO EEESIP NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES RODOVIÁRIOS E NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA RODOVIÁRIA INFANTIL – CAPACITAÇÃO E EMPOWERMENT**

Segundo a Lei de Bases da Saúde, a promoção da saúde e a prevenção da doença constituem duas prioridades ao nível da intervenção em saúde (Assembleia da República, 2019). Como interveniente nestes processos, o enfermeiro vê descrito no Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, no Código Deontológico do Enfermeiro e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a promoção da saúde como um dos objetivos fundamentais do exercício da sua atividade profissional (OE, 2015; OE, 2017).

A segurança rodoviária infantil continua a ser um tema de destaque com interesse de várias entidades pelo que tem merecido elevado investimento com resultados positivos.

É urgente atuar ao nível da consciencialização da sociedade para este problema pois todos desempenham um papel ativo no que concerne à circulação no trânsito. Considerando a importância das ações de educação para o trânsito, é necessário um trabalho conjunto com a participação da sociedade em prol da segurança rodoviária. Cabe ao EEESIP alertar para os riscos inerentes às crianças e os cuidados a ter para que elas possam viajar em segurança, independentemente do veículo utilizado.

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança (1989), as crianças “(...) constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais (...)” (DGS, 2013: 8). Perante esta realidade, é imperativo que os adultos tenham consciência das limitações físicas e cognitivas das crianças/jovens, estejam a par e cumpram todas as regras e medidas de segurança relacionadas com seu o transporte nos automóveis de forma a evitar acidentes ou reduzir potenciais ferimentos. Ao alcance do EEESIP, estratégias de promoção de segurança e de prevenção de acidentes são medidas eficazes para a redução do número e do impacto dos acidentes permitindo a maximização da saúde da criança/jovem (DGS, 2010a).

Focado nos objetivos de prevenir acidentes e promover a segurança rodoviária infantil desde o nascimento e ao longo de todo o ciclo vital, o EEESIP deve intervir a vários níveis e em diversos momentos, nomeadamente, proporcionar educação para a saúde fomentando a adoção de comportamentos seguros e contribuindo assim para o aumento do nível de literacia em saúde e segurança rodoviária infantil da população.

Como *guidelines* dirigidas para a sua intervenção nesta matéria, existe a orientação técnica da DGS n.º 001/2010 de 16/09/2010 – ‘Transporte de Crianças em Automóvel desde a

alta da maternidade', que deveria ser do conhecimento dos profissionais conduzindo as suas práticas. Também o projeto 'Alta Segura', implementado em algumas unidades de saúde, visa promover a segurança das crianças desde a primeira viagem de automóvel.

Os serviços de saúde devem estar preparados e dispor de condições nomeadamente ao nível de recursos materiais e técnicos propícios à promoção da saúde e da segurança para que os profissionais possam desenvolver a sua intervenção neste âmbito. Devem investir na formação dos profissionais de saúde, produzir e divulgar informação sobre segurança rodoviária infantil, normalizar procedimentos de atuação, instalar simuladores de banco de automóvel e SRC nas maternidades e nos centros de saúde para demonstração da instalação dos SRC e ter uma 'reserva' de SRC para empréstimo às famílias carenciadas.

O EEESIP, detentor de competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de saúde especializados, atendendo às competências comuns e específicas e enquanto mestre, tem o dever de educar os clientes e os pares, orientar, aconselhar, liderar, disseminar e investigar contribuindo para uma melhoria contínua da prática da enfermagem (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006; OE, 2019).

Neste processo de capacitação estrategicamente desenvolvido pelo EEESIP importa salientar que é necessário envolver vários setores da comunidade de modo a alcançar determinado objetivo, como pode ser exemplo as crianças/jovens, os pais/cuidadores, os enfermeiros e outros profissionais de saúde como é o caso dos bombeiros (DGS, 2010a).

Diminuir o risco rodoviário implica uma aprendizagem sustentada em aspetos de conduta que se traduzem em práticas responsáveis e de consciência cívica. A educação rodoviária assume-se assim, como um processo de sensibilização, informação e formação ao longo da vida que abrange as crianças, as famílias e os parceiros da comunidade. Concretiza-se na vivência diária através da implementação de estratégias de ação adequadas às características de cada contexto com vista à interiorização e enraizamento de comportamentos orientados para a segurança (Ministério da Administração Interna, 2003; Instituto de Apoio à Criança, 2013; ANSR, 2014a). Este processo pedagógico conduz à diminuição da sinistralidade rodoviária melhorando a qualidade de vida das populações.

### **1.5.1. Com as Crianças/Jovens**

As crianças serão os adultos do futuro daí a necessidade de consciencialização desde cedo. Os hábitos adquiridos nesta fase da vida vão influenciar as escolhas que a criança irá fazer no futuro, como adulto. A consciencialização das crianças em idade escolar e jovens

pré-adolescentes no que concerne à sua segurança no transporte automóvel considera-se uma ação prioritária na atuação do EEESIP. Nestas fases de desenvolvimento, as crianças e os jovens já possuem capacidades para reconhecer e compreender as medidas de segurança e agir de forma a ter comportamentos e atitudes que promovam a sua segurança durante o transporte automóvel pelo que devem ser incentivadas a tal.

Quanto aos ensinamentos a transmitir à criança enquanto passageira nos automóveis, destaca-se, desde logo, a utilização de um sistema de retenção homologado e adequado ao seu peso, tamanho e idade e do cinto de segurança, cruciais para a sua proteção. Referem-se também alguns comportamentos designadamente, não deve colocar a cabeça ou os braços de fora nem mexer nos fechos das portas e janelas, deve manter-se sentada e não pode distrair o condutor com as suas brincadeiras durante a viagem (ANSR, 2014a). As consequências que podem advir de tais atos devem ser explicadas às crianças para que não adotem estes comportamentos.

A educação destas crianças/jovens não deve ser descurada e é tão importante como a educação dos pais/cuidadores pelo que o processo educativo abrange vários contextos nomeadamente a escola [saúde escolar], o domicílio, as instituições de saúde [consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil]. A relação terapêutica estabelecida entre o EEESIP e a criança caracteriza-se pela parceria entre ambos, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, para que esta se sinta útil e seja ativa na sua tomada de decisão de forma competente e confiante habilitando-a para o seu papel na sociedade.

O meio escolar revela-se propício ao desenvolvimento destas ações, pois é o local onde as crianças passam a maior parte do seu tempo e onde existem condições privilegiadas para lhes proporcionar uma aprendizagem alicerçada na sua vivência diária, sendo também um local potenciador de desenvolvimento e crescimento. O EEESIP assume um papel importante na promoção da segurança rodoviária em meio escolar, contribuindo para a capacitação das crianças e jovens quanto aos comportamentos a adotar. É de extrema importância a atuação do EEESIP no sentido de promover o "(...) potencial de saúde, através de uma intervenção nos programas da saúde escolar;" (OE, 2017: 6).

O EEESIP deve desenvolver dinâmicas educativas visando práticas de cidadania voltadas para uma cultura de segurança ao nível rodoviário. Neste sentido, as crianças/jovens devem ser alertadas para os perigos a que estão sujeitos quando viajam em automóveis, ensinando-lhes os comportamentos corretos e regras a cumprir, de forma a proporcionar-lhes uma interiorização gradual de atitudes e comportamentos seguros contribuindo para o alcance

do potencial máximo em saúde, bem-estar físico, mental e social (Instituto de Apoio à Criança, 2013; ANSR, 2014a).

Pretende-se assim, contribuir para a cimentação de uma cultura de segurança rodoviária a médio/longo prazo, tendo em conta que são os valores interiorizados pela geração mais nova que tornam viável o desenvolvimento de uma sociedade com cidadãos e condutores bem formados, respeitadores das regras de trânsito e solidários com o seu semelhante (ANSR, 2014a).

### **1.5.2. Com os Pais/Cuidadores**

Como anteriormente referido, tendo em conta que as crianças dada as suas especificidades necessitam de proteção, cabe aos adultos garantir a sua segurança sendo que os principais atores, neste contexto, são os pais/cuidadores. Estes devem estar atentos às situações de risco para que sejam corrigidas atempadamente e tomar medidas no sentido de assegurar a segurança da criança no transporte automóvel.

Os pais/cuidadores são os principais responsáveis pelo desenvolvimento e educação das crianças/jovens, sendo os seus padrões determinantes para o seu desenvolvimento, bem-estar e para a adoção de comportamentos seguros. Neste âmbito diz respeito à segurança rodoviária da criança/jovem enquanto passageiros nos automóveis (ANSR, 2014a; Fernandes, 2015).

Segundo Papalia *et al.* (2006), os pais constituem uma importante influência pois são eles que fornecem à criança o primeiro ambiente de aprendizagem. É importante que os adultos sejam consistentes no seu comportamento e firmes nas suas atitudes para que a criança/jovem perceba quais são as regras. Os pais/cuidadores não devem ceder às birras das crianças/jovens quando estas não querem usar os sistemas de retenção no transporte ou outra medida de proteção (Fernandes, 2015). Devem ter consciência da importância das atividades educativas para que elas se tornem adultos saudáveis, autónomos e igualmente responsáveis.

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança, explícito na alínea e) do artigo 24.º, Parte I, exige-se aos Estados Partes: “Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais (...), sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde (...) da criança, (...) bem como a prevenção de acidentes.” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989: 8).

A intervenção do EEESIP neste sentido, deve ser a de consciencializar e capacitar os pais/cuidadores para a adoção ou mudança de comportamentos promotores de saúde, por exemplo ao nível de hábitos de segurança no automóvel prevenindo acidentes e minimizando sequelas daqueles que possam ocorrer (Waksman & Piritto, 2005; Costa, Sá, Fraga, Dias & Serafino, 2011; DGS, 2013). Os pais/cuidadores devem ser alertados e ter plena consciência que devem ser os próprios a adotar condutas corretas para servir de exemplo para os filhos. É evidente que a família tem um papel importante enquanto elemento transmissor de valores. Sendo a família um elemento integrante do alvo da atenção do EEESIP, cabe a este profissional avaliar os conhecimentos e as competências dos pais/cuidadores relativamente ao desenvolvimento da criança e aos fatores de risco existentes fomentando a aquisição de competências e conhecimentos essenciais ao exercício de uma parentalidade eficaz. Importa valorizar os esforços efetuados pelos pais/cuidadores na saúde dos filhos, motivando-os para a difícil tarefa que é a parentalidade (OE, 2018).

Constata-se que os conhecimentos dos pais/cuidadores no que respeita a esta temática são insuficientes, influenciando os seus comportamentos na segurança da criança/jovem enquanto passageiros no automóvel (Guardiano *et al.*, 2003; Marujo *et al.*, 2003; Borges *et al.*, 2005; Ribeiro *et al.*, 2006; Martins *et al.*, 2007; Duarte *et al.*, 2008; Costa *et al.*, 2011; Fernandes, 2015). Segundo o estudo realizado por Borges *et al.* (2005), apenas 51% dos pais referiu ter informação correta sobre a forma de transporte e no estudo realizado por Martins *et al.* (2007) apenas 52,6%. No entanto 63% dos inquiridos desconhecia qualquer tipo de campanha de prevenção realizada no sentido de alertar/ensinar a forma correta de transporte das crianças/jovens (Borges *et al.*, 2005). Apenas 35% da amostra estudada transportava as crianças/jovens corretamente de acordo com as normas de segurança e sistemas de retenção adequados em vigor (Borges *et al.*, 2005). Num estudo feito por Ribeiro *et al.* (2006) apenas 19% dos pais sabia utilizar corretamente o sistema de retenção e no estudo de Silva *et al.* (2017) apenas 18%.

Acredita-se que existe relação entre a incorreta utilização dos SRC e a falta de informação correta, consistente e clara dos pais/cuidadores (Duarte *et al.*, 2008; Fernandes, 2015). Por este motivo, a implementação de várias medidas de prevenção de acidentes no transporte de crianças/jovens no automóvel desde a gravidez torna-se essencial (Martins *et al.*, 2007; Fernandes, 2015). Investir no ensino e preparação dos pais/cuidadores para o transporte em segurança é de extrema importância e será determinante nas atitudes de promoção da segurança rodoviária infantojuvenil (Sandes & Levy, 2004; Ribeiro *et al.*, 2006; Martins *et al.*, 2007; Duarte *et al.*, 2008; Fernandes, 2015).

A intervenção do EEESIP deve iniciar-se no âmbito da vigilância da saúde da grávida, pelas inúmeras oportunidades de fornecer informação e realizar ensinamentos sobre o uso correto do cinto de segurança pela grávida, sobre a aquisição e utilização dos SRC e promoção do transporte seguro da criança.

Na maternidade, deverá ser dada continuidade aos ensinamentos no âmbito da segurança rodoviária infantil sendo o momento da alta hospitalar aquele que assume maior relevância. Deve ser supervisionada a colocação do bebé no SRC e garantida a sua segurança no momento da saída do Serviço.

Após a alta hospitalar, muitas famílias iniciam a vigilância da saúde da criança nos centros de saúde. Assim, é possível dar continuidade aos ensinamentos e avaliar dificuldades existentes pela proximidade e frequência com que os pais/cuidadores e crianças recorrem aos serviços de saúde.

Ao longo da infância, o PNSIJ recomenda que, para além da avaliação clínica, sejam abordados, sistematicamente, os cuidados preventivos, como forma de promoção da saúde e prevenção da doença. Nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, a segurança da criança/jovem constitui um parâmetro dos cuidados antecipatórios que deve ser abordado pelo EEESIP (Sandes & Levy, 2004; Waksman & Piritto, 2005; Ribeiro *et al.*, 2006). Os

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

são considerados imprescindíveis.

Sempre que possível, aquando o contacto com a criança/jovem e família, o EEESIP deve abordar esta temática em variados contextos.

A eficácia das respostas das famílias na adoção de comportamentos seguros depende, em grande parte, das competências dos profissionais na promoção da segurança. Em suma, as medidas de segurança que se iniciam durante a gravidez devem continuar após o nascimento e prosseguir ao longo da infância e da juventude.

A evidência tem demonstrado que apesar da utilização de SRC ser obrigatória por lei e a intenção de proteção das crianças no transporte automóvel ter aumentado consideravelmente, o seu uso é mais eficaz se for suportado por atividades educativas. Torna-

se, desta forma, pertinente instituir estratégias e desenvolver ações direcionadas para educação rodoviária.

### **1.5.3. Com os Enfermeiros**

A problemática da segurança da criança em automóveis não se restringe apenas aos pais/cuidadores e crianças/jovens, mas também aos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, que as transportam em ambulâncias.

A ambulância é um meio de transporte com características específicas que, ao contrário do que deveria ser, um transporte seguro e confortável, apresenta alguns riscos que podem contribuir para o aumento do número de acidentes ou lesões provocadas em crianças e jovens, tal como foi mencionado anteriormente.

No estudo realizado por Faria, Lomba, Carvalhais & Apóstolo (2017) concluem que apesar dos enfermeiros adotarem uma grande variedade de medidas de segurança na prática, reconhecem que a forma como transportam as crianças em ambulâncias não é a ideal. Deste modo, a gestão da segurança da criança/jovem durante o transporte constitui um problema para os enfermeiros que as acompanham nestes transportes.

No exercício das suas funções o EEESIP deve, em qualquer contexto, prestar cuidados especializados e de qualidade respeitando as questões de segurança (OE, 2018).

Segundo a DGS (2011: 14), segurança é definida como “(...) a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.”. Depreende-se que se os danos desnecessários advêm de comportamentos, atitudes ou erros passíveis de evitar, a educação para a saúde destes profissionais se prevê fundamental para o desempenho da sua ação.

Muitos deles necessitam de mais informação para melhor conhecer as possibilidades de transporte seguro para as crianças/jovens em diferentes situações segundo as recomendações existentes. Estas conclusões sugerem a necessidade de investimento na educação/formação dos profissionais e de sensibilização das instituições de saúde ao nível da segurança dos cuidados e do doente. Neste âmbito específico, reporta para a importância do uso de SRC durante o transporte desenvolvendo uma prática profissional mais segura e no sentido de salvaguardar e promover a segurança infantil e juvenil.

Os profissionais devem ter à sua disposição sistemas de retenção adequados à idade, ao peso e ao tamanho da criança para transportar com segurança estes indivíduos de forma

a aumentar a segurança rodoviária e diminuir a mortalidade dos passageiros proporcionando ganhos substanciais na saúde (Faria *et al.*, 2017).

#### **1.5.4. Com outros profissionais: Bombeiros**

O transporte da criança/jovem é frequentemente assegurado pelos bombeiros, pelo que para garantir a máxima segurança destes passageiros é fundamental incluir estes profissionais no campo de intervenção do EEESIP.

Uma das barreiras ao transporte seguro de crianças em ambulâncias provém da ausência de padrões/diretrizes consistentes em Portugal, existindo um desconhecimento por parte dos profissionais sobre as práticas seguras e a falta de sistemas de retenção adequados ao peso, idade e tamanho da criança nas corporações de bombeiros. Esta situação pode conduzir a técnicas incorretas e inadequadas de retenção no transporte em ambulâncias comprometendo a segurança e a vida da criança transportada e dos restantes passageiros (Bull *et al.*, 2001; Herman, Abzug, Krynetskiy & Guzzardo, 2011; O'Neil *et al.*, 2014; Öberg *et al.*, 2015; Balbino & Cardoso, 2017). Este facto preocupa os profissionais que efetuam estes transportes sendo os responsáveis pelos mesmos (Bull *et al.*, 2001; Wilson, 2007).

As evidências apontam para, apesar das recomendações existentes, uma diferença substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado e o que se aplica na prática, não correspondendo às práticas mais corretas de transporte seguro da criança.

É neste sentido, que se revela a necessidade de educar estes profissionais visando modificar a sua atuação para práticas mais seguras garantindo a segurança da criança transportada em ambulâncias. Alertar os profissionais dos riscos e capacitá-los para práticas mais seguras pode implicar em algumas corporações a aquisição de SRC atualmente inexistentes, mas extremamente necessários para reduzir os comportamentos incorretos (Johnson, Lindholm & Dowd, 2006) e garantir a segurança da criança transportada.

O comportamento humano influencia diretamente a ocorrência de acidentes por isso conclui-se que, ao serem reduzidos os erros de proteção seguindo medidas de segurança, o impacto na redução da mortalidade e morbidade infantil por acidente rodoviário poderá ser cada vez mais significativo (APSI, s.d. citado por Duarte *et al.*, 2008).

A consciencialização e o conhecimento sobre o assunto são questões complexas que devem ser trabalhadas (Wilson, 2007; Kim *et al.*, 2018). Conclui-se que a formação dos profissionais no que respeita a recomendações sobre o transporte de crianças em ambulâncias

será benéfica, melhorando as suas práticas e aumentando a segurança das crianças durante estes transportes (Johnson *et al.*, 2006; O'Neil *et al.*, 2014; Fidacaro *et al.*, 2018). Perante esta realidade, é imperativo que os profissionais possuam conhecimentos e cumpram todas as medidas de segurança relacionadas com o transporte, tendo clara consciência das repercussões que o transporte incorreto acarreta. Os profissionais quando viajam com uma criança sem restrição adequada expõem-se a riscos que podem ser evitáveis.

Importa assim salientar a pertinência da formação dos profissionais no âmbito desta temática pelo crucial papel que estes assumem como responsáveis pelo transporte no seu todo.

## **2. 'TRANSPORTE DA CRIANÇA/JOVEM: UMA VIAGEM EM SEGURANÇA' – DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DURANTE O PERCURSO FORMATIVO**

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, o desenvolvimento de um projeto de intervenção integrado numa linha de investigação que vise dar resposta às competências de EEESIP e de Mestre, revela-se crucial e constitui um requisito para a obtenção do título de EEESIP e de Mestre.

Segundo Mata (2002), um projeto pode definir-se como um conjunto de atividades planeadas para levar a cabo a concretização de um objetivo, implicando a utilização de diversos recursos. É uma ferramenta útil que orienta todos os procedimentos realizados para dar resposta ao problema identificado. O projeto é um conceito que pode tomar forma a partir de várias definições, sendo, portanto, um conceito implícito em várias áreas com diferentes significados (Abrantes, 2002). Neste âmbito, o conceito que se enquadra neste projeto é o de intervenção na área da saúde, na medida em que se planeia uma intervenção com vista à resolução/minimização de um problema cujos benefícios perdurem no tempo (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Neste sentido, tendo por base a metodologia de projeto foi elaborada uma proposta de projeto e enviada, juntamente com a declaração de aceitação da orientadora [ANEXO 1], ao Conselho Técnico-Científico do IPP para análise, tendo sido posteriormente aprovada [ANEXO 2].

De acordo com Lopes (2014) esta metodologia permite uma abordagem que confere grande sentido e significado às aprendizagens em virtude da sua dimensão interventiva com impacto na realidade. Proporciona a aquisição de competências específicas em investigação-ação, permitindo neste processo adquirir competências e capacidades, trabalhando com problemas reais em contexto real. Estabelece-se assim, uma ligação entre a teoria e a prática permitindo ao investigador obter melhores resultados (Leite *et al.*, 1989 citado por Ferrito *et al.*, 2010). Fortin *et al.* (2009) corroboram esta ideia, acrescentando que esta metodologia assenta nos mesmos princípios da investigação aplicada a uma disciplina, que se traduz na utilização do processo científico no estudo de problemas específicos com o intuito de produzir mudanças onde foram previamente identificados problemas. Desta forma, é promovida a prática fundamentada e baseada na evidência (Ferrito *et al.*, 2010). Esta metodologia caracteriza-se: pelo trabalho em grupo uma vez que envolve os investigadores e a população-alvo, desde o diagnóstico de situação à avaliação; por ser uma atividade intencional procurando alcançar

os objetivos estabelecidos; por pressupor autonomia e iniciativa por parte dos intervenientes; pela sua autenticidade; por envolver complexidade e incerteza no que respeita às tarefas a realizar e por ter um carácter prolongado e faseado (Ferrito *et al.*, 2010).

Atendo às competências do EEESIP, este deve intervir na promoção da saúde e prevenção da doença, pelo que surge a pertinência e importância deste projeto. O presente projeto de intervenção intitulado 'Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança' integra a linha de investigação 'Segurança e Qualidade de Vida', subordinado à temática da prevenção de acidentes rodoviários e promoção da segurança no transporte de crianças/jovens em automóveis. A problemática dos acidentes rodoviários é de uma grande importância, pois é considerada um flagelo que atinge a atualidade sendo uma das principais causas de morte e incapacidade de crianças e jovens em Portugal. Este problema real constitui o centro da investigação e, por ser uma área com evidente necessidade e passível de intervenção por parte do EEESIP, optou-se pelo desenvolvimento deste projeto na tentativa de conseguir mudanças comportamentais com impacto positivo na saúde.

De acordo com Ferrito *et al.* (2010), a metodologia de projeto é constituída pelas seguintes fases: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos. Seguindo esta metodologia, este projeto foi estruturado para ser desenvolvido e implementado ao longo dos estágios I e final que integram o plano de estudos do curso, entre maio de 2019 e janeiro de 2020, com um período de pausa letiva entre finais de junho e meados de setembro de 2019 e meados de dezembro de 2019 e início de janeiro de 2020. Ao longo deste capítulo serão descritas todas estas fases.

No decorrer deste percurso formativo, importa salientar que a atuação como futura EEESIP não se prendeu apenas com a temática do projeto de intervenção, mas de uma forma geral com o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências inerentes ao grau de EEESIP e de mestre, nos diferentes contextos clínicos e com diferentes grupos-alvo.

Para além dos objetivos definidos no plano curricular foram delineados objetivos gerais e transversais aos diferentes contextos de prestação de cuidados pediátricos, que serão analisados no capítulo seguinte, sendo eles:

- Desenvolver conhecimentos e competências de EEESIP e de Mestre para a intervenção especializada na prestação de cuidados à criança/família;
- Assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

- Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
- Contribuir para a segurança das crianças/jovens no transporte automóvel.

## **2.1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO: DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES**

Este projeto de intervenção visa ser um projeto promotor da segurança das crianças e jovens ao nível rodoviário, com conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados e qualidade de vida repercutindo-se na redução das taxas de mortalidade e morbilidade infantojuvenil associadas a acidentes rodoviários em Portugal. Pretende sensibilizar as crianças/jovens, pais/cuidadores, enfermeiros e bombeiros para a problemática em questão e por sua vez capacitá-los para a adoção de comportamentos promotores de segurança durante o transporte em automóveis. Por ser transversal aos diferentes contextos de cuidados permite a atuação do EEESIP ao nível dos CSP e dos cuidados de saúde diferenciados a nível hospitalar.

Os CSP, essenciais à saúde e colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, são parte integrante do sistema de saúde do país. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o serviço nacional de saúde, não apenas em casos de doença mas também enquanto indivíduos saudáveis (UNICEF, 1979). Os CSP são a componente dos sistemas de saúde que mais têm contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo e reconhecidamente o pilar central do sistema de saúde (Henriques, Garcia & Bacelar, 2011; Ministério da Saúde [MS], 2011). Atuam ao longo de todas as fases da vida e têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação no sentido de melhorar a saúde e bem-estar e a adoção de comportamentos e atitudes saudáveis (Stanhope & Lancaster, 1999). Assim, estes cuidados devem ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde devido à articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). No âmbito dos CSP, o EEESIP detém um papel preponderante na avaliação do estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança/jovem, permitindo a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, bem como na educação e aconselhamento antecipatório aos pais promovendo a função parental para maximização do potencial de desenvolvimento infantil, através das consultas de enfermagem.

Os cuidados de saúde hospitalares, salvo emergências com acesso direto ao Serviço de Urgência, constituem uma segunda linha de intervenção à qual o utente acede após referenciação pelo médico assistente. É sobretudo ao nível dos cuidados de saúde hospitalares que o EEESIP cuida da criança/jovem e família em situações de doença grave, complexa, com necessidade de intervenção tecnologicamente sofisticada em diferentes contextos (Alto Comissariado da Saúde, 2009). Os serviços hospitalares de pediatria visam a prestação de cuidados “(...) eficientes, seguros e apropriados à criança e adolescente, por profissionais qualificados, num espaço amigo da criança, do adolescente e da família, privilegiando o atendimento em ambulatório.” (Alto Comissariado da Saúde, 2009: 35). Com a evolução da ciência e da tecnologia, a prática clínica tem-se transformado. Opta-se pelo tratamento mínimo eficaz permanentemente acompanhado pelos pais, constituindo o internamento o último recurso quando os cuidados necessários à situação de doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia (Cruz, 2004; Alto Comissariado da Saúde, 2009).

A articulação entre os CSP e os cuidados de saúde hospitalares têm potenciado a melhoria da qualidade dos cuidados desde o período perinatal até à adolescência e contribuído de forma significativa para a diminuição das taxas de mortalidade infantil (Alto Comissariado da Saúde, 2009). A existência de novos problemas na área pediátrica tais como novos padrões de doença, maior sobrevivência de crianças e adolescentes com doença crónica e necessidades especiais têm exigido uma melhor articulação entre estes níveis de cuidados (Cruz, 2004).

No sentido de conhecer e compreender o contexto em que estes estágios decorreram consideramos pertinente expor a dinâmica desses locais caracterizando-os de modo sucinto, mas também integrador de uma descrição relativa à realidade que os constitui, nomeadamente as características e necessidades relevantes identificadas no âmbito do projeto visando a intervenção adequada às suas particularidades contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e dos ganhos em saúde na área em estudo. A contextualização das unidades de cuidados surge de acordo com a ordem cronológica em que os estágios ocorreram. Estas unidades de cuidados foram escolhidas para a realização dos estágios por serem uma referência nos cuidados e dotadas de particularidades que permitem o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de EEESIP e de mestre numa perspetiva holística, científica e personalizada, bem como de aprendizagens individuais. Todos os estágios foram realizados sob orientação de uma EEESIP pela importância deste elemento no acompanhamento de um percurso formativo desta índole.

### **2.1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

Assumindo-se os CSP como a porta de entrada para o serviço nacional de saúde e considerando a importância dos mesmos na promoção da saúde e prevenção da doença, foi neste contexto que se iniciou o primeiro estágio tendo decorrido numa Unidade de Cuidados de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, entre 20 de maio e 28 de junho de 2019.

Dada a sua importância, em 2008 o governo procedeu à reorganização dos CSP criando os Agrupamentos de Centros de Saúde. Estes são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa e têm como missão garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica, designadamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (MS, 2008). De modo a atingir este objetivo, os Agrupamentos de Centros de Saúde estão divididos em unidades funcionais agrupadas no espaço físico de um ou mais centros de saúde que se complementam e variam consoante os problemas e as necessidades de saúde a satisfazer em determinada área. Em cada uma destas unidades deverá existir uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, cooperando com outras unidades funcionais do centro de saúde e do agrupamento de centros de saúde (MS, 2013).

A UCSP, onde foi realizado o estágio e iniciado o projeto de intervenção, encontra-se em funcionamento desde março de 2007, de segunda a domingo das 9 às 21 horas e possui como missão prestar cuidados de saúde personalizados de qualidade a toda a população por ela abrangida, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade desses mesmos cuidados contribuindo para a melhoria do estado de saúde dessa população, obtendo ganhos em saúde (MS, 2013). Encontra-se inserida num centro de saúde sediado num dos concelhos do distrito de Évora, composto por 2 freguesias e 6 extensões de saúde, abrangendo no ano de 2018 uma população residente de 6.387 habitantes, dos quais 17,3% se encontram na faixa etária dos 0-19 anos (PORDATA, 2020b). Em fevereiro de 2020, o número de inscritos na UCSP era de 6.403 utentes, dos quais 1.043 correspondem a crianças/jovens (MS, 2020).

A UCSP é constituída por uma equipa multiprofissional composta por enfermeiros, apenas 1 especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, médicos e administrativos. Esta equipa auto-organizada aposta na complementaridade de tarefas, sem supremacia de um grupo profissional sobre outro, formando um ambiente de trabalho mais satisfatório e com vista a alcançar o bem-estar e qualidade de vida máxima do indivíduo, da família e do grupo na comunidade. A prestação de cuidados assenta na metodologia de enfermeiro de família, sendo efetivada pela equipa multidisciplinar constituída por médico e enfermeiro. O enfermeiro

de família assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade, prestando cuidados gerais e específicos ao indivíduo e família nos três níveis de prevenção, em articulação ou complementaridade com os restantes membros da equipa de saúde (MS, 2014). Em 2011, segundo os censos, a presente UCSP servia um total de 2.809 famílias (PORDATA, 2015).

A UCSP atua em conformidade com o preconizado pela DGS nos diversos programas nacionais de saúde para atender às necessidades da população. Tendo em conta a área de atuação e o grupo alvo de cuidados no âmbito deste estágio destacam-se: o PNSIJ e o Programa Nacional de Vacinação. Existem ainda outros programas, mas no âmbito da Unidade de Cuidados na Comunidade como o Programa Nacional de Saúde Escolar. Importa referir que para o desenvolvimento da atividade profissional no âmbito destes programas, no que respeita ao espaço físico a UCSP dispõe de diversos gabinetes partilhados pelos vários elementos da equipa multidisciplinar, sendo eles: sala de vacinação e de consulta de saúde infantil e juvenil. Estas salas diferem das restantes pela decoração infantil sendo destinadas exclusivamente ao atendimento das crianças e jovens proporcionando um ambiente acolhedor, humanizado e favorável à prestação de cuidados.

Na área da saúde infantojuvenil a UCSP dispõe, quer na sede quer nas extensões de saúde, de consultas de enfermagem e médicas destinadas aos seus utentes. Na sede da UCSP estas consultas encontram-se programadas à segunda-feira das 15 às 17 horas e de quarta a sexta-feira das 14 às 16 horas. Os dados mais recentes disponíveis na PORDATA reportam ao ano de 2012, no qual foram realizadas 1.620 consultas de saúde infantil e juvenil, sendo a quarta unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central com menos consultas desta especialidade neste ano (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Neste concelho, em 2018, registaram-se 42 nascimentos (INE, 2019a) e 0 óbitos na faixa etária dos 0-19 anos (INE, 2019b). A taxa bruta de natalidade referente a este concelho no ano de 2018 foi de 6,5‰ encontrando-se abaixo das médias da região Alentejo Central e de Portugal que foram de 7,6‰ e 8,5‰, respetivamente (INE, 2019c). Verifica-se que esta taxa tem seguido uma tendência decrescente desde 2016.

A inscrição de RN na UCSP ocorre após a receção da notificação de nascimento enviada pela unidade hospitalar onde ocorreu o parto. Desta forma é possível à equipa de enfermagem agendar a visita domiciliária e prestar os primeiros cuidados no âmbito dos CSP, nomeadamente a realização do teste de diagnóstico precoce e agendar a primeira consulta de vigilância de saúde infantil.

De acordo com as orientações técnicas do PNSIJ é indiscutível o impacto das sessões de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinentes e de qualidade. A vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem são um dos objetivos dos profissionais e serviços de saúde. Vigiar o desenvolvimento e crescimento da criança/jovem desde o nascimento até à maioridade [18 anos] tendo em atenção as variações dentro da normalidade, propicia o desenvolvimento de ações associadas aos hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravamentos à saúde, sendo mais fácil detetar precocemente possíveis alterações que comprometam a qualidade de vida e assim prestar cuidados em tempo oportuno, minimizando os problemas da criança (DGS, 2013; Pinto, 2009).

Os CSP nesta área seguem as *guidelines* do PNSIJ. As consultas de saúde infantil e juvenil realizam-se em idades-chave do crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens e em momentos marcantes da vida destes indivíduos, como por exemplo a entrada para a escola (DGS, 2013). Durante a consulta, os parâmetros a avaliar divergem consoante a idade-chave no entanto existem parâmetros que são sempre avaliados: parâmetros físicos e fisiológicos [peso, altura/comprimento, índice de massa corporal, perímetro cefálico até aos 36 meses, pressão arterial a partir dos 3 anos, dentição], o desenvolvimento psicomotor com recurso à Escala de Desenvolvimento Psicomotor de *Mary Sheridan* Modificada, o desenvolvimento cognitivo, socio-afetivo, o comportamento, a acuidade visual e auditiva, a linguagem, a capacidade de comunicação e a postura permitindo a deteção de sinais de alarme e possíveis problemas/alterações, a necessidade de intervenção e/ou o encaminhamento para outros profissionais de saúde, caso haja necessidade. Atende-se às preocupações da criança/jovem e dos pais e questionam-se ambos sobre as suas atividades, escola, ocupação de tempos livres, atividades desportivas, saúde oral, sono, alimentação, higiene, puberdade, segurança e acidentes. A avaliação da dinâmica familiar e rede de suporte sociofamiliar também é efetuada nestas consultas pela importância que têm no desenvolvimento da criança/jovem. Realizam-se os cuidados antecipatórios ao serem abordadas várias temáticas e realizados ensinamentos pertinentes consoante as necessidades identificadas. Segundo Pinto (2009), o conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento, a sua antecipação e a capacitação dos pais sobre atividades que podem ajudar a promover a aquisição das competências, podem evitar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou lacunas na estimulação da criança e podem promover a saúde e estabelecer padrões saudáveis (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013). Também se verifica nestas consultas o cumprimento do esquema vacinal incentivando a adesão ao mesmo e, caso não esteja atualizado, procede-se à vacinação em atraso. A imunização, ao conferir proteção imunológica contra determinadas doenças infecciosas,

promove a integridade física e psicológica da criança contribuindo para que todo o processo de desenvolvimento ocorra de uma forma saudável e sem intercorrências (OE, 2010). Para além da proteção pessoal, a vacinação é benéfica para toda a comunidade pois quanto maior for o número de indivíduos vacinados menor a probabilidade de transmissão de uma determinada doença (DGS, 2016). O impacto da vacinação na saúde da população mundial é inquestionável pois teve um efeito bastante importante na redução da mortalidade e na erradicação de algumas doenças infecciosas. A vacinação constitui uma forma de intervenção promotora de saúde e preventiva de doença pois permite salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer outro tratamento médico (DGS, 2016). Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias a cumpri-lo e aproveitar todas as oportunidades para vacinar os indivíduos. Na UCSP a vacinação programada ocorre à segunda-feira das 18 às 20 horas e à quinta-feira das 9 às 13 horas. Atendendo às metas definidas pela DGS no âmbito do Programa Nacional de Vacinação a cobertura vacinal deve alcançar “(...) 85% para a vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano (HPV) e 95% para as restantes vacinas.” (DGS, 2019: 4).

No final da consulta todos os dados são registados e atualizados nos sistemas informáticos SClinico<sup>®</sup>, com utilização da linguagem comum a todos os profissionais de enfermagem, e no SINUS<sup>®</sup> – programa de registo de vacinação. Em suporte papel os registos efetuam-se no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e no Boletim Individual de Saúde assegurando a continuidade dos cuidados.

De salientar que a UCSP dispõe de uma sala de espera destinada às crianças/jovens e famílias enquanto aguardam pelos procedimentos e/ou consultas. Esta sala encontra-se equipada com brinquedos lúdicos e didáticos adequados às crianças/jovens e informação exposta por meio de cartazes abordando diversas temáticas destinados aos pais/cuidadores/familiares que acompanhem a criança/jovem constituindo uma mais-valia na promoção da saúde e prevenção da doença.

### **2.1.2. Unidade de Urgência Pediátrica**

O estágio em contexto de cuidados de saúde diferenciados a nível hospitalar iniciou-se a 18 de setembro de 2019 na Unidade de Urgência Pediátrica [UUP] de um Centro Hospitalar pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Teve uma duração de 4 semanas com término a 11 de outubro de 2019. De acordo com o Decreto-lei n.º 233/2015, o Centro Hospitalar é dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa,

financeira e patrimonial e de natureza pública empresarial composto pela fusão de dois hospitais. Tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela sua dignidade, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus funcionários num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (Centro Hospitalar de Setúbal – E.P.E., s.d.). Intervém de acordo com as redes de referência e as áreas de influência servindo uma população da área de influência direta de 231.531 habitantes, dados referentes ao final do ano de 2018 (PORDATA, 2020b).

A UUP é parte integrante do Serviço de Pediatria da referida instituição hospitalar, ao qual pertencem o Serviço de Internamento de Pediatria, a Unidade de Neonatologia e a Consulta Externa Pediátrica. Em 2018, ocorreu um total de 2.587 nascimentos neste distrito (INE, 2019a).

A UUP visa dar uma resposta rápida no atendimento de situações de risco para a saúde e vida da população pediátrica, considerada no Despacho n.º 9871/2010 como crianças/jovens desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de idade. Esta Unidade localiza-se no piso 0 do edifício central, de fácil acesso quer de automóvel quer a pé. À entrada da UUP, encontra-se um balcão assegurado por um administrativo, 24 horas por dia durante todo o ano. É neste balcão que é efetivada a inscrição da criança/jovem no Serviço. A sala de espera é contígua a este espaço pelo que após a admissão as crianças/jovens e os pais/familiares aguardam neste espaço até serem chamadas para a triagem, salvo situações de emergência que dão entrada imediata na sala de emergência e reanimação, no interior da Unidade. Segundo dados do Plano de Atividades/Investimentos e Orçamento do Centro Hospitalar, em 2017, foram 41.891 episódios de urgência nesta Unidade, em média 115 por dia (Centro Hospitalar de Setúbal – E.P.E., 2018).

Todas as crianças/jovens são submetidas um processo de triagem exclusivo desta Unidade, realizado preferencialmente por um EEESIP em sistema informático Alert<sup>®</sup>, cujo objetivo consiste em assegurar através de uma avaliação rápida, sistemática e completa a situação de saúde da criança/jovem determinando a sua gravidade e providenciando o tratamento/enaminhamento apropriados. Desta avaliação resulta o grau de prioridade no atendimento médico com atribuição de uma pulseira de cor, de acordo com o tempo-alvo. Existem 4 cores de pulseiras: Vermelho [emergente/muito urgente]: 0 minutos/10 minutos; Amarelo [urgente]: 60 minutos; Azul [pouco urgente/não urgente]: 120 minutos/240 minutos; Prata [especialidades: Otorrinolaringologia; Oftalmologia; Cirurgia]. Sempre que existe necessidade de observação da criança/jovem por parte das especialidades de oftalmologia e ortopedia, a criança/jovem tem que se deslocar, após a triagem e acompanhada por familiar e assistente operacional, ao

Serviço de Urgência Geral. No que diz respeito à especialidade de Cirurgia, estes especialistas dirigem-se à UUP para observar a criança/jovem fazendo-o em sala própria – sala de pequena cirurgia. É obrigatório o acompanhamento da criança/jovem por um familiar, identificado com pulseira de cor rosa durante a permanência na Unidade.

A equipa da UUP é constituída por elementos de diferentes grupos profissionais sendo eles: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos, psicólogo e assistente social. A equipa de enfermagem é composta por 25 elementos dos quais 8 especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Esta equipa é coordenada pelo enfermeiro chefe e, na sua ausência, pela enfermeira responsável que desempenha também funções de gestão. Há elementos da equipa responsáveis por projetos/áreas de interesse institucional e da própria Unidade tais como, Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos e Formação em Serviço. A prestação de cuidados de enfermagem na UUP assenta no método de trabalho em equipa, com base no modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey valorizando os cuidados centrados na família. Os enfermeiros estão divididos por equipas de 4 elementos por turno em que cada elemento assegura um posto de trabalho [triagem, sala de tratamentos e de aerosóis, Unidade de Internamento de Curta Duração [UICD]] à exceção do chefe de equipa, que é sempre um EEESIP não alocado a um posto de trabalho coordenando e cooperando com a equipa em todas as necessidades identificadas. A distribuição dos elementos por postos de trabalho é feita pelo enfermeiro responsável de turno e tem em atenção as competências individuais de cada elemento visando a otimização e rentabilidade dos cuidados (Costa, 2004). Esta distribuição não é estanque sendo alterada sempre que se verificar essa necessidade. A prestação de cuidados em equipa proporciona melhor atendimento à criança/jovem e família do que a prestação de cuidados individualmente (Costa, 2004). É esta equipa que garante a prestação de cuidados imediatos em situações de emergência/urgência a todos os utentes que a ela recorram designadamente:

- Prestar cuidados de saúde técnicos e humanos, assegurar o suporte das funções vitais, cuja falência, reversível, ameaça a curto prazo a vida do utente;
- Proporcionar intervenção contínua ao utente em estado crítico [com problemas de vida ou morte potenciais ou reais] a fim de evitar complicações e restaurar a saúde;
- Assegurar cuidados de saúde específicos e contínuos, a fim de normalizar as funções vitais de um doente em perigo de vida;
- Prevenir a morte quando a mesma é evitável;

– Acompanhar a evolução das funções vitais e, quando necessário, estabelecer medidas para mantê-las artificialmente.

Esta Unidade dispõe de protocolos de atuação elaborados em parceria entre equipas médicas e de enfermagem, nomeadamente no que respeita à administração de medicação analgésica e antipirética no momento da triagem para aliviar o desconforto da criança/jovem e, também na triagem, à administração de soro de re-hidratação oral/chá açucarado para testar a tolerância oral.

Quanto ao espaço físico da UUP é constituído por uma sala de espera, sala de triagem, sala de emergência e reanimação, sala de pequena cirurgia, sala de tratamentos, sala de aerossóis, três gabinetes médicos, uma UICD com lotação para cinco utentes, sendo que uma das camas se localiza numa zona de isolamento. A UICD tem como principal objetivo a vigilância e estabilização da situação clínica da criança/jovem sendo o tempo de internamento variável entre 24 a 48 horas. Durante o internamento a criança/jovem pode permanecer acompanhada por um dos pais/cuidadores, não sendo permitidas visitas. No interior da UUP existe ainda capacidade para oito crianças em maca. Para além destes espaços, existem ainda outras áreas de apoio logístico e funcional comuns a todos os serviços de saúde. Toda a decoração da Unidade se direciona para a população que serve existindo como forma de distração, pinturas alusivas a figuras conhecidas das crianças nas paredes. Assim, o ambiente hospitalar torna-se mais agradável e menos traumático para as crianças/jovens.

Os registos, prescrição de terapêutica, procedimentos, requisição e resultados de exames complementares de diagnóstico são realizados em sistema informático no programa Alert®.

No que respeita à segurança da UUP, existe em presença física um segurança durante 24 horas todos os dias da semana durante todo o ano; a porta que dá acesso à sala de triagem pela sala de espera encontra-se sempre fechada e a sua abertura é controlada pelo enfermeiro da triagem e a porta da UUP que dá acesso direto à urgência geral e às restantes instalações da unidade hospitalar é de abertura automática com código secreto que apenas os funcionários têm conhecimento.

### **2.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

A 14 de outubro de 2019 deu-se continuidade ao estágio a nível hospitalar, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] de uma unidade hospitalar pública integrada na Administração Regional de Saúde do Alentejo. Esta unidade hospitalar é a maior e a principal do território alentejano, aquela que oferece maior diferenciação e que, para além de receber

os utentes da sua área de influência direta, Alentejo Central [152.865 habitantes], trata cada vez mais utentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral [315.295 habitantes], num total de 468.160 habitantes, dados referentes ao final do ano de 2018 (PORDATA, 2020b). Tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus funcionários (Hospital do Espírito Santo de Évora – E.P.E., s.d.a).

A Unidade de Neonatologia foi inaugurada em junho de 1990 e a partir de abril de 2001 aquando a consideração desta unidade hospitalar em 'Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado' foi oficializada como UCIN. Em dezembro de 2015 foi certificada pela DGS no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Esta Unidade presta cuidados diferenciados a RN pré-termo, com idade gestacional superior a 24 semanas, e de termo até ao 28.º dia de vida [idade corrigida], de toda a região Alentejo, mas também de outras regiões do país quando não existem vagas nos hospitais centrais (Hospital do Espírito Santo de Évora – E.P.E., s.d.b). Excetuam-se os RN com patologia respiratória infecciosa que são encaminhados para o Serviço de Internamento de Pediatria. A admissão dos RN na UCIN tem várias proveniências: Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia, Urgência Pediátrica, Bloco Operatório e Consulta Externa Neonatal. Por forma a compreender o nível de atuação desta Unidade é importante aferir as taxas de natalidade da sua área de influência direta e indireta. Em 2018, registaram-se 3.603 nascimentos na região Alentejo, dos quais 1.168 correspondem à região Alentejo Central (INE, 2019a). A taxa bruta de natalidade desta região foi de 7,6% neste mesmo ano (INE, 2019c). Dos nados-vivos nascidos em 2018 na região Alentejo, 299 correspondem a RN prematuros [idade gestacional inferior a 37 semanas] e 364 nasceram com baixo peso [inferior a 2500 gramas] (INE, 2019d). No ano de 2019, a UCIN admitiu 192 RN.

A UCIN localiza-se no piso 3 do edifício principal do hospital, junto à sala de partos com a qual tem ligação direta facilitando o transporte de RN com necessidades imediatas de cuidados diferenciados. Esta Unidade tem lotação para 12 utentes, distribuídos por 3 salas de prestação de cuidados: Sala A – Sala de Cuidados Intensivos [composta por 3 incubadoras]; Sala B – Sala de Cuidados Intermédios [composta por 5 incubadoras] e Sala C – Sala de Cuidados Mínimos/Pré-alta [composta por 4 berços]. O espaço físico para além das salas A, B e C é composto por uma sala de preparação de terapêutica, sala de preparação de leites, gabinete de enfermagem, gabinete médico, e sala de extração de leite onde as mães realizam com privacidade e num ambiente calmo a extração do leite materno, posteriormente identificado e acondicionado. Para além destes espaços existem outros espaços comuns e de apoio

logístico e funcional a todos os serviços de saúde. À entrada da Unidade existe uma pequena área que permite aos pais guardar os seus pertences, higienizar as mãos e colocar o equipamento de proteção individual necessário para circular na Unidade. Todo o espaço físico da Unidade é caracterizado por um ambiente de agradáveis dimensões e decoradas de acordo com a faixa etária dos utentes que acolhe. No espaço externo anexo à UCIN, foi criado em 2004 uma zona de dois quartos [um duplo e outro individual] que permite a pernoita de pais que habitem a uma distância superior a 30 quilómetros desta instituição hospitalar. Das 8 às 0 horas é permitido o acompanhamento dos dois pais junto ao RN. No período noturno, embora seja permitida a permanência contínua de um dos pais junto ao RN geralmente não acontece dada a inexistência de condições de comodidade para pernoita na Unidade, existe apenas uma cadeira junto à incubadora/berço. Aos avós e irmãos dos RN é-lhes permitida uma visita de curta duração durante o horário de visitas do hospital, ou seja, das 16 às 17 horas e das 19 às 20 horas.

No que concerne à equipa multidisciplinar da UCIN, esta é constituída por enfermeiros, pediatras com subespecialização em neonatologia, assistentes operacionais e administrativa. Esta Unidade dispõe ainda da colaboração da psicóloga, assistente social, nutricionista, fisio-terapeuta e terapeuta da fala. A equipa de enfermagem é composta por 23 elementos altamente diferenciados em que apenas 1 desses elementos não é especialista em enfermagem em saúde infantil e pediátrica, no entanto exerce funções há cerca de 20 anos neste contexto. Um dos elementos é a enfermeira chefe e outro elemento a enfermeira responsável que desempenha também funções de gestão. A prestação de cuidados de enfermagem segue o método de trabalho individual em que cada enfermeiro é responsável, avalia e coordena todos os cuidados a um ou mais RN e família (Costa, 2004). A distribuição dos RN pelos enfermeiros é feita em todos os turnos pelo enfermeiro responsável de turno. Todos os cuidados prestados seguem o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a filosofia de cuidados centrados na família, fomentando o envolvimento e participação dos pais nos cuidados ao RN proporcionando-lhes autonomia para o papel parental.

Tendo em conta a qualidade, segurança e humanização na prestação de cuidados, a equipa da UCIN a partir de 2014 passou a seguir as orientações do Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN - NIDCAP®. Em ambiente de UCIN é de extrema importância minimizar o impacto negativo que o ambiente envolvente, quer em termos de luminosidade e ruído quer em termos de prestação de cuidados, poderá ter no desenvolvimento do RN (Santos, 2011). Nesta Unidade, os cuidados prestados são modelados em função do comportamento do RN atendendo a fatores que constituem a base da prestação de cuidados segundo este programa: organização e agrupamento de cuidados

sempre que possível, de 3/3 horas, respeitando os ciclos de sono; posicionamento adequado, recorrendo à contenção com ninho ou rolos promovendo o conforto através de um ambiente aconchegante semelhante ao ambiente intrauterino; oportunidades para contacto pele-a-pele do RN com os pais [método Canguru] promovendo o desenvolvimento do RN e a vinculação com os pais; meio ambiente tranquilo através da redução da luminosidade e do ruído sonoro (Santos, 2011).

A UCIN possui, no gabinete de enfermagem, uma central de monitorização dos RN alocados às salas A e B que transmite continuamente os seus sinais vitais permitindo aos enfermeiros manter uma vigilância constante.

Os registos são feitos em suporte papel, em folha própria, anexa posteriormente ao processo clínico do RN que se encontra no gabinete de enfermagem. Apenas a prescrição de terapêutica é efetuada eletronicamente.

Há que referir a componente segurança da UCIN pois as portas de acesso ao interior da Unidade estão sempre fechadas e a sua abertura faz-se de forma automática através de um código secreto, o qual apenas os funcionários da Unidade têm conhecimento. A entrada de qualquer pessoa externa à Unidade é controlada e apenas ocorre após identificação por um funcionário. A todos os RN que se encontrem na sala C é colocada uma pulseira eletrónica no momento da admissão nesta sala, sendo desta forma, silenciosa, impercetível e contínua mantida a vigilância. Se ocorrer violação da pulseira, maliciosa ou acidental, o sistema alarma e o encerramento das portas da Unidade é automático assim como o segurança da instituição é notificado informaticamente contactando de imediato, via telefone, a Unidade para esclarecer a situação. Este sistema permite não só a proteção do RN como a tranquilidade dos pais. Aquando a alta clínica para o domicílio é seguido um procedimento para prevenção contra o rapto da criança que contempla o acompanhamento dos pais e do RN por um profissional de saúde ao segurança da instituição no átrio de entrada para confirmação da alta.

#### **2.1.4. Serviço de Internamento de Pediatria**

O último estágio em contexto de cuidados de saúde diferenciados a nível hospitalar iniciou-se a 11 de novembro de 2019 no Serviço de Internamento de Pediatria integrado na mesma unidade hospitalar que contempla a UCIN, descrita anteriormente. Este estágio teve uma duração de 8 semanas tendo terminado a 17 de janeiro de 2020, após um período de interrupção letiva de 21 de dezembro de 2019 a 5 de janeiro de 2020.

O Serviço de Internamento de Pediatria situa-se no piso 5 do edifício principal da unidade hospitalar. Este Serviço presta assistência a crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias de idade da área de influência do distrito, mas também de parte dos distritos limítrofes (Hospital do Espírito Santo de Évora – E.P.E., s.d.c). Pauta-se por promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens; aumentar a quantidade e melhorar a qualidade dos serviços prestados; promover a humanização e um papel ativo e interventivo no Hospital e na comunidade envolvente e apostar na formação dos funcionários.

O Serviço de Pediatria engloba um conjunto de diferentes serviços nomeadamente: Serviço de Internamento Pediátrico que integra o Hospital de Dia [criado no ano 2000 e com o objetivo de humanizar os cuidados hospitalares alargando-os à comunidade e ao mesmo tempo evitando e diminuindo o número de dias de internamento] e a Cirurgia Pediátrica nas especialidades de otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia e cirurgia, em duas valências: internamento e ambulatório, Consulta Externa Pediátrica, Serviço de Urgência Pediátrica, UCIN. Para além da atividade assistencial este Serviço tem atividades de formação, ensino, investigação e de intervenção na comunidade (Hospital do Espírito Santo de Évora – E.P.E., s.d.c).

Desde dezembro de 2015 que este Serviço se encontra acreditado sendo reconhecida a sua qualidade e segurança ao nível dos cuidados pelo MS.

No que respeita ao espaço físico, o Serviço de Internamento de Pediatria dispõe de sete quartos com três camas/berços cada e um quarto de isolamento apenas com uma cama/berço. Um dos quartos com três camas/berços destina-se às crianças/jovens do Hospital de Dia e outro às crianças/jovens da Cirurgia de Ambulatório. No total, a capacidade máxima é de 22 vagas. O quarto assume-se como lugar de conforto, tranquilidade e segurança pelo que todos os procedimentos invasivos que sejam necessários realizar se destinam à sala de tratamentos. Esta sala encontra-se decorada com pinturas de animais coloridos sobretudo no teto, por cima da maca onde as crianças/jovens se deitam para serem efetuados os procedimentos, constituindo uma forma de distração e visando minimizar o impacto negativo de tais procedimentos. Neste Serviço existe também um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma sala de espera, uma sala de atividades lúdicas e uma sala de tratamentos. Para além de todos estes espaços existem outros espaços comuns e de apoio logístico e funcional a todos os serviços de saúde. Mediante o compromisso de 'bem-cuidar' as crianças/jovens e respetivas famílias, privilegia-se o seu bem-estar pelo que todo o espaço se encontra decorado com pinturas adequadas à faixa etária da população que acolhe tornando mais agradável o ambiente hospitalar minimizando os efeitos da hospitalização. A existência da sala de ativi-

dades lúdicas constitui outro fator favorável ao bem-estar e ao desenvolvimento das crianças/jovens na medida em que, sob acompanhamento de uma educadora de infância, podem desenvolver diversas atividades tendo em conta a situação clínica. É de referir que, infelizmente, esta sala apenas funciona de segunda a sexta-feira das 9 às 15 horas, impossibilitando as crianças/jovens de usufruir da mesma nos restantes períodos.

A equipa do Serviço de Internamento de Pediatria é multidisciplinar constituída por enfermeiras, pediatras e internos da especialidade de pediatria, cirurgião pediátrico, assistentes operacionais, administrativa, educadora de infância, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. A equipa de enfermagem é constituída por 16 elementos, um dos quais a enfermeira chefe e outro a enfermeira responsável. É uma equipa com alto nível de diferenciação, 14 EEESIP e 2 a frequentar a especialidade de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. A prestação de cuidados de enfermagem segue o método individual de trabalho, no qual cada enfermeiro fica responsável pela total prestação e avaliação de cuidados a um determinado número de crianças/jovens e família (Costa, 2004), no entanto salienta-se a interajuda e cooperação entre todos os elementos da equipa. Todos os cuidados prestados têm por base o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, ou seja, o centro dos cuidados é o binómio criança/jovem e família e para atender às suas necessidades é estabelecida uma tríade enfermeiro-criança/jovem-família que participa nos cuidados.

É permitido o acompanhamento da criança/jovem pelos pais de forma permanente. No período das 11 às 20 horas podem permanecer os dois pais junto da criança/jovem, no restante período apenas pode ficar um dos pais a acompanhar a criança/jovem. As trocas entre pais podem ocorrer das 7h30' às 11 horas e das 20 às 0 horas. Diariamente são permitidos dois períodos de visitas no máximo 2 elementos em simultâneo, das 15 às 16h30' e das 19 às 20 horas.

Os registos são efetuados em sistema informático Alert<sup>®</sup> utilizando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e seguindo as etapas do processo de enfermagem, à exceção dos processos das crianças/jovens de cirurgias de ambulatório que são realizados em impresso próprio em suporte papel. A prescrição e registo de administração de terapêutica também é efetuada em sistema informático CPCHS<sup>®</sup>. Diariamente, no turno da manhã é feita a classificação de doentes recorrendo a um sistema informático destinado a esse efeito – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem. Desta forma é possível, tendo em conta as necessidades dos doentes e o seu grau de dependência, calcular as horas de cuidados previstas para as próximas 24 horas e o número de elementos necessários para assegurar essa prestação de cuidados.

No que diz respeito à segurança, à semelhança da UCIN, também este Serviço se encontra sempre fechado com porta eletrónica de abertura com código secreto que apenas os funcionários do Serviço têm conhecimento. Todas as crianças/jovens internadas se encontram identificadas com uma pulseira eletrónica e de identificação, colocadas no momento da admissão. O funcionamento da pulseira eletrónica é igual ao existente na UCIN.

Integrado neste estágio, foi realizado um estágio de curta duração [2 dias] no Serviço de Consulta Externa de Pediatria, mais especificamente na Consulta de Apoio ao Desenvolvimento, da mesma unidade hospitalar. Este Serviço funciona no edifício do Patrocínio, de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas e tem como objetivo a efetivação das consultas em tempo útil por forma a contribuir para a melhoria contínua da condição de saúde dos utentes (Hospital do Espírito Santo de Évora – E.P.E., s.d.d). É diversificada a atuação deste Serviço na área pediátrica, existindo consultas de: Urgência, Pediatria Médica, Neonatologia, Apoio Nefrologia, Nutrição/Obesidade, Apoio ao desenvolvimento, Apoio à criança em risco, Cardiologia, Cirurgia, Adolescentes, Psiquiatria infantil e da Adolescência, Pedopsiquiatria, Reabilitação, Alergologia, Apoio Neurologia, Psicologia, Avaliação de Risco Neonatal, Apoio Endocrinologia, Diabetes, Apoio Hematologia. Em 2012, últimos dados do INE, revelam que foram efetivadas 12.343 consultas da especialidade de pediatria médica nesta unidade hospitalar (INE, 2014).

As perturbações do desenvolvimento têm uma incidência elevada, de gravidade muito variável e com impacto negativo na criança/jovem e na família pelo que o seu diagnóstico e intervenção precoces são essenciais. As consultas de apoio ao desenvolvimento estão vocacionadas para o diagnóstico, avaliação e intervenção em crianças/jovens com perturbações do desenvolvimento ou com fatores de risco de as vir a manifestar, nomeadamente crianças com: deficiências mentais; perturbações do espectro do autismo; hiperatividade e défice de atenção; perturbações da linguagem e comunicação; dificuldades de aprendizagem; perturbações emocionais e do foro psicoafetivo; alterações comportamentais; dificuldades nas atividades diárias [alterações do sono, da alimentação e da autonomia]; RN de risco. As crianças que recorrem a esta consulta provêm da referenciação pelo médico de família, pediatra ou a partir de consultas de outra subespecialidade.

A consulta de apoio ao desenvolvimento é realizada por uma pediatra com a colaboração de uma enfermeira, geralmente EEESIP. Previamente à consulta a enfermeira avalia os dados antropométricos [peso, altura/comprimento, índice de massa corporal, perímetro cefálico em crianças até aos 36 meses de idade] e a tensão arterial [em crianças a partir dos 3 anos], efetuando os registos quer em sistema informático Alert® quer em suporte papel no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Durante a consulta é feita uma avaliação cognitiva e motora da

criança/jovem através da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada e da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos - *Schedule of Growing Skills II* ou à Escala de Desenvolvimento Mental de *Ruth Griffiths* em crianças com mais de 5 anos. Em constante articulação com a equipa da consulta encontram-se as equipas de intervenção precoce da qual fazem parte os docentes da escola e os profissionais clínicos de outras áreas nomeadamente psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais que acompanham diariamente a criança. Esta articulação permite a partilha de informações referentes à criança e ao seu desenvolvimento possibilitando uma avaliação mais completa e o estabelecimento de comparações ao nível do desenvolvimento ao longo das consultas.

## 2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa da metodologia de projeto. Nesta etapa pretende-se elaborar um protótipo da realidade sobre a qual se pretende intervir e mudar (Ferrito *et al.*, 2010) assemelhando-se à etapa inicial do processo de investigação em que, segundo Fortin *et al.* (2009), se pretende encontrar uma área de investigação que interesse ou preocupe o investigador e seja relevante para a disciplina. Segundo Tavares (1990) citado por Ferrito *et al.* (2010), para realizar esta etapa é necessário identificar os problemas emergentes na temática e na população estudada, analisando a sua evolução e repercussão na população, e determinar as respetivas necessidades recorrendo a uma boa colheita de informação. O diagnóstico de situação tem de ser dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes mediante as alterações na realidade. Deve ser realizado num curto espaço de tempo, de forma a permitir uma intervenção em tempo útil, e suficientemente aprofundado para que permita a implementação de medidas pertinentes e resolúveis (Ferrito *et al.*, 2010). Para se realizar um diagnóstico de situação deve-se delimitar um problema, definido por Fortin *et al.* (2009), como uma situação que necessita de uma solução, de uma melhoria ou de uma modificação e estabelecer-se uma necessidade, citado por Tavares (1990) em Ferrito *et al.* (2010) como a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. De acordo com Almeida (2007) citado por Ferrito *et al.* (2010: 12), “A definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto (...)”.

O presente projeto enquadra-se na área da saúde, logo, “(...) deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo (...)” (Brissos, 2004 citado por Ferrito *et al.*, 2010: 10). O problema foi delineado recorrendo à evidência

científica existente nas bases de dados, que de acordo com Almeida (2007) citado por Ferrito *et al.* (2010) são habitualmente as principais fontes de identificação ou definição de problemas. Fruto das evidências científicas resultantes da pesquisa bibliográfica em bases de dados, motores de busca da internet, livros e documentos oficiais da OMS, DGS, APSI, ANSR foi posteriormente realizado o enquadramento teórico e concetual da temática. Dessa pesquisa emergiu o seguinte problema: 'elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantil e juvenil associadas a acidentes rodoviários em Portugal'. Como acima supracitado, os acidentes rodoviários que envolvem crianças e jovens são uma realidade preocupante na sociedade atual representando grande impacto nas taxas de mortalidade e morbidade nesta faixa etária, sendo considerado um grave problema de saúde pública. Existem normas e recomendações que suportam medidas de segurança no transporte de crianças e jovens em automóveis nomeadamente no que diz respeito à utilização de sistemas de retenção possibilitando a diminuição destas taxas. Contudo, aquilo que a literatura atual também demonstra é que o maior desafio que se coloca perante este problema é a insuficiente sensibilização e formação dos pais/cuidadores e enfermeiros no que respeita à correta utilização de medidas de segurança no transporte de crianças/jovens em automóveis. Assim, as evidências apontam para, apesar das recomendações existentes, uma diferença substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado e o que se aplica na prática. Sendo esta uma área problemática dada as repercussões na segurança da criança/jovem aquando o seu transporte em automóveis este problema deve ser minimizado. É clara a atual necessidade de intervenção pelo que o EEESIP encontra aqui um importante campo de ação, pela possibilidade de intervenção na mudança desta realidade tornando-se num elemento-chave na promoção da segurança infantil.

Este problema constituiu a base de atuação norteando as intervenções ao longo dos quatro contextos de estágio.

Em todos estes contextos, cumprindo os procedimentos éticos inerentes a um processo de investigação, foram solicitadas autorizações institucionais [ANEXO 3] e às comissões de ética das respetivas instituições onde se realizaram os estágios, e do IPP [ANEXO 4] tendo sido concedida essa autorização por parte de todas elas para desenvolvimento do referido projeto. Todas as preocupações éticas relativas a este tipo de estudo foram asseguradas, sendo respeitada a proteção dos direitos dos indivíduos nomeadamente o respeito pela vida privada, pela confidencialidade das informações pessoais garantindo o anonimato dos participantes e tendo em consideração o respeito pela dignidade humana, pelo princípio da beneficência, da equidade e da justiça. Foi elaborada, nos termos da norma n.º 015/2013 da DGS atualizada a 04/11/2015, uma declaração de consentimento informado, esclarecido e livre

[APÊNDICE 1] a ser aplicada a todos os participantes dos estudos. Importa referir que os participantes foram informados e esclarecidos que durante o projeto, em caso de recusa em colaborar no mesmo, não existiria qualquer consequência para os inquiridos.

### **2.2.1. População-alvo**

Para elaborar o diagnóstico de situação específico de cada população e contexto real de cuidados utilizaram-se instrumentos de diagnóstico, tal como preconiza Ferrito *et al.* (2010). A escolha do instrumento de avaliação a utilizar depende do contexto, da população, entre outros fatores. Para qualquer análise de situação, a observação dos intervenientes na sua interação com o meio é o ponto de partida (Ferrito *et al.*, 2010).

Para tal, tendo em conta a problemática em epígrafe, foram realizadas entrevistas com os enfermeiros chefes e os orientadores a fim de identificar as necessidades nos serviços. Foram também realizadas entrevistas com as respetivas equipas de enfermagem para identificar as necessidades sentidas, relativamente a esta temática, nos contextos onde estas exercem funções, tendo em conta o tipo de população a quem prestaríamos cuidados bem como a dinâmica dos serviços. Importa referir que todas as necessidades enumeradas foram tidas em consideração e foram planeadas atividades que as colmatassem.

#### **2.2.1.1. Pais/cuidadores**

Da observação feita ao longo dos estágios constatou-se que são inúmeras as lacunas ao nível dos conhecimentos dos pais/cuidadores no que diz respeito à segurança da criança quando transportada no 'ovinho', comprovada pelos erros cometidos nesse mesmo procedimento. Este facto vai ao encontro da evidência científica existente como acima mencionado.

#### **2.2.1.2. Enfermeiros**

Atendendo ao encontrado na literatura, tornou-se pertinente investigar se esta problemática se verificava na população que tínhamos ao nosso dispor. Foi elaborado um questionário [APÊNDICE 2], previamente validado por parte da professora orientadora e posteriormente aplicado aos enfermeiros, para identificação dos seus conhecimentos relativamente à problemática da segurança rodoviária decorrente do transporte de RN/crianças/jovens em ambulâncias, assim como averiguar quais as suas práticas no que respeita à segurança destes indivíduos aquando o seu transporte nestes veículos. O

questionário permite “(...) recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, (...), conhecimentos, (...) e opiniões.” (Fortin *et al.*, 2009: 380), de tal forma que as informações procuradas possam ser obtidas com rigor. Trata-se de um instrumento de medida que traduz os objetivos do estudo com variáveis mensuráveis e através da sua aplicação permite validar os problemas aos quais se pretende dar resposta (Fortin *et al.*, 2009).

O questionário foi elaborado com base na revisão da literatura existente e de modo a dar resposta aos objetivos delineados. É constituído por 2 partes para além da nota introdutória. A primeira parte consiste na caracterização do participante - enfermeiro; e a segunda diz respeito à forma como transportam a criança/jovem, de diferentes faixas etárias, em diferentes situações, na ambulância. Todas as questões incluídas são de resposta fechada sendo apresentadas várias opções de resposta. De forma a verificar se o questionário era perceptível e as questões formuladas suscitavam dúvidas ou apresentavam falhas foi realizado um pré-teste tendo sido aplicado à equipa de enfermagem da UCSP. Após esta aplicação constatou-se que o preenchimento do questionário era claro, não apresentava incongruências nem necessitava de reformulações podendo ser aplicado nos restantes locais de estágio. De acordo com Vilelas (2017), os pré-instrumentos de colheita de dados caso não apresentem qualquer dificuldade de compreensão ou erros com necessidades corretivas podem ser incluídos na amostra final do estudo. Por este motivo, os questionários pré-teste foram incluídos no estudo.

Os questionários foram diferenciados com uma letra [A, B, C, D] no canto superior direito da terceira página de modo a codificar os contextos onde foram aplicados. A ordem alfabética corresponde à ordem de realização dos estágios: UCSP, UUP, UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria, respetivamente. Em cada contexto de estágio os questionários foram recolhidos numa única vez e em envelope fechado e foram guardados à chave na residência da investigadora principal. Os dados recolhidos foram guardados em computador, da própria investigadora, com acesso através de chave secreta do conhecimento apenas da investigadora principal. Um mês após a discussão pública deste Relatório de Estágio os dados recolhidos serão destruídos. Respeitam-se assim os princípios éticos inerentes a um estudo de investigação.

No que respeita à amostra contamos com um total de 52 participantes cujos dados referentes à sua caracterização se encontram resumidos na tabela abaixo apresentada [tabela 1].

| Faixa etária                            | Frequência   |                 |
|---|--------------|-----------------|
|   | Relativa (%) | Absoluta (n= x) |
| 21-29 anos                              | 15,4%        | n= 8            |
| 30-39 anos                              | 48,1%        | n= 25           |
| 40-49 anos                              | 21,2%        | n= 11           |
| 50-59 anos                              | 15,4%        | n= 8            |
| >60 anos                                | -            | -               |
| <b>Habilitações Literárias</b>          |              |                 |
| Bacharelato                             | 1,9%         | n= 1            |
| Licenciatura                            | 23,1%        | n= 12           |
| Pós-Licenciatura                        | 55,8%        | n= 29           |
| Mestrado                                | 19,2%        | n= 10           |
| Doutoramento                            | -            | -               |
| <b>Anos de experiência profissional</b> |              |                 |
| 0-4 anos                                | 42,3%        | n= 22           |
| 5-9 anos                                | 7,7%         | n= 4            |
| 10-14 anos                              | 21,2%        | n= 11           |
| 15-19 anos                              | 15,4%        | n= 8            |
| >20 anos                                | 13,5%        | n= 7            |

Tabela 1 – Características dos enfermeiros participantes no estudo.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipes de enfermagem de 3 instituições de saúde

A faixa etária mais prevalente dos enfermeiros inquiridos foi 30-39 anos [48,1%]. No que respeita às habilitações literárias importa referir que mais de metade dos enfermeiros [n=39] são especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Quanto aos anos de experiência profissional na área pediátrica, 42,3% dos enfermeiros trabalha na área há relativamente pouco tempo [0-4 anos].

As variáveis analisadas neste estudo – parte II do questionário – foram tratadas estatisticamente de forma descritiva através da análise das frequências.

As primeiras quatro questões visavam analisar os conhecimentos dos enfermeiros no que respeita ao transporte correto em ambulância de crianças/jovens com diferentes faixas etárias. A quinta e sexta questões pretendiam analisar a frequência de utilização de SRC durante o transporte de crianças/jovens em ambulâncias, em qualquer percurso

independentemente da distância do mesmo. Como forma de analisar a influência da informação prévia na atuação dos enfermeiros no transporte correto de crianças/jovens em ambulâncias foram realizadas as questões nove a treze. As sínteses resultantes da análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem encontram-se no APÊNDICE 3.

Os dados dos questionários aplicados permitiu-nos, de forma resumida, concluir que 60,6% dos enfermeiros inquiridos tem conhecimentos sobre as formas corretas de transportar RN/crianças/jovens de diferentes faixas etárias. Embora 69,2% dos enfermeiros refira que lhe foi explicado como devem ser transportados os RN/crianças/jovens em ambulâncias, 44,2% desconhece a lei que regulamenta o transporte automóvel e 39,4% ainda revela conhecimentos insuficientes no que respeita a estas práticas. Verificámos que na amostra estudada, a utilização dos sistemas de retenção de forma correta e segura para o transporte de crianças/jovens, de diferentes faixas etárias, em ambulâncias é ainda insuficiente e que os enfermeiros não possuem os conhecimentos suficientes para efetuar estes transportes em segurança. Posto isto, tornou-se crucial implementar medidas que alterem estes comportamentos por parte dos profissionais fomentando o aumento da segurança das crianças/jovens quando transportadas em ambulâncias. Não se encontrou uma relação evidente entre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros no transporte de crianças/jovens em ambulâncias e as suas características pessoais (habilitações literárias e anos de experiência profissional).

### **2.2.1.3. Outros profissionais: Bombeiros**

Em todos os contextos de estágio se assistiu à frequente necessidade de transporte de crianças/jovens em diferentes circunstâncias, em ambulâncias. Deste facto pôde constatar-se várias vezes, através da observação direta no momento da receção das crianças/jovens trazidas pelos bombeiros, que o transporte das mesmas não cumpria as medidas de segurança. Por este motivo, e acoplado à lacuna na legislação portuguesa no que diz respeito ao transporte de crianças/jovens em ambulâncias, suscitou-nos curiosidade em conhecer as práticas das corporações de bombeiros nestes transportes. Por outro lado, preocupou-nos a segurança das crianças/jovens que fica comprometida nestes transportes. Para investigar esta situação foi elaborado um outro questionário [APÊNDICE 4], previamente validado por parte da professora orientadora e posteriormente aplicado aos Srs. Comandantes das corporações de bombeiros da região Alentejo Central, para conhecer as suas práticas no transporte de crianças/jovens, de diferentes faixas etárias até aos 12 anos de idade, e em diferentes situações em ambulâncias.

Este questionário, à semelhança do anterior, também foi elaborado com base na evidência científica existente e de modo a dar resposta aos objetivos delineados. É constituído apenas por uma parte precedido de uma nota introdutória. As questões são de resposta mista: aberta e fechada. As perguntas de resposta aberta permitem obter maior precisão em aspetos específicos da investigação (Fortin *et al.*, 2009). O questionário foi aplicado via e-mail, dirigido ao Exmo. Sr. Comandante de cada corporação de bombeiros envolvida no estudo, pela dificuldade em nos deslocarmos presencialmente ao local onde se encontram sediadas todas as corporações de bombeiros da região Alentejo Central dada a distância geográfica. A recolha de dados decorreu entre novembro e dezembro de 2019. Os dados recolhidos também foram guardados em computador, da própria investigadora, com acesso através de chave secreta do conhecimento apenas da investigadora principal. Um mês após a discussão pública deste Relatório de Estágio os dados recolhidos serão destruídos. Desta forma respeitam-se os princípios éticos inerentes a um estudo de investigação.

Para análise dos dados recolhidos foi considerada como resposta ‘ideal’ para o transporte de crianças em maca de ambulâncias, em todas as faixas etárias: a criança deve ser transportada deitada com o SRC apropriado para a maca [preferencialmente], ou ‘se o ideal não é prático ou realizável’ sentada com o SRC em cima da maca e preso com os cintos da maca.

Como resposta considerada ‘ideal’ para o transporte de crianças sentadas no banco de ambulâncias, em todas as faixas etárias: a criança deve ser transportada com o SRC adequado ao seu peso, idade e tamanho até aos 12 anos e 135 cm de altura. Até aos 18 meses no mínimo, sendo aconselhável até aos 3/4 anos, o SRC do grupo 0+/I deve ser colocado virado para a retaguarda do veículo ficando desta forma no sentido contrário à marcha.

Após análise das práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central no transporte de crianças/jovens em ambulâncias verificou-se que 69,2% transportam corretamente as crianças de diferentes faixas etárias em maca e 77% transportam corretamente em banco [quadro 2].

| Práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central no transporte de crianças em ambulâncias |            |          |          |           |
|---|------------|----------|----------|-----------|
|   | 0-12 meses | 1-3 anos | 4-7 anos | 8-12 anos |
| <u>Transporte em maca</u>   |            |          |          |           |
| <u>Correto</u>  | 76,9%      | 46,2%    | 53,8%    | 100%      |
| <u>Incorreto</u>  | 23,1%      | 53,8%    | 46,2%    | 0%        |
| <u>Transporte em banco</u>  |            |          |          |           |
| <u>Correto</u>  | 92,3%      | 84,6%    | 76,9%    | 53,8%     |
| <u>Incorreto</u>  | 7,7%       | 15,4%    | 23,1%    | 46,2%     |

Quadro 2 – Análise das práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central no transporte de crianças em ambulâncias.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às corporações de bombeiros da região Alentejo Central

Os erros mais frequentes relacionados com o transporte de crianças em diferentes faixas etárias em ambulâncias encontram-se discriminados no quadro 3.

| Faixa etária | Principais erros no transporte de crianças/jovens em ambulâncias   |
|--------------|--|
| 0-12 meses   | SR inadequado: Deitado diretamente na maca com cinto de segurança sem SRC<br>Sem SRC: Ao colo da/o mãe/pai   |
| 1-3 anos     | Sem SRC: Ao colo da/o mãe/pai<br>SR inadequado: Sentado diretamente no banco com cinto de segurança sem SRC<br>SRC virado para a frente no sentido da marcha |
| 4-7 anos     | SR inadequado: Deitado diretamente na maca com cinto de segurança sem SRC<br>SR inadequado: Sentado diretamente no banco com cinto de segurança sem SRC      |
| 8-12 anos    | SR inadequado: Sentado diretamente no banco com cinto de segurança sem SRC<br>Colocação incorreta do cinto de segurança do veículo                           |

Quadro 3 – Principais erros no transporte de crianças/jovens em ambulâncias.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde e às corporações de bombeiros da região Alentejo Central

Apenas 46,2% e 34,6% das corporações em estudo dispõem, respetivamente, de SRC adequado para maca e para banco para o transporte em ambulância de crianças de diferentes faixas etárias [quadro 4].

| SRC nas corporações de bombeiros da região Alentejo Central |            |          |          |           |
|---|------------|----------|----------|-----------|
|   | 0-12 meses | 1-3 anos | 4-7 anos | 8-12 anos |
| <u>Sistema de retenção para crianças para maca</u>          |            |          |          |           |
| <u>Existe</u>   | 46,2%      | 46,2%    | 46,2%    | 46,2%     |
| <u>Não existe</u>   | 53,8%      | 53,8%    | 53,8%    | 53,8%     |
| <u>Sistema de retenção para crianças para banco</u>         |            |          |          |           |
| <u>Existe</u>   | 38,5%      | 38,5%    | 30,8%    | 30,8%     |
| <u>Não existe</u>   | 61,5%      | 61,5%    | 69,2%    | 69,2%     |

Quadro 4 – Análise dos SRC nas corporações de bombeiros da região Alentejo Central.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às corporações de bombeiros da região Alentejo Central

Analisando os resultados obtidos neste estudo concluiu-se que em todas as faixas etárias consideradas, exceto a faixa etária 8-12 anos, o transporte de crianças em maca de ambulância não é efetuado preferencialmente de acordo com a recomendação 'ideal' da NHTSA. Contudo, este transporte é efetuado por mais de metade das corporações de bombeiros da região Alentejo Central de acordo com as recomendações da NHTSA quando o 'ideal não é prático ou realizável', cumprindo de igual modo as normas de segurança. O transporte correto em maca de crianças na faixa etária 8-12 anos foi o que alcançou maior percentagem [100%] contrapondo a faixa etária 1-3 anos onde a segurança é claramente mais baixa [46,2%]. Quanto ao transporte de crianças sentadas em banco de ambulância, em todas as faixas etárias, mais de metade das corporações de bombeiros da região Alentejo Central efetuam este transporte cumprindo as normas de segurança vigentes no código da estrada português e de acordo com as orientações da DGS. Quanto ao transporte correto em banco, crianças na faixa etária 0-12 meses são transportadas com maior segurança [92,3%] comparativamente às crianças na faixa etária dos 8-12 anos [53,8%].

Deste estudo, comprovou-se que existia uma necessidade formativa ao nível deste grupo profissional que se revela de extrema importância pelo elevado número de transportes que efetuam com crianças/jovens em ambulâncias no âmbito da prestação de cuidados.

Com os dados recolhidos dos dois estudos realizados foi elaborado um artigo científico original intitulado 'Transporte de crianças em ambulâncias: conhecimentos dos enfermeiros e práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central' [APÊNDICE 5]. O artigo foi redigido de acordo com as normas de publicação do jornal *Nurse Education in Practice* para posterior submissão a publicação.

Foi possível avaliar a necessidade de atuação e definir estratégias indo ao encontro das necessidades reais identificadas no sentido da promoção da segurança no transporte de RN/crianças/jovens em ambulâncias favorecendo a criação de um ambiente seguro e a consequente diminuição de acidentes e/ou lesões decorrentes dos mesmos. Através da análise dos resultados obtidos no diagnóstico de situação relativo à segurança das crianças/jovens no transporte em ambulâncias pudemos comprovar que se assemelham aos descritos na literatura existente, validando o problema identificado previamente na pesquisa bibliográfica efetuada.

### **2.2.2. Síntese integradora**

Como se pode perceber, este projeto envolve diversos grupos-alvo de intervenção que constituem a população do projeto. Segundo Fortin *et al.* (2009), uma população é definida como um conjunto de elementos com características comuns. A este grupo de pessoas sobre o qual recai a investigação e é alvo de intervenção denomina-se população-alvo. Na impossibilidade de estudar e intervir na totalidade da população-alvo, foram selecionadas amostras dos diferentes grupos-alvo ao nível dos vários contextos de cuidados. A amostragem contempla um processo pelo qual é escolhido um grupo de pessoas ou uma porção da população que nos permite conhecer as características da população e tirar conclusões sobre a mesma sem ter que estudá-la na sua totalidade (Fortin *et al.*, 2009).

Neste sentido, no que respeita ao grupo de enfermeiros a amostra utilizada no estudo efetuado corresponde aos enfermeiros que exerciam funções nos locais onde foram realizados os estágios durante esse período. De um total de 67 elementos constituintes das equipas de enfermagem apenas 52 elementos participaram no estudo. No que diz respeito às corporações de bombeiros, a amostra do estudo efetuado corresponde às 14 corporações de bombeiros da região Alentejo Central por ser geograficamente mais acessível para estabelecimento de contacto e intervenção. Ambas constituem amostras de conveniência uma vez que os participantes foram selecionados por estarem facilmente acessíveis e presentes num local específico. Este tipo de amostra é um método de amostragem não probabilística pelo que os dados obtidos não podem ser generalizados e devem ser interpretados apenas no contexto em que foram recolhidos.

Quanto às crianças/jovens e pais/cuidadores alvo de intervenção, delimitaram-se estes grupos em função da faixa etária das crianças/jovens incluindo apenas as que tinham até 12 anos de idade e os pais/cuidadores destes indivíduos. A delimitação deste critério de inclusão deve-se ao facto de ser a faixa etária que por lei obriga estes indivíduos a utilizar sistemas de

retenção aquando o seu transporte em automóveis. Assim, respeitando este critério, constituem a população-alvo todos os que recorreram às unidades de saúde e com os quais foi estabelecido contacto durante o período de estágio.

Após análise dos resultados obtidos no diagnóstico de situação foram definidos os objetivos centrados na resolução do problema.

### **2.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS**

Após realizado o diagnóstico de situação é necessário delinear objetivos que se centrem na resolução do problema identificado apontando quais os resultados a alcançar. Segundo Fortin *et al.* (2009), um objetivo é um enunciado que indica claramente o que o indivíduo tem intenção de fazer no decurso do seu trabalho/investigação, isto é, antecipa a ação. Um objetivo norteia o projeto e imprescindivelmente tem de estar presente na elaboração de projetos de ação. Todas as ações que irão ser realizadas têm de ter em conta os objetivos traçados pois estes devem ser alcançados (Ferrito *et al.*, 2010).

Os objetivos além de serem sucintos devem ser claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração (Gouveia, 1999) devidamente fundamentados quanto à escolha e pertinência. É imprescindível delinear os objetivos seguindo este fio condutor para que sejam facilmente alcançáveis. Na realização deste projeto foi traçado um objetivo geral, que segundo Mão de Ferro (1999) citado por Ferrito *et al.* (2010: 18) são "(...) enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados.", e específicos, que são o resultado da fragmentação de um objetivo geral mais vasto em aprendizagens elementares mais concretas de modo a alcançar o objetivo geral mais facilmente, de acordo com o diagnóstico de situação definido (Mão de Ferro, 1999 citado por Ferrito *et al.*, 2010). Atendendo ao referido anteriormente, como objetivo geral deste projeto definiu-se: contribuir para a segurança das crianças/jovens no transporte automóvel. Como objetivos específicos, tendo em conta as necessidades identificadas e as especificidades de cada contexto, delinearão-se:

- Sensibilizar as crianças [em idade escolar] e jovens [na pré-adolescência] para a importância do cumprimento das medidas de segurança no transporte automóvel;
- Sensibilizar os pais/cuidadores para a promoção da segurança das crianças/jovens durante o transporte em automóveis;
- Capacitar os pais/cuidadores para o transporte da criança/jovem em segurança no automóvel;

- Capacitar os enfermeiros para o transporte da criança/jovem em segurança em ambulâncias;
- Otimizar estratégias e recursos nas instituições que permitam adquirir equipamento necessário e/ou utilizar corretamente o equipamento existente para o transporte da criança/jovem em segurança em automóveis;
- E, capacitar os bombeiros para o transporte da criança/jovem em segurança em ambulâncias.

Estes seis objetivos foram encadeados por ordem de prioridade e pensados de forma a serem o mais exequíveis e admissíveis pelos contextos onde se ia desenvolver e implementar o projeto e acessíveis em termos de recursos humanos e materiais. Têm cronologia variável ao longo das semanas sendo projetados em diferentes momentos consoante o desenvolvimento e oportunidades proporcionadas com o decorrer dos estágios.

Após definidos os objetivos foram planeadas as atividades e delineadas as estratégias e meios de intervenção para suprir as necessidades identificadas nos diferentes contextos ao nível desta temática alcançando os objetivos traçados.

## **2.4. PLANEAMENTO**

Depois de definidos os objetivos é fundamental planejar as atividades que irão dar resposta aos mesmos elaborando um plano detalhado do projeto. Nesta fase será feito o levantamento dos recursos, definidas as atividades a desenvolver e elaborado o cronograma de todas as etapas do projeto de intervenção (Fortin *et al.*, 2009). A utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a realizar relacionam-se diretamente com os objetivos previamente alicerçados. O cronograma determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver durante o projeto (Miguel, 2006 citado por Ferrito *et al.*, 2010). No apêndice 6 é visível o cronograma do projeto contendo todas as etapas, datadas com o decorrer do mesmo.

O planeamento do presente projeto direciona-se para os objetivos específicos delineados estabelecendo as atividades, estratégias e meios necessários de forma a alcançá-los.

Objetivo: 'sensibilizar as crianças [em idade escolar] e jovens [na pré-adolescência] para a importância do cumprimento das medidas de segurança no transporte automóvel'. Para responder a este objetivo planeou-se, na UCSP e no Serviço de Internamento de Pediatria, a realização de uma atividade didática que captasse a atenção da população-alvo levando-a a refletir sobre as suas atitudes e comportamentos durante o transporte automóvel promovendo

ações corretas. Antes da execução da atividade foi exposto aos enfermeiros chefes e às enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos estágios a proposta idealizada e discutida com os mesmos, tendo sido aceite e considerada pertinente.

No que diz respeito ao objetivo: 'sensibilizar os pais/cuidadores para a promoção da segurança das crianças/jovens durante o transporte em automóveis' foi proposto ao enfermeiro chefe e à EEESIP orientadora do estágio na UCSP a elaboração de um cartaz informativo, a ser exposto num local estratégico para a população-alvo, como por exemplo na sala de espera infantojuvenil. Esta proposta foi corroborada pela elevada pertinência considerada. Nos restantes locais de estágio também foi proposto aos enfermeiros chefes e orientadores o desenvolvimento desta atividade, contudo, dada a política e normas de exposição de materiais informativos destas unidades hospitalares a mesma não foi desenvolvida por não ser permitida a exposição nestes mesmos locais. Como alternativa perante esta limitação, a sensibilização dos pais/cuidadores para a temática foi sendo realizada de forma individualizada nos momentos de contacto considerados oportunos.

O objetivo: 'capacitar os pais/cuidadores para o transporte da criança/jovem em segurança no automóvel' está interligado ao objetivo anterior, pois para atingir este objetivo serão realizadas atividades que permitam transmitir informação essencial de forma a capacitar a população-alvo para a alteração de comportamentos e adesão a medidas de segurança, prevenindo e minimizando os efeitos advindos dos comportamentos incorretos no transporte de crianças/jovens em automóveis. Assim, foi proposto aos enfermeiros chefes e às enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos estágios da UCSP, da UCIN e do Serviço de Internamento de Pediatria a realização de uma sessão de capacitação para os pais/cuidadores incidindo nos pontos chave da segurança no transporte automóvel de crianças/jovens e nas medidas de segurança a adotar; na UCSP, na UUP e no Serviço de Internamento de Pediatria a elaboração de um folheto informativo enquanto que na UCIN se propôs a elaboração de um dístico autocolante para colocar no sistema de retenção [grupo 0+] do RN contemplando os pontos chave da segurança no transporte automóvel de RN/crianças. Todas as propostas apresentadas foram consideradas bastante pertinentes e adequadas a cada população-alvo e realidade de cuidados.

O objetivo: 'capacitar os enfermeiros para o transporte da criança/jovem em segurança em ambulâncias' assenta nos mesmos princípios que o objetivo anterior, no entanto a população-alvo difere. Contudo, para alcançar este objetivo foi proposto aos enfermeiros chefes e às enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos estágios da UUP e do Serviço de Internamento de Pediatria a realização de uma formação

em serviço incidindo nas medidas de segurança a adotar no transporte de crianças/jovens em ambulâncias, tendo sido deferido. Na UCSP e na UCIN esta atividade não foi planeada pelo reduzido ou até mesmo inexistente número de transportes que são realizados pelos elementos da equipa de enfermagem, não constituindo uma necessidade nestes locais. Dado o curto período de estágio nestes dois locais priorizou-se o planeamento de atividades para colmatar necessidades identificadas consideradas relevantes.

Para atingir o objetivo: 'otimizar estratégias e recursos nas instituições que permitam adquirir equipamento necessário e/ou utilizar corretamente o equipamento existente para o transporte da criança/jovem em segurança em automóveis' primeiramente foi-se perceber junto dos enfermeiros chefes e das enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos estágios o que já existia em cada serviço e o que era possível acrescentar, de acordo com as normas de funcionamento de cada local de estágio. Após essa recolha e análise de informação planeou-se na UUP a elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem para a utilização do equipamento *Kidy Safe*<sup>®</sup> já existente na unidade de cuidados, contudo desconhecido por vários elementos da equipa de enfermagem, visando a uniformização da utilização do equipamento *Kidy Safe*<sup>®</sup> no transporte de crianças/jovens em ambulâncias. Para o Serviço de Internamento de Pediatria, por inexistência deste equipamento de extrema importância, após discutido com a enfermeira chefe planeou-se estabelecer contacto com a empresa fabricante de forma a que pudesse ser adquirido para que o transporte de crianças/jovens em ambulâncias se pudesse efetuar em segurança. Na UCSP e na UCIN pela existência de vários materiais, nomeadamente sistemas de retenção do grupo 0+, II e III, foi solicitado aos enfermeiros chefes e às enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos estágios a utilização destes recursos para a execução de demonstrações aos pais/cuidadores no que respeita à correta utilização destes sistemas de retenção para o transporte de crianças/jovens em automóveis de forma segura. Na UCIN foi ainda apresentada à enfermeira chefe e à EEESIP orientadora do estágio uma proposta para aumentar a segurança do RN quando transportado no sistema de retenção do grupo 0+, vulgarmente conhecido por 'ovinho', que consistia na elaboração de uma grelha de observação e registo para a enfermeira utilizar e preencher no momento da alta do RN aquando a sua colocação no sistema de retenção do grupo 0+ garantindo a correta colocação e a segurança do RN à saída da UCIN. Todas as propostas tiveram aval positivo dos enfermeiros chefes e das enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos estágios para poderem ser desenvolvidas e implementadas.

Quanto ao objetivo 'capacitar os bombeiros para o transporte da criança/jovem em segurança em ambulâncias' foi planeada a realização de um vídeo informativo para sensibilizar e

capacitar estes profissionais para a segurança das crianças/jovens no transporte em ambulâncias tendo sido discutida a proposta de atividade com a professora orientadora que concordou e emitiu parecer favorável à realização da atividade.

Existem, como já foi exposto ao longo do enquadramento teórico e concetual deste trabalho, evidências científicas e recomendações que asseguram que o uso correto de sistemas de retenção adequados ao peso, tamanho e idade da criança/jovem no transporte automóvel diminui a ocorrência e gravidade de eventos adversos. Contudo, as taxas de mortalidade e morbidade infantil e juvenil associadas a acidentes rodoviários ainda permanecem elevadas pelo que este projeto assume elevada relevância.

O envolvimento dos elementos das equipas de enfermagem será um aspeto imprescindível para que o projeto tenha continuidade e possa ser aplicado por qualquer elemento destas equipas no que respeita à sensibilização das crianças/jovens e capacitação dos pais/cuidadores, dos pares e de profissionais de saúde envolvidos neste âmbito. Pretende-se que todos os enfermeiros de cada local de estágio participem ativamente utilizando os recursos existentes [folhetos informativos, material para demonstração do transporte em segurança de crianças/jovens e material didático] na capacitação dos pais/cuidadores e sensibilização das crianças/jovens no âmbito desta temática aumentando o sucesso das intervenções.

Para a realização das atividades planeadas previu-se a necessidade de utilizar material informático [computador, videoprojetor], material de impressão [impressora, tinteiro e folhas] e material de demonstração [banco de automóvel, sistemas de retenção].

## **2.5. EXECUÇÃO**

A execução é a quinta etapa da realização de um projeto de intervenção. É nesta fase que se coloca em prática todas as atividades que foram planeadas na etapa anterior. A metodologia de projeto prevê que, caso ocorram desvios ao planeado, pode haver necessidade de realizar alterações ao que foi planeado inicialmente. Por este motivo, o investigador deve estar desperto para estudar e colocar em prática medidas de recuperação de forma a que os objetivos do projeto não fiquem comprometidos e consigam ser alcançados (Ramos, 2007). Esta etapa assume elevada significância para os participantes do projeto uma vez que através da execução existe a possibilidade de colocar em prática as vontades e necessidades das ações previamente planeadas, obtendo resultados quer em termos de aprendizagem e de desenvolvimento de competências quer na resolução de problemas (Ferrito *et al.*, 2010).

É esta a etapa indicada para expor de forma pormenorizada como decorreu a implementação das atividades planeadas acima descritas.

Antes de iniciar qualquer atividade foi solicitada autorização aos responsáveis dos locais de estágios que foi concedida.

### **2.5.1. Com as Crianças/Jovens**

No âmbito do estágio realizado na UCSP, tal como planeado, desenvolveu-se uma atividade didática direcionada para as crianças em idade escolar e jovens pré-adolescentes pela capacidade de compreensão e aquisição de conhecimentos que as crianças nestes estadios de desenvolvimento já apresentam. Assim, de acordo com a população-alvo foi elaborado um 'jogo – quantos queres' [APÊNDICE 7] para que de forma dinâmica se pudesse sensibilizar as crianças/jovens para este tema e transmitir-lhes as atitudes e comportamentos corretos durante o transporte automóvel promovendo a adoção dessas ações. Por intermédio da brincadeira a criança emerge no processo de aprendizagem e desenvolve-se integralmente pois explora e reflete sobre a realidade na qual está inserida, interiorizando-a (Crespo, 2016). Segundo Crespo (2016: 58) "(...) as crianças que brincam, aprendem a pensar, e a dar significado a algo, uma vez que o brincar promove o desenvolvimento do conhecimento."

Em todos os contactos com as crianças e jovens desta faixa etária [6 - 12 anos] geralmente sempre em contexto de consulta, primeiramente foi-lhes explicada a importância do cumprimento das medidas de segurança no transporte automóvel pela interferência dos seus comportamentos na ocorrência de eventos adversos durante a viagem de automóvel e foi-lhes entregue o jogo em suporte papel para poderem construir e desfrutar. Crespo (2016) salienta ainda que é no ambiente familiar que o brincar também adquire maior importância para o desenvolvimento da criança. Assim, facilmente se compreende que com a construção do jogo é favorecida a aprendizagem familiar conjunta acerca da necessidade da segurança no transporte automóvel. De acordo com os objetivos e a estrutura deste jogo é possibilitado às crianças/jovens desenvolverem a capacidade de pensar e refletir sobre os seus próprios atos, adaptando o seu comportamento.

Este jogo também foi implementado no Serviço de Internamento de Pediatria dada as necessidades reais deste contexto sendo suprimidas pela aplicabilidade desta atividade. Neste contexto, a implementação da atividade seguiu os mesmos passos que na UCSP.

### 2.5.2. Com os Pais/Cuidadores

Durante o estágio na UCSP, para dar resposta a outro dos objetivos traçados visando suprir as necessidades identificadas neste contexto foi elaborado um cartaz informativo [APÊNDICE 8] com pontos chave sobre a segurança das crianças/jovens no transporte em automóveis. A informação colocada no cartaz informativo foi fruto da pesquisa bibliográfica efetuada como aconselha Rozemberg, Silva & Vasconcellos-Silva (2002). O cartaz informativo é ideal para transmitir uma mensagem em poucas palavras e de forma rápida. Constitui um meio de difusão de informação técnica fomentando o alinhamento de comportamentos adequados na sociedade (Freitas & Filho, 2011). Depois de concluído, o cartaz foi exposto num local estratégico para que alcançasse a população-alvo tendo sido colocado na sala de espera destinada à população infantojuvenil.

Na UCSP, UUP e Serviço de Internamento de Pediatria dada a inexistência de material informativo nesta área foi considerada uma necessidade tendo sido elaborado um folheto informativo [APÊNDICE 9] para que ficasse disponível para entrega aos pais/cuidadores sempre que se considerasse pertinente. Da pesquisa bibliográfica efetuada foram realizados uma análise e um resumo dos elementos fulcrais que deviam constar no folheto informativo tendo sido esses os que foram incorporados. Os folhetos informativos são uma mais valia pois fornecem informação fiável e importante de uma maneira bastante acessível, eficiente e económica complementando a informação habitualmente transmitida pelos profissionais de saúde (Cavaco & Várzea, 2010). Desta forma, consegue-se transmitir a informação essencial de forma a capacitar a população-alvo fomentando a alteração de comportamentos e a adesão a medidas de segurança neste âmbito. Nesta linha de pensamento, na UCIN foi elaborado um dístico autocolante [APÊNDICE 10] para colocar no sistema de retenção do grupo 0+ do RN contemplando os pontos chave da segurança no transporte automóvel de RN/crianças. Foi uma estratégia de intervenção diferente mas igualmente importante que nos pareceu mais adequada à realidade deste contexto. Para que a equipa de enfermagem tomasse conhecimento dos materiais informativos elaborados foi realizada uma sessão onde os mesmos foram apresentados aos elementos da equipa de enfermagem de cada contexto de cuidados.

Visando a educação em saúde, o *empowerment* e a necessidade de manter a população informada, seguindo a recomendação da OMS, estes materiais educativos foram elaborados com vários propósitos: divulgar conteúdos pertinentes, orientar e adaptar comportamentos favorecedores de estados ideais de saúde, promover a saúde e prevenir possíveis acidentes.

No âmbito do estágio realizado na UCSP, tal como planeado, foi preparada uma sessão de capacitação para pais/cuidadores e incluímos grávidas e respetivos companheiros pela

importância de consciencializar e alertar também estes elementos para a gravidade do problema e capacitá-los para segurança da criança/jovem no transporte em automóveis.

A educação para a saúde constitui um meio facilitador na capacitação dos indivíduos para a tomada de decisões conscientes e responsáveis de forma a que desempenhem um papel ativo na sua saúde. Pretende-se que os indivíduos se sintam capazes de participar nos processos de mudança de forma a adotarem estilos de vida saudáveis e promotores de saúde com consequentes ganhos. Educar as pessoas para a saúde é, então, criar condições para que as mesmas adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas adequadas e modificarem os comportamentos de risco (Simões, Nogueira, Lopes, Santos & Peres, 2011). Desta forma promove-se a saúde e melhora-se o nível de literacia para a saúde.

Para a sessão de capacitação, primeiramente foi elaborado um plano da sessão [APÊNDICE 11] e posteriormente, para a elaboração do suporte digital a apresentar foi necessário efetuar uma pesquisa bibliográfica relacionada com o tema procurando fundamentação científica e fidedigna. O suporte digital foi elaborado em suporte informático - PowerPoint® [APÊNDICE 12] para exposição dos conteúdos, de forma a esquematizar a informação a transmitir. Os conteúdos abordados, os métodos de ensino e as formas de avaliação da sessão foram adaptados às características cognitivas e culturais dos formandos.

A divulgação da sessão foi realizada através de contacto pessoal e telefónico a 15 utentes que integram a população-alvo de intervenção sendo informadas de que se iria realizar uma sessão de capacitação sobre o transporte de crianças e jovens em segurança no dia 18 de junho de 2019 das 10 horas às 11 horas na sala de reuniões da UCSP. As utentes demonstraram interesse pela temática e mencionaram que se possível iriam assistir à sessão. No dia anterior à sessão algumas utentes contactaram a UCSP a informar que por motivos pessoais não poderiam estar presentes na sessão. A sessão de capacitação intitulada 'Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança' decorreu no dia, horário e local previamente planeados. Foi escolhido como local a sala de reuniões da UCSP uma vez que reunia as condições e recursos necessários para o correto funcionamento da sessão. A sala foi previamente preparada em termos técnicos, de disposição do espaço e do material necessário de forma a reunir todas as condições e recursos para a realização da sessão. Apenas uma mãe compareceu para assistir à sessão. Também estiveram presentes três alunas que frequentam a licenciatura de enfermagem e a EEESIP orientadora do estágio.

Deu-se início à sessão com a apresentação da formadora ao grupo participante, o âmbito em que foi desenvolvida a atividade e o motivo da mesma assim como do tema a abordar. Uma vez que foram estabelecidos objetivos a alcançar pelo grupo foi frisada a importância de

prestarem atenção durante a sessão. De forma a cativar a atenção dos formandos, durante a sessão foi promovida a interação entre os formandos e a formadora sendo partilhadas experiências e hábitos dos mesmos. Os formandos revelaram-se participativos e interessados na temática interagindo espontaneamente partilhando os seus testemunhos com base no conhecimento prévio sobre o tema, intervindo de forma pertinente. No decorrer da sessão a formadora foi esclarecendo algumas questões colocadas e no fim elogiou os formandos pelo interesse e atitude de adesão à sessão incentivando-os a manter estas práticas. No final da sessão foi entregue aos formandos o folheto informativo previamente elaborado de forma a promover a consolidação dos conhecimentos e para que pudessem levar informação para o domicílio transmitindo-a a familiares/amigos como meio de esclarecimento de possíveis dúvidas que possam surgir. “(...) os materiais educativos em saúde são componentes do processo de aprendizagem, e quando usados de maneira participativa e interativa podem facilitar a produção de conhecimento por seus leitores.” (Kelly-Santos & Rozemberg, 2006: 983). Tal como afirma Kubota, Oshiro, Balduino & Faria (1980) os materiais educativos devem ser utilizados como complemento de outras práticas educativas, pois se utilizados isoladamente têm pouca validade no processo educativo.

### **2.5.3. Com os Enfermeiros**

Na UUP, de forma a otimizar os recursos existentes e colmatar uma necessidade verbalizada pela equipa de enfermagem foi elaborada uma norma de procedimento de enfermagem [APÊNDICE 13] para utilização do equipamento *Kidy Safe*<sup>®</sup>. Este equipamento já existia na Unidade, mas a sua correta utilização era desconhecida por vários elementos da equipa de enfermagem por terem integrado há pouco tempo esta equipa. No sentido de ir ao encontro desta necessidade corrigindo-a, foi realizada uma pesquisa bibliográfica crucial ao processo de elaboração de uma norma de procedimento. As normas fornecem uma base de referência para programas de qualidade em saúde bem como um suporte referencial para a melhoria da prática clínica baseada na evidência (Roque, Bugalho & Carneiro, 2007). Neste caso, a norma de procedimento de enfermagem constitui uma linha orientadora sobre determinado assunto reunindo a síntese de informação relevante e contempla a descrição pormenorizada e fundamentada de determinado procedimento. Após concluída a pesquisa, foi iniciada a elaboração da norma de acordo com a configuração e orientações específicas da unidade hospitalar para que pudesse ser integrada nos documentos internos. Durante o processo de elaboração foram sendo debatidas algumas questões em conjunto com a EEESIP orientadora do estágio, com o enfermeiro chefe e com a enfermeira responsável de forma a melhorar a qualidade da mesma. Após clarificadas todas as questões deu-se por concluída a norma que sintetiza a

informação relevante sobre o tema, descreve e fundamenta o procedimento de enfermagem em causa. A norma foi validada pelo enfermeiro chefe e apresentada pela autora, em contexto de formação de serviço, à equipa de enfermagem da UUP e do Serviço de Internamento de Pediatria desta unidade hospitalar. Desta forma, pretendeu-se com a sua implementação estabelecer linhas orientadoras para a prestação de cuidados de enfermagem, normalizar o procedimento e orientar a execução do mesmo melhorando a eficiência, qualidade e segurança das intervenções.

Pela escassez de tempo disponível durante o estágio no Serviço de Internamento de Pediatria, mas tal como planeado, posteriormente ao seu término foi estabelecido contacto via e-mail com a empresa fabricante do equipamento *Kidy Safe*<sup>®</sup>. Após envio de um primeiro email [APÊNDICE 14] onde foi exposto o âmbito em que se estabelecia o contacto e quais os objetivos do mesmo foi rapidamente obtida resposta por parte da empresa. Todo o processo comunicacional foi célere e o equipamento foi adquirido no mês de fevereiro de 2020. Com a aquisição deste material para o Serviço considerou-se necessário elaborar a norma de procedimento para utilização do equipamento adquirido pelo que será adaptada a norma anteriormente elaborada para a UUP e apresentada, em sessão formativa em contexto de serviço, à equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria e do Serviço de Urgência Pediátrica desta unidade hospitalar. Prevê-se a execução destas duas atividades o mais breve possível, num espaço temporal máximo de 1 mês.

Durante o estágio na UCIN, para dar resposta a outro objetivo mencionado foi solicitada autorização à enfermeira chefe para utilizar os recursos existentes na Unidade, que foi concedida. Foi então programada uma sessão de capacitação para os pais e utilizados como recursos para demonstração da correta utilização dos sistemas de retenção existentes. À semelhança da sessão de capacitação organizada na UCSP, para esta sessão também foi elaborado um plano de sessão [APÊNDICE 15] e posteriormente realizado o suporte digital a apresentar [APÊNDICE 16]. Os conteúdos abordados, os métodos de ensino e as formas de avaliação da sessão foram adaptados às características cognitivas e culturais dos formandos. Foi agendado com a EEESIP orientadora do estágio o dia mais oportuno para a realização da sessão tendo decorrido no dia 20 de novembro de 2019 das 10h30' às 11h30' na Sala de pré-alta da UCIN. A sala de pré-alta da UCIN foi o local escolhido para a realização da sessão dada a falta de outro local com condições mais adequadas. A sala foi previamente preparada em termos técnicos, de disposição do espaço e do material necessário de forma a reunir as condições e recursos para o correto funcionamento da sessão. A sessão de capacitação intitulada 'Transporte do recém-nascido: uma viagem em segurança' contou com a presença de 6 mães de RN internados na UCIN [4 na sala C e 2 na sala B], que se encontravam presentes

na UCIN neste dia, e da EEESIP orientadora do estágio. Foi uma sessão que mereceu especial atenção da formadora no que respeita a alguns aspetos nomeadamente ao ruído e luminosidade pelo facto de ser realizada no mesmo espaço onde se encontravam os RN. A sessão decorreu nos mesmos moldes que a sessão realizada na UCSP atendendo especialmente ao ambiente envolvente. Os formandos participaram durante a sessão partilhando as suas práticas e experiências neste âmbito contribuindo para o enriquecimento da sessão. O facto de um dos RN internados na UCIN ter alta clínica neste dia permitiu demonstrar efetivamente a correta colocação do RN no sistema de retenção do grupo 0+. Foi utilizada em simultâneo a grelha de observação e registo [APÊNDICE 17] elaborada pela formadora durante o estágio pois permite à enfermeira avaliar as competências dos pais neste procedimento e, ao mesmo tempo, auxiliá-la a verificar e fazer cumprir todos os itens cruciais à segurança do RN quando colocado e transportado no 'ovinho'. Esta grelha de observação e registo foi elaborada com base na revisão da literatura contendo os pontos cruciais para garantir a segurança do RN quando transportado desta forma. De acordo com Fortin *et al.* (2009), o investigador deve determinar o método de observação do objeto em causa e anotar as suas observações. A grelha de observação elaborada assenta na observação sistemática em que se utiliza como recurso um instrumento de registo dos fenómenos observados com o intuito de dar resposta a propósitos pré-definidos, corroborando a ideia de Markoni & Lakatos (2003). Este instrumento pretende ser um elemento de avaliação dos conhecimentos e capacidades dos pais relativamente à segurança do RN quando transportado no 'ovinho'. A recolha de dados através da observação constitui "(...) um meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos." (Fortin *et al.*, 2009: 371).

Tal como planeado [APÊNDICE 18], foi agendada com a EEESIP orientadora do estágio no Serviço de Internamento de Pediatria a data de realização da sessão de capacitação para os pais/cuidadores tendo decorrido no dia 17 de janeiro de 2020 das 11h30' às 12h30' na sala de espera deste Serviço. Foi escolhido este local por ser o mais adequado ao desenvolvimento da atividade. A sala foi preparada em termos técnicos, de disposição do espaço e do material necessário de forma a reunir as condições e recursos para o correto funcionamento da sessão. A sessão de capacitação intitulada 'Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança' contou com a presença de 10 pais de crianças/jovens até aos 12 anos de idade internados no Serviço neste dia e da EEESIP orientadora do estágio. O suporte digital apresentado [APÊNDICE 19] foi adaptado a partir do que já tinha sido elaborado para a sessão realizada na UCSP adequando-se à população em questão neste contexto. A sessão decorreu de forma idêntica à que foi realizada na UCSP podendo acima ler-se a descrição dos seus contornos. Os formandos interagiram entre si e com a formadora tendo um papel ativo durante

a sessão. A partilha dos seus conhecimentos e práticas fomentou o debate de algumas questões pertinentes que suscitaram dúvidas entre os formandos tendo sido clarificadas pela formadora. Após a exposição da sessão foi entregue aos formandos o folheto informativo previamente elaborado.

Aferida a necessidade formativa da equipa de enfermagem no que respeita às práticas de transporte de crianças/jovens em ambulâncias foi realizada na UUP uma sessão formativa em contexto de formação em serviço. Este tipo de formação constitui-se como uma referência importante nas equipas tendo em conta a singularidade dos respetivos destinatários e o seu contexto profissional, de forma a dar resposta às necessidades profissionais de cada indivíduo garantindo assim melhorias e ganhos na prestação de cuidados de saúde (Tojal, 2011). De acordo com Fabião, Magano, Jesus & Miranda (2005) a Enfermagem sendo uma profissão da área da saúde em que se observam mudanças sucessivas no sentido da inovação e do progresso técnico e científico pressupõe, uma formação contínua dos profissionais que não se compadece com a estagnação ao nível dos conhecimentos exigindo naturalmente uma atualização contínua dos conhecimentos e saberes dos profissionais para uma melhoria na qualidade dos cuidados (Veiga, Duarte & Gândara, 1995 citado por Tojal, 2011; Rodrigues 2011). As recomendações presentes na literatura apontam para o desenvolvimento de ações de formação e sensibilização dirigidas aos profissionais de saúde como estratégia para alcançar a segurança e a qualidade dos cuidados.

Foi previamente elaborado o plano da sessão formativa [APÊNDICE 20] e elaborado o suporte digital a apresentar [APÊNDICE 21] com base na revisão da literatura e na norma de procedimento de enfermagem elaborada pela formadora. A sessão formativa foi incluída no plano de formação do Serviço tendo sido agendada para a data já programada para a realização do momento formativo em equipa. A formação em serviço decorre em simultâneo com a prática profissional repercutindo-se na resolução de problemas específicos dos diferentes serviços e respetivas equipas (Ferreira, 2015). Assim, foi aproveitada a oportunidade de apresentar a sessão para um maior número de elementos rentabilizando recursos.

Na UUP, a sessão formativa intitulada 'Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança' decorreu no dia 10 de outubro de 2019 das 14h30' às 15 horas na sala de reuniões do Serviço de Internamento de Pediatria da unidade hospitalar. Assistiram à sessão 11 elementos da equipa de enfermagem da UUP e do Serviço de Internamento de Pediatria.

O método escolhido para apresentar a sessão foi o expositivo no qual a formadora apresentou, explicou e demonstrou conhecimentos, habilidades e tarefas aos formandos tal como

preconiza Paim, Iappe & Rocha (2015). Contudo, a interação entre os formandos e a formadora foi constante existindo partilha e debate de conhecimentos, práticas, sugestões e comentários. A sessão revelou-se essencial para os formandos permitindo a aquisição de conhecimentos uma vez que estes devem estar presentes na prática diária dos cuidados.

#### **2.5.4. Com outros profissionais: Bombeiros**

Atendendo à problemática identificada ao nível dos bombeiros, para colmatar essa necessidade, foi elaborado um vídeo informativo [APÊNDICE 22]. Segundo Junior *et al.* (2017) o vídeo educativo, em conjunto com as intervenções dos profissionais de saúde, contribui para o melhor entendimento e aprendizagem do público a respeito da temática em causa sensibilizando para a mudança de comportamentos perante problemas identificados. Através deste recurso audiovisual que reúne imagens, texto e som consegue-se captar a atenção do público bem como despertar o seu interesse em relação às temáticas abordadas fomentando a literacia em saúde como forma de promoção da saúde e prevenção de acidentes possivelmente evitáveis (Junior *et al.*, 2017).

O vídeo elaborado contempla dados estatísticos, orientações e legislação que suportam as práticas corretas de transporte de crianças e jovens de diferentes faixas etárias e em diferentes situações em ambulâncias. Pretende-se desta forma sensibilizar estes profissionais de saúde para esta temática e capacitá-los para a prestação de cuidados seguros e de qualidade. O vídeo foi realizado com base no suporte bibliográfico encontrado. Após finalização do mesmo foi enviado via e-mail aos Exmos. Srs. Comandantes de todas as corporações de bombeiros da região Alentejo Central.

De forma a intervir neste problema identificado, seguindo a linha de investigação 'Segurança e Qualidade de Vida' da criança/jovem, e tendo em conta as competências específicas do EEESIP nomeadamente "Diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem." (OE, 2018: 19193) foi com grande motivação e entusiasmo que foram planeadas e executadas estas atividades. Na nossa perspetiva, todas as intervenções constituíram uma forma de promoção da saúde e prevenção de possíveis acidentes pela importância e pertinência do tema na atualidade traduzindo-se na correção de algumas lacunas ao nível do conhecimento dos grupos-alvo envolvidos e modificação de comportamentos no que diz respeito à segurança da criança/jovem aquando o seu transporte em automóveis. De salientar a referência à pertinência,

aplicabilidade prática, adaptabilidade ao contexto, carácter reflexivo e contributo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de todas as atividades desenvolvidas que foi mencionada diversas vezes pelos elementos envolvidos nas atividades. Considera-se fulcral dar continuidade a estas estratégias de ensino promotoras de aprendizagem.

Importa salientar que todas as atividades e tudo o que as envolveu foi fruto de um trabalho conjunto com a professora e com as enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos estágios, fundamentais e indispensáveis em todo o processo de ensino/aprendizagem orientando as tomadas de decisão. O orientador é um elemento extremamente útil pois pode conceder materiais necessários e recursos humanos para que a realização do projeto seja um sucesso. Assume também uma posição de mediador. Por sua vez, o professor assume o papel de “(...) coordenador e de informador, intervindo a pedido ou por sua própria iniciativa à medida que o trabalho avança.” (Legrand, 1982 citado por Ferrito *et al.*, 2010: 23).

## **2.6. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS**

A penúltima etapa, tão importante quanto as outras, é a avaliação do projeto de intervenção. Esta etapa, segundo Nogueira (2005) citado por Ferrito *et al.* (2010) tem como objetivo principal comparar os objetivos delineados inicialmente com os objetivos atingidos no final da implementação do projeto. A avaliação do projeto de intervenção é um processo contínuo não se limitando à fase final do projeto, mas decorrendo ao longo de todas as etapas do mesmo. Esta característica é bastante vantajosa pois permite realizar “(...) uma retroacção com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados.” (Carvalho *et al.*, 2001 citado por Ferrito *et al.*, 2010: 24). Apesar da avaliação ser contínua é possível distinguir a avaliação de um projeto em duas fases: a avaliação intermédia e a avaliação final. Sendo a avaliação intermédia realizada concomitantemente com a execução do projeto, segundo Nogueira (2005) citado por Ferrito *et al.* (2010), serão realizadas as primeiras críticas ao trabalho desenvolvido e a partir delas realizados os ajustes necessários. Por sua vez a avaliação final tem como propósito avaliar o produto final e o processo realizado para o alcançar (Leite *et al.*, 1989 citado por Ferrito *et al.*, 2010).

A avaliação deste projeto fez-se recorrendo a vários instrumentos de avaliação. “Para que se possa avaliar de modo rigoroso é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação (...)” (Leite *et al.*, 1989 citado por Ferrito *et al.*, 2010: 24).

Na fase de diagnóstico de situação os indicadores de avaliação foram: a realização de entrevistas aos enfermeiros chefes dos locais de estágio e os questionários aplicados às equipas de enfermagem desses mesmos locais e às corporações de bombeiros da região Alentejo Central. Os dados obtidos foram organizados e analisados de forma estatística e descritiva com recurso ao programa informático Microsoft Office Excel®, encontrando-se expostos no subcapítulo '2.2. Diagnóstico de situação'. Como limitações destes estudos apontam-se: a utilização de uma amostra de conveniência, o que pode originar um viés de medição; incluir apenas enfermeiros de 2 hospitais portugueses e corporações de bombeiros de uma região do país não pode refletir exatamente a situação a nível nacional dada a restrita amostra estudada; o local de aplicação do questionário por ter sido nos serviços de pediatria durante o horário laboral com todos os fatores de dispersão inerentes ao mesmo podendo interferir com o nível de atenção dos participantes ao preencherem o questionário; os inquiridos podem ter dado respostas que consideram aceitáveis ou desejáveis pelos investigadores constituindo um viés por levar a respostas indicando métodos corretos e apropriados de transporte subestimando as práticas reais de métodos incorretos ou inadequados de transporte; por se tratar de um estudo baseado nas respostas a questionários sem ter sido feita a observação direta das condições de transporte nomeadamente, de erros na colocação das crianças nos sistemas de retenção e utilização de sistemas de retenção adequados ao peso, idade e tamanho da criança a transportar. Admitimos como outra limitação aos resultados deste estudo a escassez de estudos nacionais sobre este tema que impossibilita a comparação direta dos resultados. Mesmo com as limitações observadas, os resultados obtidos estão de acordo com o descrito na literatura existente. Apesar destas limitações foram acauteladas algumas questões que permitiram obter ganhos com o estudo. Embora a amostra do estudo seja uma amostra de conveniência, os resultados obtidos foram similares com os encontrados na literatura e apesar de não poderem refletir a situação a nível nacional permitiram fazer um diagnóstico de situação local, inexistente até então, possibilitando a intervenção individualizada e ajustada a cada realidade específica em prol da melhoria das práticas de cuidados e aumento da segurança das crianças/jovens durante o transporte em ambulâncias. Dada a possível condicionante do tempo disponível durante o horário laboral para preenchimento do questionário procurámos disponibilizar tempo alargado aos participantes embora não tenha sido manifestado pelos próprios este constrangimento. O facto de o questionário ser de autopreenchimento e anónimo pode permitir a minimização do viés anteriormente mencionado no que respeita às respostas dadas por conveniência. Apesar de não ter sido possível comprovar as respostas obtidas nos questionários foi feita observação direta das condições de transporte em todas as

situações existentes permitindo recolher dados pertinentes para posteriores ilações. Este estudo embora não permita a comparação direta com outros estudos pela inexistência dos mesmos poderá contribuir para o desenvolvimento desta área.

Na fase de execução os indicadores de avaliação foram: a realização de sessões formativas efetuadas aos pais/cuidadores e às equipas de enfermagem. Neste âmbito, constitui um indicador de avaliação o grau de satisfação dos formandos que foi avaliado com recurso a um questionário próprio [APÊNDICE 23] distribuído aos formandos no final de cada sessão.

Em particular, nas sessões de capacitação dos pais/cuidadores realizadas nos diferentes contextos de cuidados a avaliação do alcance dos objetivos foi feita através de um questionário [APÊNDICE 24] aplicado no início e no fim das sessões permitindo comparar os resultados obtidos e analisar o impacto da sessão no alcance dos objetivos estabelecidos.

Relativamente à avaliação da sessão de capacitação para pais/cuidadores, grávidas e respetivos companheiros realizada na UCSP todos os objetivos planeados foram atingidos, pois os formandos adquiriram conhecimentos imprescindíveis relacionados com este tema nomeadamente, os critérios que regulamentam a obrigatoriedade do uso de cadeira de segurança no transporte automóvel; o lugar do automóvel onde deve ser transportada a criança/jovem em função da idade e da cadeira que utilize; os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança na mulher grávida e os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança na criança/jovem. A estratégia de avaliação dos objetivos baseou-se na metodologia pergunta-resposta através do preenchimento de um teste no início da sessão e do mesmo teste no final da sessão contemplando os conteúdos abordados. O documento foi entregue no início da sessão. Para a sessão de capacitação na UCSP era constituído por 8 questões, tendo sido adaptado à sessão de capacitação na UCIN sendo constituído apenas por 6 questões e à sessão de capacitação no Serviço de Internamento de Pediatria sendo constituído por 7 questões essenciais à avaliação do sucesso da sessão. Na sessão realizada na UCSP verificou-se uma evolução de 92,5% para 100%, na sessão realizada na UCIN uma evolução de 66,7% para 100% e na sessão realizada no Serviço de Internamento de Pediatria uma evolução de 54,3% para 100% em respostas corretas alcançando os objetivos delineados e traduzindo-se no sucesso da atividade formativa. No quadro 5 são apresentados os resultados após análise.

| Resultados dos questionários das sessões de capacitação na UCSP, UCIN e Internamento de Pediatria |   |  |                    |  |            |
|---|---|--|--------------------|--|------------|
| Pré-teste   |   |  | Pós-teste          |  |            |
| Correção  |   |  | Correção           |  |            |
| Perguntas   | Corretas  | Incorretas   | Perguntas          | Corretas   | Incorretas |
| 1.  | UCSP – 40%<br>UCIN – 33,3%<br>Internamento<br>Pediatria – 40%     | UCSP – 60%<br>UCIN – 66,7%<br>Internamento<br>Pediatria – 60%    | 1.                 | UCSP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |            |
| 2.  | UCSP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100%    |  | 2.                 | UCSP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |            |
| 3.  | UCSP – 100%<br>UCIN – 66,7%<br>Internamento<br>Pediatria – 50%    | UCIN – 33,3%<br>Internamento<br>Pediatria – 50%                  | 3.                 | UCSP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |            |
| 4.  | UCSP – 100%<br>UCIN – 66,7%<br>Internamento<br>Pediatria – 40%    | UCIN – 33,3%<br>Internamento<br>Pediatria – 60%                  | 4.                 | UCSP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |            |
| 5.  | UCSP – 100%<br>UCIN – 50%<br>Internamento<br>Pediatria – 40%      | UCIN – 50%<br>Internamento<br>Pediatria – 60%                    | 5.                 | UCSP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |            |
| 6.  | UCSP – 100%<br>UCIN – 83,3%<br>Internamento<br>Pediatria – 70%    | UCIN – 16,7%<br>Internamento<br>Pediatria – 30%                  | 6.                 | UCSP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |            |
| 7.  | UCSP – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 40%                    | Internamento<br>Pediatria – 60%                                  | 7.                 | UCSP – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100%                |            |
| 8.  | UCSP – 100%   |  | 8.                 | UCSP – 100%  |            |
| <b>Percentagem</b>  | UCSP – 92,5%<br>UCIN – 66,7%<br>Internamento<br>Pediatria – 54,3% | UCSP – 7,5%<br>UCIN – 33,3%<br>Internamento<br>Pediatria – 45,7% | <b>Percentagem</b> | UCSP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |            |

Quadro 5 – Resultados dos questionários pré e pós-teste das sessões de capacitação na UCSP, na UCIN e no Serviço de Internamento de Pediatria.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários de avaliação de conhecimentos

Com o objetivo de promover a melhoria contínua, no final de cada sessão os formandos preencheram um questionário elaborado previamente para avaliar a atividade formativa visando perceber o grau de satisfação da população-alvo relativamente à formação, pertinência e aplicabilidade prática. O questionário é constituído por 17 questões de resposta fechada, avaliadas por escala de Likert através de 4 itens de opinião, e 2 de resposta aberta. A escala de Likert “(...) consiste em vários enunciados declarativos (por vezes, chamados de *itens*) que expressam um ponto de vista sobre um tópico. Solicita-se aos respondentes que indiquem em que grau concordam com a opinião expressa pelo enunciado, ou dela discordam (...)” (Polit & Hungler, 1995: 173). A avaliação incidiu ao nível dos conteúdos abordados, do desempenho da formadora e da organização da atividade formativa. Na globalidade, os formandos avaliaram as atividades formativas como pertinentes e do seu total agrado com percentagens entre os 80% e 100% no score 4 ‘totalmente / totalmente adequado’, pontuação máxima na escala apresentada. Os resultados dos questionários encontram-se expostos no quadro seguinte [quadro 6].

| Resultados dos questionários de avaliação das atividades formativas na UCSP, UUP, UCIN e Internamento de Pediatria |          |           |  |  |
|--|----------|-----------|--|--|
| Avaliação Global   |          |           |  |  |
| Itens avaliados  | 1 – Nada | 2 – Pouco | 3 – Satisfatório                           | 4 – Totalmente   |
| 1. Globalmente a ação de formação agradou-lhe:   |          |           | UCSP – 20%<br>UUP – 9,1%                   | UCSP – 80%<br>UUP – 90,9%<br>UCIN – 100%<br>Internamento Pediatria – 100%  |
| 2. Os objetivos propostos foram alcançados:  |          |           | UUP – 9,1%<br>Internamento Pediatria – 10% | UCSP – 100%<br>UUP – 90,9%<br>UCIN – 100%<br>Internamento Pediatria – 90%  |
| 3. A atividade formativa correspondeu às suas expetativas iniciais:  |          |           | UUP – 9,1%                                 | UCSP – 100%<br>UUP – 90,9%<br>UCIN – 100%<br>Internamento Pediatria – 100% |

| <b>Conteúdos</b>  |                          |                           |   |   |
|---|--------------------------|---------------------------|---|---|
| <b>Itens avaliados</b>  | <b>1 – Nada adequado</b> | <b>2 – Pouco adequado</b> | <b>3 – Adequado</b>   | <b>4 – Totalmente adequado</b>  |
| O nível de conhecimentos adquiridos foi:                                  |                          |                           | UCSP – 60%  | UCSP – 40%<br>UUP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100%   |
| A pertinência e utilidade do tema abordado foi:                           |                          |                           | UUP – 9,1%  | UCSP – 100%<br>UUP – 90,9%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |
| A profundidade do tema abordado foi:                                      |                          |                           | UCSP – 80%<br>UUP – 9,1%<br>UCIN – 16,7%<br>Internamento<br>Pediatria – 10% | UCSP – 20%<br>UUP – 90,9%<br>UCIN – 83,3%<br>Internamento<br>Pediatria – 90%  |
| O nível das matérias abordadas foi adequado ao seu nível de conhecimento: |                          |                           | UCSP – 20%<br>UUP – 9,1%<br>Internamento<br>Pediatria – 20%                 | UCSP – 80%<br>UUP – 90,9%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 80%   |
| <b>Desempenho da formadora</b>  |                          |                           |   |   |
| <b>Itens avaliados</b>  | <b>1 – Nada adequado</b> | <b>2 – Pouco adequado</b> | <b>3 – Adequado</b>   | <b>4 – Totalmente adequado</b>  |
| A identificação dos objetivos foi:  |                          |                           | UCSP – 40%  | UCSP – 60%<br>UUP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100%   |
| O domínio das matérias ministradas foi:                                   |                          |                           | UCSP – 40%  | UCSP – 60%<br>UUP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100%   |

|  |   |  |            |   |
|--|---|--|------------|---|
| A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:   |   |  | UCSP – 20% | UCSP – 80%<br>UUP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100%   |
| A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:  |   |  | UCSP – 40% | UCSP – 60%<br>UUP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100%   |
| O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:   |   |  | UCSP – 40% | UCSP – 60%<br>UUP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100%   |
| A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real foi:   |   |  | UUP – 9,1% | UCSP – 100%<br>UUP – 90,9%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |
| Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referências bibliográficas, sites, outros)? | <b>Sim</b>  |  | <b>Não</b> |   |
|  |   |  |            |   |
|  | UCSP – 100%<br>UUP – 100%<br>UCIN – 100%<br>Internamento Pediatria – 100% |  |            |   |



| <b>Organização da atividade formativa</b>            |                          |                           |                     |   |
|--|--------------------------|---------------------------|---------------------|---|
| <b>Itens avaliados</b>                               | <b>1 – Nada adequado</b> | <b>2 – Pouco adequado</b> | <b>3 – Adequado</b> | <b>4 – Totalmente adequado</b>  |
| A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi: |                          |                           | UUP – 9,1%          | UCSP – 100%<br>UUP – 90,9%<br>UCIN – 100%<br>Internamento<br>Pediatria – 100% |

|  |                               |  |                                 |                                 |
|--|-------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| A duração da atividade formativa foi:  |                               |  | UCSP – 60%                      | UCSP – 40%                      |
|  |                               |  | UUP – 18,2%                     | UUP – 81,8%                     |
|  |                               |  | Internamento<br>Pediatria – 20% | UCIN – 100%                     |
|  |                               |  |                                 | Internamento<br>Pediatria – 80% |
|  | <b>Sim</b>                    |  | <b>Não</b>                      |                                 |
| Foi distribuída documentação de apoio? | UCSP – 100%                   |  |                                 |                                 |
|  | UUP – 100%                    |  |                                 |                                 |
|  | UCIN – 100%                   |  |                                 |                                 |
|  | Internamento Pediatria – 100% |  |                                 |                                 |

Quadro 6 – Resultados das questões fechadas dos questionários de avaliação das atividades formativas – sessão de capacitação para pais na UCSP, UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria; sessão de formação para enfermeiros na UUP.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados nas sessões formativas

Com o intuito de perceber se os conhecimentos adquiridos seriam úteis no futuro foram colocadas as questões abaixo apresentadas [quadro 7] às quais foram obtidas respostas que nos permitiram concluir que a sessão e os conhecimentos adquiridos neste âmbito teriam aplicabilidade na vida quotidiana dos formandos melhorando as suas práticas futuras.

|  |  |
|--|--|
| Resultados dos questionários de avaliação das atividades formativas na UCSP, UUP, UCIN e Internamento de Pediatria   |  |
| <b>Em que situações/atividades profissionais prevê vir a aplicar os conhecimentos que adquiriu?</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em educações para a saúde;</li> <li>- Para o dia-a-dia;</li> <li>- No transporte rodoviário de qualquer criança/jovem;</li> <li>- Consultas de saúde infantil e gravidez.</li> </ul>  |  <p>UCSP</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quotidiano;</li> <li>- Na transmissão/formação dos prestadores de cuidados averiguar se o transporte por parte dos profissionais é realizado de forma legal/preconizada;</li> <li>- Transporte de crianças/Educação aos pais;</li> <li>- Em todas as situações de transporte/segurança do utente;</li> <li>- No transporte de utentes e no ensino aos pais para a utilização adequada;</li> <li>- Nos transportes de crianças e em explicações aos pais;</li> <li>- Na prática clínica (enfermaria de pediatria) aquando transporte inter-hospitalar;</li> <li>- Transporte Inter-hospitalar pediátrico.</li> </ul> |  <p>UUP</p> |

- No dia-a-dia no transporte automóvel. } UCIN
- Para o transporte do meu filho no automóvel;
- Para as rotinas diárias e para informar os meus familiares e amigos. } Serviço de Internamento de Pediatria

Quadro 7 – Resultados das questões abertas dos questionários de avaliação das atividades formativas – sessão de capacitação para pais na UCSP, UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria; sessão de formação para enfermeiros na UUP.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados nas sessões formativas

Por outro lado, na tentativa de perceber possíveis dificuldades/constrangimentos à aplicação dos conhecimentos em contexto real obtivemos como resposta mais frequente à questão [quadro 8] as dificuldades económicas para aquisição de equipamentos necessários à segurança da criança/jovem aquando o seu transporte em automóveis. Após esta análise, como intervenção sugerida para diminuir o impacto deste constrangimento seria importante a existência nos contextos de cuidados de uma ‘reserva’ de recursos materiais passíveis de empréstimo às famílias necessitadas garantindo a segurança da criança/jovem no transporte automóvel.

Resultados dos questionários de avaliação das atividades formativas na UCSP, UUP, UCIN e Internamento de Pediatria

**Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real?**

- Falta de conhecimentos;
- Dificuldades financeiras. } UCSP
- A ausência dos novos elementos das equipas nesta formação;
- Nenhum;
- Não encontro;
- Não prevejo dificuldades;
- Falta de recursos materiais adequados;
- Nenhum, desde que o *Kidy Safe*® esteja disponível e operacional. } UUP
- Dificuldades económicas. } UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria

**Outros comentários ou sugestões (opcional):**

- Replicar esta informação dada a sua pertinência. } UUP

Quadro 8 – Resultados das questões abertas dos questionários de avaliação das atividades formativas – sessão de capacitação para pais na UCSP, UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria; sessão de formação para enfermeiros na UUP.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados nas sessões formativas

No que respeita ao instrumento de observação – grelha de observação das intervenções dos pais na colocação do RN no sistema de retenção [cadeira do grupo 0+] para o transporte, a análise quantitativa dos resultados permitirá avaliar se os ensinamentos efetuados foram apreendidos. Durante o estágio na UCIN, pelo reduzido número de altas clínicas, apenas foi possível aplicar a grelha de observação uma vez tendo o resultado sido positivo, relatado pela enfermeira como ‘uma ferramenta de extrema utilidade servindo de guia orientador para a avaliação de conhecimentos e capacidades dos pais na realização do procedimento’.

Assim, através da concretização deste projeto salientamos que as necessidades identificadas foram alvo de intervenção tendo sido colmatas e o desenvolvimento e aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de EEESIP e de mestre foi bem sucedido. Atendendo às competências comuns do enfermeiro especialista, este projeto permitiu o desenvolvimento de várias unidades de competência, nomeadamente: “A2.2 – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.” (OE, 2019: 4746); “B1.2 – Orienta projetos institucionais na área da qualidade.” (OE, 2019: 4747); “B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas.” (OE, 2019: 4747); “B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.” (OE, 2019: 4747); “B2.3 – Lidera programas de melhoria contínua.” (OE, 2019: 4747); “D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (OE, 2019: 4749); “D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.” (OE, 2019: 4749). No que diz respeito às competências específicas do EEESIP incidiu no desenvolvimento das competências “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (...) c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (OE, 2018: 19192). Quanto às competências de mestre, possibilitou pelo seu carácter investigativo desenvolver competências no âmbito da aplicação de conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de estudo (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

De um modo geral, pretendendo contribuir para a segurança das crianças/jovens no transporte automóvel todas as atividades desenvolvidas visaram o alcance deste objetivo tendo sido proporcionadas atividades formativas em diferentes contextos, fomentando a melhoria do nível da literacia em segurança rodoviária infantil da população portuguesa e a

adoção de comportamentos seguros pelas crianças/jovens, pais/famílias, enfermeiros e bombeiros no transporte do RN, crianças e jovens no automóvel, desde o momento da alta hospitalar e ao longo de toda a infância e juventude.

## 2.7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados obtidos após a implementação de todas as outras etapas da metodologia de projeto é uma etapa importante pois permite dar a conhecer à comunidade a pertinência do projeto e o caminho percorrido para a resolução de um problema previamente identificado (Ferrito *et al.*, 2010). Esta última fase tem uma grande relevância e sem ela as etapas anteriores perdem toda a importância. Fortin *et al.* (2009) explana muito bem a afirmação anterior pois refere que a comunicação dos resultados é a finalização lógica dos esforços do investigador para demonstrar a sua contribuição pessoal ao desenvolvimento e à expansão do conhecimento científico. Os resultados da investigação que não são comunicados têm pouco efeito. Facilmente se conclui que, se os resultados não forem publicados, de quase nada serve todo o esforço e dedicação aplicados na elaboração e realização do projeto de intervenção. Para divulgar os resultados obtidos, além da internet, podem ser utilizados os seguintes meios: "(...) reuniões de informação, reuniões públicas, conferências, apresentação em congresso/seminário (*poster*, comunicação oral), *poster*, folheto, *flyers*, artigos em revistas científicas e através de informação/ficheiros disponíveis na internet." (Schiefer *et al.*, 2006: 184 citado por Ferrito *et al.*, 2010: 31).

Na área da saúde, a divulgação dos resultados auferidos com a elaboração de um projeto toma especial relevância uma vez que "(...) é também uma forma de sensibilização das pessoas e outros profissionais para o problema que estava em causa, servindo assim de exemplo sobre caminho a seguir, delineando estratégias e a forma de minimizar/anular esse problema nos vários contextos." (Ferrito *et al.*, 2010: 32). Pode concluir-se que como futura mestre em enfermagem e EEESIP é nosso dever publicar todos os resultados obtidos após a realização deste projeto de intervenção com o intuito de contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e profissão. Neste caso, os resultados do presente projeto são apresentados por meio da redação deste relatório com discussão pública do mesmo.

Referir ainda que o artigo científico original após publicação em jornal científico constituirá outro meio de divulgação dos resultados obtidos dos estudos realizados assim como o envio destes resultados aos envolvidos nos estudos - enfermeiros chefes das unidades de cuidados onde foram realizados os estágios e aos comandantes de bombeiros das corporações da

região Alentejo Central. Pretendeu-se desta forma divulgar os resultados obtidos e as conclusões estabelecidas com intuito de sensibilização para a realidade analisada promovendo a mudança de comportamentos.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: DE CUIDADOS GERAIS A ESPECIALISTA E MESTRE – ANÁLISE REFLEXIVA**

A rápida evolução tecnológica e científica na área da saúde exige que os profissionais desenvolvam competências focadas na ação em conformidade com o contexto (Costa, 2012). A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto (Serrano, Costa & Costa, 2011). O processo de cuidar é específico e complexo pela singularidade e individualidade de cada ser e pela multiplicidade de circunstâncias às quais os profissionais, de forma competente e responsável, têm que dar resposta. Os enfermeiros são dotados de competências científicas, técnicas e humanas reconhecidas pela OE e visam dar resposta às necessidades dos indivíduos. Atualmente os cuidados de enfermagem assumem elevada importância e exigência técnica e científica sendo a diferenciação e especialização do enfermeiro uma necessidade real. O conjunto de saberes do enfermeiro influencia a sua intervenção no processo de cuidar (Serrano *et al.*, 2011) pelo que os enfermeiros devem atualizar, de forma constante e ao longo da vida, os seus saberes e competências (Rua, 2009). Para estar apto para a intervenção especializada num domínio de enfermagem é imprescindível incorporar vários saberes e aptidões.

A competência não é inata, adquire-se e desenvolve-se sendo melhorada ao longo do tempo e na ação (Le Boterf, 2003). A competência é determinada pelo movimento de transição de um 'saber' ou de um 'saber fazer' para a aplicação desse mesmo saber (Serrano, 2008). Em enfermagem, engloba três vertentes: a competência cognitiva, a competência técnica e a competência comunicacional. A competência é um conjunto de saberes adquiridos e reflete-se na capacidade de interpretar, compreender e agir em conformidade perante uma situação específica. Para ser competente o enfermeiro tem que 'saber', 'saber fazer' e 'saber ser'. O enfermeiro especialista é responsável pelo desenvolvimento de estratégias nos diversos contextos da sua prática, recorrendo às suas competências, para uma gestão eficiente de situações complexas na sua área de especialidade (Le Boterf, 2003).

O processo de aquisição de competências em enfermagem é complexo e envolve uma formação teórica seguido de uma componente prática em contexto clínico (Costa, 2012). Só o cruzamento destas duas componentes, juntamente à reflexão sobre as aprendizagens, possibilita a aquisição de competências em enfermagem (Benner, 2005). No âmbito do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, para a aquisição de competências de EEESIP e de mestre, este percurso formativo de elevado grau de complexidade iniciou-se em setembro de 2018 com a formação teórica e prosseguiu em maio de 2019 com a formação em contexto de estágio clínico.

Os estágios em diferentes contextos clínicos constituíram o lugar oportuno à mobilização, integração e transferência dos saberes teóricos aplicados aos contextos reais da prestação de cuidados à criança/jovem e família numa perspetiva holística, científica e personalizada. Foi um período privilegiado de experiências, aprendizagens e desenvolvimento de competências. Corroborando esta afirmação, Benner (2005) salienta que o estágio é de extrema importância para o desenvolvimento da perícia e habilidade profissional. Considera a prática real como um palco para o desenvolvimento de conhecimento clínico e um processo responsabilizante na aquisição de experiência.

Em todos os contextos de estágio a orientação foi feita por uma EEESIP, definida como uma pessoa experiente e bem informada, dotada de características profissionais e pessoais que orienta o estudante no desenvolvimento humano, educacional e profissional, monitorizando sistematicamente a prática através de procedimentos de reflexão e experimentação. É um elemento que auxilia o estudante na obtenção de novos conhecimentos, competências, comportamentos e atitudes (Alarcão & Tavares, 2007 citado por Costa, 2012). Segundo Benner (2005), o enfermeiro que passa de iniciado a perito significa que conseguiu transpor saberes e integrar novas competências.

Neste âmbito, a reflexão na e sobre a prática constitui um elemento fundamental de autocrítica e autoapreciação em que o indivíduo toma consciência do seu desempenho promovendo o contínuo desenvolvimento pessoal e profissional rumo à sua excelência, qualidade e segurança. Corroboramos com Cabete (2007: 5) que refere que

“Reflectir sobre a (sua) prática faz parte do (seu) processo de formação. Todo o trabalho será o de tentar “parar para pensar”, olhando a sua prática de forma crítica, usando o distanciamento necessário para se observar a si mesmo e a coragem suficiente para se questionar.”.

Neste capítulo será apresentada uma análise reflexiva do percurso formativo atendendo aos contributos advindos da componente teórica do curso, do desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção e dos estágios realizados que permitiram a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de EEESIP e de mestre, enumeradas e descritas pela OE no Regulamento n.º 140/2019, Regulamento n.º 422/2018 e no Decreto-Lei n.º 65/2018, respetivamente. Desta forma será demonstrada a capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica fundamentando decisões com base na teorização e na evidência científica.

### **3.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A OE define Enfermeiro Especialista como aquele que detém “(...) competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (OE, 2015: 99).

Segundo Benner (2005) o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ter capacidade de tomada de decisão, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica.

Para Benner (2005) os peritos compreendem de maneira intuitiva cada situação com que se deparam e tratam-na de forma direta, fortalecidos pela prática clínica, a partir de uma base educacional. Nesta perspetiva, compreende-se que a procura pela evolução é algo inerente ao desenvolvimento de competências em enfermagem, identificadas como necessárias para que seja possível atingir o grau de especialista.

Independentemente da área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde quer sejam de CSP, secundários ou terciários (OE, 2019). Estas, definem-se como

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

Agrupam-se em quatro domínios sendo estes: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Além destes domínios, envolvem “(...) as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (OE, 2019: 4744).

Neste seguimento, a análise crítica de aquisição destas competências ao longo deste processo formativo será efetivada de forma individual para cada um dos domínios mencionados.

### **A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Este domínio implica que o enfermeiro especialista exerça a sua atividade de forma segura, profissional e ética recorrendo a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Engloba ainda uma prática com respeito pelos direitos humanos, análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados e responsabilidade de gestão de situações potencialmente comprometedoras para os utentes (OE, 2019). Estas afirmações são corroboradas pela OE estando explicitadas no Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem.

Ética refere-se ao estudo da conduta e do carácter e está relacionada com a determinação do que é bom para os indivíduos ou para a sociedade em geral. Os padrões de ética nos cuidados de saúde incluem a beneficência, não maleficência, justiça e o respeito pela autonomia (Potter *et al.*, 2013). Segundo França (2012), o princípio da beneficência implica a obrigatoriedade moral de agir em benefício dos outros promovendo assim os seus reais interesses. Quanto ao princípio da não maleficência, a mesma autora define que se deve agir adotando uma conduta sob a qual não se provoque de forma intencional o dano ou mal ao próximo. O princípio da autonomia implica o respeito das escolhas e decisões do outro sem que exista coação ou imposição das nossas próprias ideias (França, 2012).

A deontologia diz respeito à reflexão sobre as regras e os requisitos éticos ligados a uma atividade profissional com o intuito de garantir a excelência e qualidade do exercício incorporando determinações de natureza jurídica e legal. O código deontológico do enfermeiro fornece orientações sobre a forma de agir ao mesmo tempo que auxilia na tomada de decisão e na fundamentação da prática de cuidados.

A nossa prestação de cuidados teve sempre em conta os princípios éticos e legais segundo o código deontológico do enfermeiro e as decisões foram sempre tomadas em equipa tendo em conta a deontologia profissional do enfermeiro. Qualquer tomada de decisão pode afetar significativamente a vida da criança/jovem e família pelo que têm que ser tomadas em consciência e respeitando os princípios acima mencionados, tendo sido desta forma que procedemos em todos os momentos.

“O processo de decisão ética não se encontra padronizado em nenhum livro, protocolo ou norma simplesmente porque cada problema deve ser olhado e analisado segundo circunstâncias que o particularizam e o tornam único e singular.” (Gândara, 2004 citado por Morgado *et al.*, 2014: 127). Destacamos o contributo da unidade curricular ‘Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem’ que nos proporcionou o desenvolvimento de competências, conhecimentos e habilidades para a tomada de decisão e ação ponderada no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Preparou-nos para a análise, debate, reflexão e tomada de decisões fundamentadas considerando os aspetos relativos ao conhecimento, à dimensão ética, deontológica e jurídica contemplando a moldura formal e os aspetos existenciais e humanos.

No que diz respeito à humanização dos cuidados, o enfermeiro tem o dever de “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família (...);” e “Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.” (OE, 2015: 86). Toda a nossa atuação foi centrada no binómio criança/jovem-família com base nos princípios do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e da filosofia de cuidados centrados na família. Tendo em conta que as crianças/jovens são a população-alvo dos nossos cuidados, em todas as decisões e ações visámos cumprir os seus direitos, emanados na Convenção dos Direitos da Criança, com especial atenção para o seu superior interesse respeitando a própria autonomia, de acordo com o seu processo de desenvolvimento, e a dos pais envolvendo-os na tomada de decisão e participação ativa nos cuidados.

No âmbito da hospitalização, toda a nossa intervenção se moldou atendendo aos direitos da criança hospitalizada, expressos pela Carta da Criança Hospitalizada. Destacamos o direito da criança à presença dos pais junto dela, dia e noite, independentemente da sua idade e do seu estado. Em todos os contextos de cuidados onde realizámos estágio verificou-se sempre a presença dos pais junto da criança/jovem sendo encorajados a permanecer e participar na prestação de cuidados, visando o objetivo do EEESIP que consiste em prestar cuidados à criança/jovem em parceria com a família. Salientamos também o direito das crianças a beneficiarem de jogos e atividades educativas adaptadas à idade verificando-se estratégias que visam cumprir este direito ao nível da UCSP, pela existência de uma sala de espera com materiais lúdicos destinada às crianças/jovens e família; e no Serviço de Internamento de Pediatria uma sala de atividades gerida por uma educadora de infância. Desta forma, promove-se a distração num ambiente adequado às suas necessidades.

Apesar de termos prestado cuidados a indivíduos de várias nacionalidades e contextos socioculturais, étnicos e económicos distintos toda a nossa atuação foi equitativa, sem discriminação.

minação, respeitando a individualidade e especificidade de cada criança/jovem e família. Mediante os recursos disponíveis, adaptaram-se os cuidados de modo a respeitar as crenças, ideologias e formas de viver de cada indivíduo.

No que respeita ao dever de informação, em todos os contextos de cuidados, sempre que fomos abordadas para fornecer informações referentes às situações clínicas fizemo-lo sempre mas apenas de forma presencial e aos pais/pessoa significativa, pois por vezes recebíamos contactos telefónicos com o mesmo intuito. Por telefone nunca foram fornecidas informações do estado clínico das crianças/jovens zelando pela sua segurança e garantindo a sua privacidade. Em todos os contextos, aquando da prestação de cuidados à criança/jovem e família, antes de iniciarmos qualquer procedimento ou ação foi sempre explicado aos intervenientes o que se iria proceder, aguardámos pelo seu consentimento e estivemos sempre disponíveis para esclarecer dúvidas que nos fossem expostas. Importa denotar que a linguagem e os meios utilizados foram selecionados em função das características da população-alvo de modo a que fossem eficazes.

A profissão de enfermagem envolve um aspeto extremamente importante, o sigilo profissional, em que as informações dos utentes têm impreterivelmente que ser confidenciais, seja qual for a fonte. Quanto ao dever de sigilo foi sempre cumprido atendendo especialmente à questão dos sistemas informáticos que embora só se tenha acesso através de palavra-passe pessoal, após iniciada sessão esta não encerra automaticamente pelo que foi sempre tido em atenção o encerramento da sessão após o término dos registos. Quanto aos registos na UCIN, efetuados em suporte papel e colocados junto das incubadoras/berços dos RN, foi sempre acautelada a proteção das informações deixando por cima das folhas de registo uma folha em branco ocultando a informação.

Em todas as atividades desenvolvidas foram respeitadas as considerações éticas e legais inerentes à sua realização. Como já foi mencionado no capítulo 2 deste relatório, foram solicitadas e obtidas autorizações das instituições [ANEXO 3] e das comissões de ética [ANEXOS 3 e 4] para o desenvolvimento das atividades. Foi obtido o consentimento informado, esclarecido e livre [APÊNDICE 1] de todos os participantes envolvidos nos estudos e foram garantidas a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Durante o estágio na UCSP foi realizado um estudo de caso [APÊNDICE 25], para o qual foi necessário recolher informação de uma criança e respetiva família tendo sido assegurada a privacidade dos indivíduos, respeitada e salvaguardada a sua identidade tendo sido omitida toda a qualquer informação que as pudesse identificar. Previamente à recolha de dados foi explicada a finalidade do trabalho académico e assinado, pela mãe da criança, o consentimento informado, esclarecido e livre [APÊNDICE 26] demonstrando a sua livre vontade em participar nesse estudo. A entrevista

de recolha de dados ocorreu num gabinete da UCSP com a porta fechada cumprindo os princípios éticos.

A intimidade e privacidade constituem direitos das crianças e famílias tendo sido asseguradas em todos os contextos de prestação de cuidados para que os envolvidos se sentissem mais seguros. O direito à intimidade encontra-se explanado na Carta da Criança Hospitalizada e na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Para garantir estes direitos foram utilizadas algumas medidas nomeadamente o uso de cortinas existentes nos espaços de cuidados partilhados, o fecho da porta do quarto/gabinete, a exposição da área corporal da criança/jovem estritamente necessária à prestação de cuidados. No entanto, pela disposição estrutural de alguns serviços foi difícil a consecução com rigor de alguns destes critérios. Na UCIN, os RN estão todos no mesmo espaço físico e em proximidade e não existem cortinas nem portas que permitam assegurar a privacidade de cada indivíduo e família, constituindo um desafio para o qual desenvolvemos estratégias para que este dever fosse cumprido. Neste seguimento, no que respeita ao diálogo com os pais foi tido em atenção o tom de voz utilizado mediante o assunto da conversa, sendo diminuído em assuntos particulares relacionados com o RN e mais elevado em assuntos de interesse comum a todos os pais. Em circunstâncias consideradas mais delicadas conduzimos os pais a uma sala isolada para que pudessemos conversar sem a presença de terceiros. Determinadas informações podem causar alterações no estado emocional dos indivíduos e sendo comunicadas num espaço partilhado pode constrangê-los impedindo-os de expressar sentimentos e emoções de cariz tão íntimo e pessoal. Desta forma tentámos assegurar a privacidade de cada indivíduo/família. Na UCIN, a respeito do direito à intimidade, sempre que as mães manifestaram necessidade de extrair leite foram encaminhadas à sala de amamentação preservando assim os seus direitos. Na UCSP, destaca-se a consulta de enfermagem de vigilância de saúde de adolescentes em que foi dada a oportunidade de abordar temas sem a presença dos pais no gabinete. Em todos os contextos de cuidados onde realizámos estágio, os momentos de passagem de turno realizavam-se no gabinete de enfermagem com a porta fechada salvaguardando a privacidade da informação transmitida entre pares.

A segurança da criança é um aspeto primordial com impacto na qualidade em saúde devendo ser assegurada em todos os contextos. Perante a necessidade de promover a segurança da criança foram desenvolvidas práticas de cuidados adotando medidas preventivas. No que respeita a esta área e constituindo o tema central do nosso projeto de intervenção, entre outras intervenções realizadas, alertámos os pais/cuidadores sempre que colocaram a cadeirinha de transporte da criança em cima da cadeira/mesa pelo risco de queda, informámos o acompanhante da criança internada para nunca se afastar da cama/berço/maca sem

e elevar as grades prevenindo quedas acidentais, garantimos que as portas dos serviços permanecessem sempre fechadas controlando as entradas e saídas e mantivemos sempre a identificação em todas as crianças internadas através de pulseira, garantindo assim a segurança das mesmas.

Ao nível da gestão dos cuidados, sempre foi nossa preocupação estabelecer prioridades e atuar em tempo útil em todas as situações que comprometiam o bem-estar da criança/jovem/família. Com consciência dos limites do nosso papel e da nossa competência, em todas as situações que não se enquadravam na nossa área de competência encaminhámos a criança/jovem/família para os profissionais adequados.

A reflexão sobre a prática foi permanente ao longo de todo o percurso ocorrendo em vários momentos nomeadamente, na prática diária em conjunto com a EEESIP orientadora de cada estágio, com os elementos das equipas de enfermagem e multidisciplinar e nas reuniões realizadas durante os estágios conjuntamente com a EEESIP e a professora orientadoras dos estágios. Desta forma foi possível analisar de forma gradual as práticas realizadas com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados inerentes ao processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista, estabelecendo estratégias para auxiliar na efetivação das mesmas.

O desenvolvimento das competências neste domínio reuniu juízos e conhecimentos anteriormente adquiridos da prática profissional como enfermeiras de cuidados gerais, que ao longo deste percurso foram desenvolvidos e consolidados através da componente teórica específica desta área de especialidade e das experiências vividas e refletidas em contexto de prestação de cuidados.

## **B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Este domínio implica que o enfermeiro especialista no exercício da sua atividade colabore na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participe na disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional. Requer ainda, por

parte do enfermeiro especialista, capacidade para reconhecer a melhoria da qualidade assente na avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, revise as práticas e implemente programas de melhoria contínua. Envolve também a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes e a atuação proativa promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e à gestão do risco (OE, 2019).

É inegável que existe cada vez mais uma preocupação, tanto por parte das instituições como dos profissionais, com a qualidade na saúde. A governação clínica traduz "(...) uma estratégia de modernização e de melhoria da qualidade do sistema de saúde." (Santos & Sá, 2010: 606), quer pela responsabilização dos profissionais pela qualidade, análise e verificação dos cuidados que prestam quer na procura de soluções para os problemas identificados (Ferreira, 2016). Assim, o foco de atenção é a saúde e o bem-estar da criança/jovem numa cultura orientada para os ganhos em saúde onde é crucial o envolvimento de todos os profissionais (Santos & Sá, 2010). Neste sentido, compete às instituições proporcionar os recursos necessários e criar ambientes que contribuam para o desenvolvimento dos cuidados em prol da qualidade dos mesmos.

Destacamos o contributo da unidade curricular 'Gestão em Saúde e Governação Clínica' que nos permitiu compreender a interligação da governação clínica com toda a estrutura de governação das instituições de saúde.

Em todos os contextos de estágio procurámos, desde o início, conhecer as instituições e as suas políticas, os protocolos e normas instituídos nos respetivos serviços a fim de sustentar a nossa prática em documentos orientadores e atuar autonomamente com segurança e eficácia, de acordo com os mesmos.

A melhoria contínua da qualidade foi um pressuposto que sempre objetivámos desenvolver ao longo de todo o percurso formativo. A nossa prática teve como alicerce as diretrizes dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica que se constitui como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, que estimula a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoia os processos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2017). No âmbito da satisfação da criança/jovem, procurámos estabelecer uma parceria com os pais envolvendo-os nos cuidados e criar empatia na relação com as crianças/jovens utilizando técnicas apropriadas ao estadió de desenvolvimento e condição em que se encontravam. No âmbito da promoção da saúde, destacamos na nossa atuação a criação de oportunidades para informar e sensibilizar as crianças/jovens e os pais/cuidadores para situações de risco e capacitar no sentido da adoção de

comportamentos potenciadores de saúde, de desenvolvimento infantojuvenil e de desempenho adequado dos seus papéis na sociedade relativamente à saúde. Também desenvolvemos as nossas intervenções seguindo as orientações exibidas nos guias orientadores de boas práticas da OE nomeadamente através do uso de escalas de avaliação da dor adequadas à idade e de avaliação do desenvolvimento infantojuvenil, do uso de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança e na adaptação à parentalidade durante a hospitalização.

Para a qualidade dos cuidados é fundamental a manutenção de um ambiente seguro. Contribui para este propósito a existência de uma cultura de segurança com práticas baseadas na evidência e a gestão eficaz do risco através de sistemas de gestão (Caldeira, 2012). A gestão de riscos "(...) é encarada como um processo de atuação eficaz para responder a perigos e incertezas nos mais variados domínios da Sociedade." (Almeida, 2014: 19) permitindo através da análise, avaliação e tratamento do risco, realizar uma governação adequada. Neste âmbito, a nossa intervenção foi focada na identificação de práticas ou situações de risco, relato de incidentes e monitorização de indicadores de segurança do utente visando a minimização de consequências e o aumento da segurança. Assim, no Serviço de Internamento de Pediatria colocámos protetores hidrocolóide nos pavilhões auriculares de crianças que se encontravam com aporte suplementar de oxigénio e na UCIN tivemos sempre em atenção proceder à alternância do local onde se encontravam colocados os sensores de oximetria periférica prevenindo lesões na pele do RN/criança e assegurámos o afastamento dos fios de monitorização da área corporal do RN/criança prevenindo lesões por pressão. Na nossa atuação ao nível da preparação e administração de terapêutica seguimos rigorosamente as orientações da DGS – 9 certos de administração segura de medicamentos e quanto às medidas na prevenção e controlo de infeção cumprimos a higienização das mãos nos cinco momentos estipulados pela DGS. Diariamente, em todos os locais de estágio, procedíamos à verificação do correto funcionamento de equipamentos nomeadamente do desfibrilhador do carro de urgência registando em folha própria a intervenção. Verificámos que outra medida implementada, comum a todos os contextos de cuidados onde realizámos estágio, é o armazenamento de medicamentos estupefacientes no cofre do Serviço sendo efetuado o registo de cada consumo como forma de controlo deste tipo de medicação garantindo assim a segurança e prevenindo riscos ambientais. Durante o exercício da prática tivemos em atenção a capacidade dos contentores de corto-perfurantes procedendo à sua substituição sempre que a capacidade atingia o limite máximo, assegurando desta forma a prevenção de riscos. A separação e eliminação de resíduos, a utilização de medidas de proteção individual, quando justificável, de acordo com as normas estabelecidas foram cumpridas escrupulosamente como atitudes promotoras da segurança e

qualidade dos cuidados. Em situações de internamento de crianças/jovens em unidade de isolamento informámos devidamente todos os elementos da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, agilizámos todo o material necessário nomeadamente equipamentos de proteção individual colocando-os junto à porta da unidade e expusemos, também junto à porta, informações úteis a cada situação com cartazes informativos no sentido de prevenir disseminação de micro-organismos e assegurar um ambiente terapêutico seguro. Em determinadas circunstâncias alertámos os pais para a utilização de equipamentos de proteção individual, mais frequentemente o uso de máscara respiratória descartável, e capacitámo-los quanto ao correto procedimento de higienização das mãos.

Durante o estágio no Serviço de Internamento de Pediatria assistimos a uma sessão formativa intitulada 'Plano de Emergência Interno – Segurança contra incêndios' ministrada pelo elemento de enfermagem responsável pela gestão do risco neste Serviço que visava relembrar o plano de emergência e catástrofe.

Para garantia de um ambiente seguro, em todos os contextos de cuidados, zelávamos pelo acompanhamento permanente das crianças/jovens pelos pais ou por um familiar significativo. Procurámos promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção das crianças/jovens e família atendendo às necessidades de todos os indivíduos de forma igualitária respeitando as suas crenças, valores e costumes. Em contexto de cuidados de saúde hospitalares, todas as camas/berços/macacões eram providas de grades e os brinquedos disponíveis eram adequados a cada faixa etária prevenindo riscos associados possivelmente evitáveis.

No âmbito da qualidade das práticas clínicas, na UCSP, na UUP e no Serviço de Internamento de Pediatria tivemos especial atenção e rigor aos registos de enfermagem efetuados nos sistemas informáticos por serem alvo de processos de auditoria constituindo um indicador de qualidade dos cuidados.

Tendo em conta as unidades de competência deste domínio, no âmbito do projeto de intervenção revelou-se pertinente elaborarmos, na UUP, uma norma de procedimento de enfermagem [APÊNDICE 12] para utilização de um equipamento já existente na Unidade com objetivo de uniformizar os cuidados e promover um ambiente seguro; e, na UCIN, uma grelha de observação e registo [APÊNDICE 16] visando a segurança do RN/criança. Ambos instrumentos desenvolvidos visam a uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados traduzindo-se na melhoria dos resultados, aumento da eficiência e minimização dos riscos das intervenções contribuindo por sua vez, para a produção de ganhos em saúde e promoção de um ambiente terapêutico seguro. Salientamos ainda a sessão formativa

destinada à equipa de enfermagem que foi efetivada na UUP com o propósito de sensibilizar e capacitar os elementos da equipa para as práticas corretas de transporte de crianças/jovens em ambulâncias nomeadamente a correta utilização do SRC, incutindo atitudes promotoras da segurança e preventivas de acidentes.

O desenvolvimento do projeto de intervenção, transversal a todos os contextos de estágio, permitiu-nos desenvolver e consolidar competências de liderança, planeamento, implementação, gestão e supervisão de um programa de melhoria contínua. Em todos os locais de estágio foram previamente identificadas as necessidades efetivas com comprometimento na qualidade dos cuidados e programadas estratégias de melhoria da qualidade específicas a cada realidade. A consecução de diferentes atividades, fundamentadas em evidência científica e diretivas, que resultaram em recursos informativos a serem utilizados pelos profissionais constituem medidas promotoras de melhoria contínua com influência na qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e família repercutindo-se em possíveis ganhos na saúde. Destacamos o contributo imprescindível da unidade curricular 'Projetos de Intervenção em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica' que nos proporcionou o desenvolvimento de competências no âmbito da elaboração e implementação de projetos de intervenção como método para a resolução de problemas.

A aquisição das competências neste domínio foi possível através do desenvolvimento e participação em projetos institucionais e programas promotores da melhoria de cuidados. A nossa atuação pautou-se por uma postura proativa, na busca contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população-alvo, sendo neste caso específico as crianças/jovens e famílias.

### **C - Domínio da Gestão dos Cuidados**

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Este domínio implica que o enfermeiro especialista realize a gestão dos cuidados otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, ao mesmo tempo que adequa os recursos às necessidades de cuidados adotando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019). O estabelecimento de relações fortes, de confiança, eficácia e creditação no seio da

equipa de enfermagem é fulcral para liderar e otimizar o processo de tomada de decisão bem como o conhecimento dos papéis de todos os elementos da equipa para adaptar as respostas e gerir os recursos disponíveis.

A gestão dos cuidados pode ser considerada como “(...) a arte de fazer acontecer e obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados.” (Mororó, Enders, Lira, Silva & Menezes, 2017: 324). Está implícita nos padrões de qualidade que designam o enfermeiro como elemento organizativo dos cuidados procurando ativamente a excelência no exercício profissional e tem que considerar as necessidades do utente, a segurança e a autonomia.

O facto de o acompanhamento dos estágios ter sido sob orientação de EEESIP com responsabilidades acrescidas de chefia de equipa – responsável de turno, proporcionou-se uma mais valia para a nossa aprendizagem e desenvolvimento de competências pelo sentido de responsabilidade, espírito crítico e tomada de decisão entre pares e elementos da equipa multidisciplinar. Este elemento, constitui uma referência para a equipa pelo papel que exerce nomeadamente ao nível da tomada de decisão ética em situações de maior complexidade prática e/ou ética, na gestão eficaz dos recursos, na organização dos elementos da equipa para a prestação de cuidados valorizando as aptidões e competências individuais direccionadas para determinadas áreas de cuidados. Segundo Costa (2004: 238) o enfermeiro chefe de equipa “(...) tem a responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial importância o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade.”. Damos o exemplo da distribuição dos elementos da equipa de enfermagem por postos de trabalho na UUP. No Serviço de Internamento de Pediatria, perante a enorme afluência de crianças/jovens internadas em ambulatório, hospital de dia e internamento permanente foi necessário gerir os cuidados e a dinâmica dos turnos atendendo às necessidades evidenciadas em cada momento mediante os recursos existentes. A enfermeira responsável delegava tarefas aos elementos da equipa de assistentes operacionais supervisionando-os, garantindo a qualidade dos cuidados tendo em consideração os recursos disponíveis. Destacamos, a título exemplificativo, a delegação de tarefas a assistentes operacionais nomeadamente na preparação do material para a realização de higiene e da alimentação mantendo a vigilância no cumprimento das tarefas delegadas em prol da segurança e qualidade dos cuidados. Garantindo o correto funcionamento do Serviço cabe ao enfermeiro especialista gerir os recursos [materiais e humanos] pelo que diariamente, em todos os contextos de estágios, se procedia ao levantamento das necessidades e desenvolviam estratégias para as colmatar. Os pedidos de medicação, material de consumo

clínico e não clínico eram efetuados semanalmente e sempre que se verificasse essa necessidade para que não houvesse rutura de stock de bens imprescindíveis à prestação de cuidados.

Em todos os estágios tivemos a possibilidade de contactar com realidades distintas, dinâmicas de funcionamento e metodologias de trabalho diversas implicando uma gestão de prioridades na assistência a crianças/jovens e família de acordo com a situação clínica e as necessidades constatadas. Neste sentido, consideramos que estas vivências constituíram um ponto fulcral para a eficiência e eficácia da nossa atuação. Foram diversas as situações inesperadas às quais tivemos que dar resposta imediata exigindo uma priorização nas intervenções a realizar e um reajuste no planeamento e organização de cuidados mantendo o adequado funcionamento dos serviços sem comprometer a segurança das crianças/jovens e família.

A articulação com outros profissionais foi estabelecida sempre que se verificou essa necessidade. Salientamos os momentos durante a prestação de cuidados em que detetámos alterações na criança/jovem/família cuja resolução não estava ao nosso alcance pelo que solicitámos a colaboração de profissionais com competências específicas noutras áreas nomeadamente terapia da fala, fisioterapia, dietética e assistência social garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados.

Condicionado pela curta duração dos períodos de estágio e pela posição enquanto aluna, assumir a gestão dos cuidados não foi totalmente possível, contudo foram desenvolvidas competências de liderança e gestão de respostas e recursos através da observação e participação nas dinâmicas desenvolvidas em conjunto com as chefias dos vários locais de estágio. Na UCSP, a EEESIP orientadora era a única responsável pela área de saúde infantil e pediátrica desempenhando o papel de consultora tendo especial importância nesta área de cuidados. Durante o estágio na UCSP, a nossa colaboração na gestão desta área de saúde constituiu uma mais valia na medida em que a sobrecarga de responsabilidades se tornou partilhada connosco através da nossa participação na organização e realização das consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil e da vacinação.

Destacamos o contributo da unidade curricular ‘Gestão em Saúde e Governação Clínica’ que nos permitiu compreender as organizações de saúde, as suas dinâmicas e os diferentes papéis e funções nos vários níveis organizacionais como contributo para uma prática de excelência nas unidades de saúde.

Através do desenvolvimento de competências neste domínio ficámos mais conscientes da complexidade que é prestar cuidados em simultâneo e da responsabilidade de gerir os

mesmos num serviço perante uma equipa multidisciplinar, mas ficámos também mais capacitadas para assumir estas responsabilidades.

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

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Este domínio implica que o enfermeiro especialista para além de demonstrar capacidade de autoconhecimento reconhecendo a sua interferência no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais alicerce os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019).

A deontologia profissional consagra como dever a procura da excelência do exercício sendo por isso essencial, o desenvolvimento do autoconhecimento como forma de conhecer as limitações e fragilidades, tanto de cariz profissional como pessoal, e de que forma influenciam a relação com o outro. Visando cumprir este dever também é fulcral manter a atualização de conhecimentos pois a prática baseada na evidência é um instrumento imprescindível para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar que, aliada à competência individual, eleva a qualidade dos cuidados (Craig & Smyth, 2004).

Assente na ótica do desenvolvimento de aprendizagens na área da saúde infantil e pediátrica visando dar resposta baseada na evidência científica, na assertividade e no autoconhecimento, aos processos de vida e aos problemas de saúde da criança/jovem e família em todos os contextos, ingressámos neste mestrado.

Os conhecimentos adquiridos em contexto teórico foram desenvolvidos, aplicados e consolidados em contexto prático através da realização dos estágios com base na procura do autoconhecimento e no estabelecimento de relações organizacionais, profissionais e terapêuticas assertivas. A atuação ao nível de diferentes contextos complexos e específicos com imprevisibilidades exigiu de nós uma elevada capacidade de adaptação individual e organizacional, de ação eficaz sob pressão e de autocontrolo gerindo sentimentos e emoções.

Em contexto de trabalho, responsabilizámo-nos por ser facilitadores da aprendizagem partindo do diagnóstico de situação de cada contexto e após planeamento desenvolvemos ações formativas oportunas das quais fomos preletoras, partilhando conhecimentos com fundamento científico relevante para a prática dos cuidados visando ganhos em saúde. Com base nas avaliações e nos resultados obtidos referentes a estas atividades formativas

podemos concluir que tiveram um importante contributo pois acrescentaram conhecimentos credíveis e atualizados e habilidades com vista à melhoria da qualidade dos cuidados com impacto na qualidade de vida e segurança da criança/jovem e família. Destacamos o contributo de elevada importância que a unidade curricular 'Formação e Supervisão em Enfermagem' nos proporcionou dotando-nos de conhecimentos e competências no processo de diagnóstico situacional de necessidades formativas, planeamento, execução e avaliação de formação entre pares e para a comunidade.

Com vista ao alcance da excelência do exercício especializado foi sempre nossa preocupação a busca, de forma permanente, pela atualização dos conhecimentos e evidência científica mais atual fazendo-o através da frequência de ações de qualificação profissional, tal como preconizado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros. O autoconhecimento motivou-nos a inscrição em diversas ações formativas. Em 2019 frequentámos: a 27 de setembro as VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira que decorreu no Centro Cultural do Morgado em Arruda dos Vinhos, a 4 de outubro as Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras que decorreu no Centro Pastoral de Torres Vedras e a 22 de outubro o Workshop de Segurança Rodoviária organizado pela APSI no âmbito da Semana da Segurança Infantil no Alentejo e realizado na Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo em Portalegre. Os certificados de frequência e os conteúdos programáticos dos respetivos momentos formativos encontram-se nos ANEXOS 5, 6 e 7. Nos dias 18 e 19 de outubro de 2019 frequentámos o Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico ministrado no Campus do IPP no qual obtivemos aprovação [ANEXO 8]. Todos estes momentos formativos de elevado interesse e rigor científico nos permitiram adquirir e aprofundar conhecimentos imprescindíveis à nossa atuação enquanto EEESIP. No decurso dos estágios também participámos em ações formativas no âmbito da formação em serviço dos diferentes locais de estágio com contributos relevantes em diferentes contextos de cuidados.

Durante o percurso formativo, a realização de trabalhos académicos e científicos nomeadamente a elaboração de artigos científicos [APÊNDICES 5, 27 e 28] exigiu investigação. Destacamos o contributo imprescindível que a unidade curricular 'Investigação em Enfermagem' teve para o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da investigação e da evidência científica fomentando a prática baseada na evidência. Possibilitou-nos aprofundar, compreender, analisar, refletir e aplicar os diferentes conceitos de investigação no que concerne ao processo de investigação nas suas diferentes etapas, o desenvolvimento e a aplicação dos princípios da metodologia de projeto e ainda os conceitos e orientações acerca da evidência em enfermagem.

Todo este percurso formativo foi pautado pela constante necessidade de aquisição e consolidação de conhecimentos para responder às complexas exigências da prestação de cuidados e às necessidades específicas identificadas nos diferentes contextos de cuidados. Concluimos que o autoconhecimento é crucial para o desenvolvimento profissional pela permanente aprendizagem e melhoria da prática. A reflexão sobre as experiências vivenciadas facilitou o processo de autoconhecimento permitindo-nos conhecer os limites pessoais e profissionais com utilidade na resolução de eventuais conflitos.

### **3.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

O EEESIP presta “(...) cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, (...)” (OE, 2018: 19192), desde o nascimento até aos 18 anos de idade, estendendo-se até aos 21 ou 25 anos em casos de doença crónica, incapacidade e deficiência (OE, 2018).

As competências específicas são as que “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2019: 4745). As competências específicas do EEESIP assentam nos seguintes domínios: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

Neste seguimento a análise crítica da aquisição destas competências ao longo deste processo formativo será efetivada de forma individual para cada um dos domínios mencionados tendo em conta as unidades de competências e os critérios de avaliação.

#### **E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**

E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.

E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2018).

Como já mencionado ao longo deste relatório, o EEESIP trabalha em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa em qualquer contexto “(...) encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (...) e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (OE, 2018: 19192). Foi nesta premissa que baseámos toda a nossa atuação. Tal como já referido neste relatório, segundo o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados à criança, afirmação esta que pudemos comprovar como verdadeira na realidade da prática dos cuidados que vivenciámos. Damos o exemplo de alguns momentos em que os cuidados à criança/jovem foram prestados pelos pais mantendo-se esta calma e tranquila contrastando com os momentos de inquietação e choro quando foram as enfermeiras a prestar os cuidados. Pelo evidente benefício da participação dos pais no processo de cuidar, preocupámo-nos em negociar a participação da criança/jovem e família neste processo capacitando-os previamente e envolvendo-os posteriormente nos cuidados rumo à independência e ao bem-estar. Atendemos sempre que possível, aos seus desejos e necessidades individuais. Zelámos por comunicar de forma a que todos os indivíduos compreendessem as mensagens transmitidas utilizando técnicas apropriadas à idade e estadió de desenvolvimento respeitando as suas crenças e culturas, uma vez que é fundamental a todos e quaisquer processos. Assim, comunicámos de forma clara sem utilização de termos técnicos adaptando o discurso ao nível de compreensão de cada indivíduo e permitindo o esclarecimento de dúvidas. Aproveitámos todas as oportunidades para fomentar a aprendizagem de habilidades especializadas e individuais da criança/jovem e família visando a gestão dos processos específicos de saúde/doença. A promoção para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde foi uma das estratégias utilizadas para promover a saúde e prevenir a doença nomeadamente, em situações de obesidade ou excesso de peso inculcando hábitos de alimentação saudável e equilibrada, ao nível da segurança das crianças no transporte automóvel fomentando a utilização correta e adequada dos SRC e no âmbito da vacinação promovendo à sua adesão tanto ao nível dos CSP como dos cuidados de saúde hospitalares. Imprescindível ao exercício do EEESIP demonstrámos conhecimentos sobre as doenças mais comuns às várias idades e capacidade de deteção precoce de desvios ao padrão considerado normal em diversas circunstâncias nomeadamente situações de risco para a criança/jovem implementando respostas de enfermagem apropriadas. Damos o exemplo da aplicabilidade destas habilidades ao nível das consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil nos CSP, no processo de triagem na UUP, na vigilância permanente das crianças/jovens hospitalizadas. Sempre que a resolução das situações detetadas não se enquadrava na nossa área de competência articulámo-nos com profissionais de outras áreas trabalhando em parceria, procedendo

ao encaminhamento adequado e adaptado à situação clínica. Nesta sequência, a articulação com as redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família foi estabelecida auxiliando crianças/jovens e famílias com necessidades no acesso à saúde e à educação e facilitando a reinserção social.

A realização do estudo de caso permitiu-nos, tal como referem Galdeano, Rossi & Zago (2003), estudar pormenorizadamente a criança e família tendo em conta a sua dinâmica, estrutura e contexto familiar, com recurso ao modelo *Calgary* de avaliação da família. Importa salientar que através desta avaliação foi possível analisar a existência ou ausência de fatores de risco, de proteção, de agravamento ou crises na vida da criança/jovem e família que influenciam o risco de maus tratos permitindo a sua sinalização precoce. Desta avaliação foi possível estabelecer um plano de cuidados individualizado tendo por base o processo de enfermagem e a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que visava resolver e/ou minimizar os problemas reais e potenciais identificados. A aplicação efetiva do processo de enfermagem permite responder de forma sistematizada aos cuidados à criança/jovem e família, conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica (Alves, Chaves, Freitas & Monteiro, 2007; Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi & Rabelo, 2009).

Destacamos a relação de proximidade, confiança, empatia estabelecida com todas as crianças/jovens e respetivas famílias permitindo-nos o cuidar individualizado com excelência e qualidade.

## **E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**

E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.

E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018).

Este domínio de competências assenta na capacidade do EEESIP para mobilizar recursos oportunamente para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

A prática profissional num Serviço de Urgência Pediátrica aliada aos estágios realizados contribuiu para o desenvolvimento da habilidade de avaliação do estado da criança, reconhecimento rápido de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte prestando cuidados de enfermagem antecipatórios ou imediatos apropriados. Segundo a OMS (2016) as mortes de crianças hospitalizadas ocorrem geralmente nas primeiras 24 horas após admissão e muitas delas poderiam ser evitadas se as crianças gravemente doentes fossem identificadas e o tratamento apropriado fosse iniciado imediatamente após a sua chegada à unidade de saúde. Foram várias as situações de instabilidade das funções vitais da criança/jovem, verificadas com maior frequência nos estágios na UCIN e na UUP, tendo sido necessário a mobilização de conhecimentos e habilidades para a atuação imediata. O EEESIP detém um papel fundamental na vigilância e deteção precoce de situações potencialmente fatais e conseqüentemente na atuação perante alterações hemodinâmicas. A participação no Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico constituiu uma clara mais valia na medida em que nos proporcionou a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências na área da emergência pediátrica em que o foco de atenção é a criança gravemente doente ou em paragem cardiorrespiratória.

A gestão da dor e do bem-estar da criança/jovem foi algo a que sempre atendemos na nossa prática diária visando o estabelecido nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A dor é considerada o quinto sinal vital pois acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (DGS, 2003). “O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.” (DGS, 2003: 1). A avaliação e registo da intensidade da dor tem que ser feita de forma contínua e regular através de escalas apropriadas à idade e estado de consciência, de modo a otimizar as respostas com vista à qualidade de vida da criança/jovem (DGS, 2003). Em todos os contextos de cuidados onde realizámos estágio a dor era avaliada com recurso a escalas próprias e adequadas a todas as crianças/jovens pelo menos uma vez por turno e sempre que se considerasse pertinente, tal como emanado nas orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças (DGS, 2010c). Segundo a Carta da Criança Hospitalizada a dor deve ser reduzida ao mínimo pelo que foi sempre nossa preocupação atuar em conformidade em situações de dor e/ou

desconforto referido pela criança/jovem ou família ou percebido por nós. Em todos os contextos de cuidados foram inevitáveis alguns procedimentos capazes de infligir dor à criança/jovem tais como: punção do calcanhar para realização do teste de diagnóstico precoce e/ou gasimetria capilar, administração de terapêutica via intramuscular, punção venosa para colheita de sangue para fins analíticos e/ou colocação de cateter venoso periférico.

Segundo Azevedo, Nascimento, Azevedo, Cavalcanti & Sales (2014), a dor quando não é tratada de forma adequada compromete a qualidade de vida da criança e familiares. Privilegiámos o uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor/desconforto de acordo com a faixa etária da criança/jovem nomeadamente em RN: presença dos pais, amamentação, sucção não nutritiva com uso de sacarose a 24% e chupeta, embalo, toque/massagem superficial, redução da incidência de luzes e do ruído ambiente; em crianças na fase pré-escolar: brinquedo favorito, distração [contar histórias, musicoterapia], brincadeira lúdica e terapêutica; em crianças na fase escolar e adolescentes: técnicas de relaxamento, posicionamento, aplicação superficial de calor ou frio, indo de encontro ao preconizado no Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança (OE, 2013) e das orientações técnicas sobre o controlo da dor nos RN [0 a 28 dias] e sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças [1 mês a 18 anos] da DGS (DGS, 2012b; DGS, 2012c). Quanto às medidas farmacológicas para alívio da dor foi necessário fazermos uma gestão no que diz respeito à sua aplicação tendo-o conseguido com sucesso. De entre essas medidas mencionamos algumas utilizadas: aplicação de anestésico local tópico - EMLA<sup>®</sup> através de penso oclusivo impregnado ou creme compostos por lidocaína e prilocaína, analgesia via endovenosa, administração via inalatória de mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio, segundo protocolos de serviço ou conforme prescrição médica. Decorrente da aplicação de qualquer tipo de estratégia de combate à dor procedemos sempre à reavaliação deste sinal vital obtendo resultados efetivos e visíveis no que diz respeito ao controlo da dor permitindo-nos otimizar as intervenções. “(...) a diminuição da dor facilitará o tratamento, fazendo com que a criança se torne mais participativa nos processos do cuidar.” (Sampaio & Costa, 2017: 6).

Durante o estágio no Serviço de Internamento de Pediatria assistimos a uma sessão formativa intitulada ‘Protóxido de Azoto – Analgesia inalatória na Urgência Pediátrica’ ministrada por três elementos de enfermagem da equipa da Urgência Pediátrica, que visava dar a conhecer esta medida não farmacológica, a forma de utilização, indicações, contra-indicações, interações e efeitos secundários por ter sido uma aquisição recente para este Serviço.

Durante os estágios também prestámos cuidados a crianças/jovens com doenças raras, doenças crónicas, deficiências/incapacidades exigindo de nós capacidade de resposta às necessidades específicas de cada uma visando também a promoção de estratégias de *coping* e de adaptação da criança/jovem e família à situação inerente. A título exemplificativo mencionamos a prestação de cuidados a crianças/jovens com diabetes *mellitus* tipo 1 em diagnóstico inaugural. A nossa intervenção foi fulcral para a criança/jovem e família pois através do diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades no contexto da doença crónica desenvolvemos intervenções de modo a facilitar o processo de adaptação à situação e capacitação para gestão do controlo da mesma nomeadamente, na monitorização da glicemia capilar, administração de insulina, contagem de hidratos de carbono e hábitos alimentares adequados. Em algumas circunstâncias foi necessário adequar o suporte familiar e comunitário e referenciar para cuidados de especialidade articulando com as equipas multidisciplinares para garantir a continuidade dos cuidados. Tendo em conta o impacto que uma doença provoca numa criança/jovem e respetivos membros da família foi crucial o apoio emocional prestado por parte do EEESIP e a implementação de estratégias promotoras de esperança.

Para que a nossa atuação fosse de excelência no que respeita a estas unidades de competência foi necessário aprofundar conhecimentos mediante as situações encontradas pois qualquer uma delas exige uma maior necessidade de suporte à criança/jovem e família por parte do EEESIP.

### **E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**

E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE, 2018).

Ao longo de todo o percurso formativo, a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil foi alvo de atenção na nossa atuação. Deter conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento dentro dos padrões considerados normais da criança nas diversas etapas

do ciclo vital revelou-se crucial para a deteção precoce de possíveis desvios ao padrão considerado normal, permitindo respostas rápidas e eficazes visando a maximização do potencial de desenvolvimento da criança. As consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil constituíram momentos fundamentais para desenvolver a capacidade de observação crítica da criança/jovem através da deteção precoce de situações que pudessem comprometer a vida ou a afetar a qualidade de vida da criança/jovem, quer ao nível do desenvolvimento motor, emocional, cognitivo e social quer ao nível do contexto familiar e cultural em que a criança/jovem se inseria. Foi com recurso a instrumentos estandardizados, como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada e as Curvas de Crescimento da OMS que identificámos alguns desvios ao padrão considerado normal com impacto negativo na qualidade de vida da criança/jovem nomeadamente, situações de excesso de peso, obesidade, dificuldades visuais, no desenvolvimento motor, entre outras. Estas situações exigiam necessidade de vigilância e encaminhamento para outros profissionais especializados tendo sido dessa forma que procedemos. Ainda assim, avaliámos os conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde e trabalhámos com este binómio no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Outro aspeto importante e pelo qual zelámos o seu cumprimento foi a transmissão de orientações antecipatórias às famílias sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem nas diferentes faixas etárias bem como de temas como a alimentação, saúde oral, hábitos de higiene, prevenção de acidentes, atividades promotoras do desenvolvimento, estilos de vida saudáveis, entre outras, visando a redução do risco e a promoção de comportamentos saudáveis. Neste âmbito, e de acordo com as competências do EEESIP, também desenvolvemos a nossa intervenção direcionada à capacitação e empoderamento dos pais para a deteção precoce de problemas potenciais ou reais dotando-os de conhecimentos e habilidades necessários à vigilância e resolução ou encaminhamento de situações específicas. Recorremos a materiais informativos, existentes e elaborados por nós, como é o caso de folhetos e cartazes e realizámos sessões de capacitação para os pais/cuidadores contribuindo para o sucesso das nossas intervenções.

A promoção da vinculação, particularmente no caso do RN, foi desenvolvida sobretudo durante o estágio na UCIN tendo em conta o contexto dos cuidados e as inúmeras oportunidades para tal. Sempre que a situação clínica do RN permitia preocupámo-nos em promover a amamentação, o contacto físico pele-a-pele com os pais, o envolvimento dos pais nos cuidados como forma de promover a vinculação e desenvolver o papel parental. Dada a estadia prolongada dos RN nesta unidade é fundamental, e foi sempre nossa preocupação, promover a adaptação dos pais ao seu papel parental fomentando o desenvolvimento de

habilidades e conhecimentos imprescindíveis para a assunção das suas responsabilidades em prol da parentalidade positiva e do ótimo crescimento e desenvolvimento do RN. A evolução das competências do RN eram comunicadas e demonstradas aos pais promovendo o comportamento interativo como por exemplo a capacidade de sucção do RN permitindo a amamentação ao peito. Neste seguimento foram sendo avaliadas as capacidades parentais gradualmente desenvolvidas nomeadamente no que diz respeito à amamentação, aos cuidados de higiene e conforto, à afetuosidade, entre outras.

Em qualquer situação de fragilidade o suporte é extremamente importante quer para as crianças/jovens quer os pais/família que se encontram vulneráveis. Situações de desvios à normalidade provocam alterações nas rotinas das crianças/jovens e respetivas famílias sendo necessário proceder a uma adaptação à condição instalada e capacitação para cuidar no processo de doença. A hospitalização obriga a um afastamento momentâneo da restante família sendo imprescindível o apoio do EEESIP, elemento próximo, na tentativa de minimizar o impacto causado pela situação. A hospitalização da criança representa para si e para a sua família um momento de crise, por vezes a primeira crise da sua vida, constituindo motivo de *stress*, ansiedade, angústia, preocupação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na UCIN vivem-se diariamente momentos de alegria pelos pequenos progressos alcançados na evolução do RN mas também muitos momentos de angústia e incerteza pela instabilidade do estado clínico do RN. Conscientes da realidade das situações é fundamental gerir as expectativas dos pais/familiares e implementar estratégias promotoras de esperança realista tendo sido nesse sentido que direccionámos a nossa atuação.

Em todos os contextos de cuidados, considerámos a comunicação como um elemento crucial no estabelecimento da relação com a criança/jovem e família alvo de cuidados. Contactámos com crianças/jovens e famílias de diferentes proveniências, culturas e conhecimentos. Assim, procurámos adequar a comunicação às características da criança/jovem e família para que fosse eficaz e em todo o processo relacional prezámos pelo respeito das suas crenças e cultura. Relatamos o caso de uma adolescente de nacionalidade síria, recém-chegada a Portugal ao abrigo do programa de acolhimento de refugiados, a quem prestámos cuidados. A comunicação com esta adolescente constituiu um desafio uma vez que a língua materna era árabe e tinha muita dificuldade em falar a língua inglesa. Perante esta barreira, foram desenvolvidas estratégias de comunicação nomeadamente o recurso a desenhos em papel e a tecnologias informáticas de tradução por captação de mensagens de voz. Solucionado o problema da comunicação importa salientar que a prestação de cuidados a esta adolescente também se revelou um desafio dado os valores da sua cultura. Esta adolescente encontrava-se vestida com o traje típico dos países islâmicos que lhe cobria todo

o corpo exceto o rosto e as mãos. Perante a necessidade de puncionar de um acesso venoso periférico para administrar terapêutica endovenosa foi-lhe pedido que expusesse um dos membros superiores que recusou no imediato. Não existindo outra alternativa terapêutica foi essencial explicar-lhe e fazê-la perceber e compreender a importância de tal intervenção para a melhoria da sua situação clínica. Apesar de não ter sido um processo fácil foi alcançado o sucesso do mesmo. Ao longo de todo o percurso formativo foram desenvolvidas habilidades de adaptação comunicacionais com indivíduos de diferentes faixas etárias, níveis de desenvolvimento e culturas. Utilizamos muitas vezes a brincadeira e o desenho por ser uma estratégia de comunicação universal e eficaz com as crianças cativando-as e ganhando a sua confiança e proximidade, necessária à relação terapêutica potenciadora de qualidade nos cuidados.

A nossa intervenção à população adolescente primou pela promoção da sua autoestima e autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Pudemos desenvolver intervenções a este nível no âmbito dos CSP através das consultas de enfermagem de vigilância da saúde juvenil. Atendemos à privacidade e confidencialidade permitindo a realização da consulta em determinados momentos sem a presença dos pais no gabinete. Desta forma vimos facilitada a abordagem de temáticas-chave nesta fase de transição e suscetíveis de causar constrangimentos na presença dos pais nomeadamente, consumos nocivos, sexualidade, *bullying*, autoimagem e a comunicação expressiva das suas emoções sendo sempre incentivados a fazê-la, respeitando as suas posições e evitando julgamentos. Perante uma diversidade de situações vivenciadas com os adolescentes procurámos atuar da forma mais adequada a cada uma. Reforçámos aspetos positivos como forma de reconhecimento das suas corretas tomadas de decisão relativas à saúde e como forma de incentivo à manutenção desses comportamentos habilitando-os para o seu papel na sociedade. Identificámos comportamentos de risco procedendo à sensibilização e consciencialização dos adolescentes perante determinados comportamentos capacitando e motivando-os para a mudança e adoção de estilos de vida saudáveis, negociando um contrato de saúde que produza ganhos.

### **3.3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

Segundo o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre é conferido a quem demonstre:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

Neste sentido, tendo em conta os objetivos gerais definidos para este curso de mestrado:

“desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica; e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.” (Freitas, 2020: 3)

que visam o alcance das competências comuns e específicas inerentes ao grau de EEE-SIP, analisando retrospectivamente todo o percurso conclui-se que o percurso realizado para alcançar as competências de EEESIP se fundiu com o percurso realizado para obter as competências de mestre dada a complementaridade e indissociabilidade de algumas competências.

Segundo Nunes (2019: 7) o mestre em enfermagem “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;” e “Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de

colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;”. Ao longo de todo o percurso formativo desenvolvemos e aprofundámos conhecimentos adquiridos na formação de 1.º ciclo – Licenciatura em Enfermagem, ao nível dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e na área da saúde infantil e pediátrica através da componente letiva teórica, que envolveu aulas presenciais com exposição de conteúdos, desenvolvimento de trabalhos académicos e avaliação de conhecimentos lecionados e da componente prática, com a realização dos estágios em diferentes contextos clínicos, cada um com as suas particularidades e grau de complexidade. Neste âmbito foi possível obter sucesso devido ao próprio investimento, empenho e motivação durante todo o percurso formativo e aos contributos imprescindíveis das enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e professora orientadoras, em particular, e das equipas multidisciplinares em geral no que diz respeito à reflexão e partilha de conhecimentos essenciais ao desenvolvimento pessoal e profissional. O diagnóstico de situação realizado em todos os contextos e o respetivo planeamento, execução e avaliação de atividades para dar resposta aos problemas identificados contribuíram para a aquisição desta competência.

A mesma autora refere que o mestre em enfermagem “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Nunes, 2019: 7). A aplicação dos conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução dos problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, foram uma constante ao longo deste percurso dada a diversidade de contextos e níveis de prestação de cuidados em que atuámos. Foram inúmeras as situações em que tivemos que adaptar e mobilizar os conhecimentos previamente adquiridos desenvolvendo-os em contexto real na prestação de cuidados. O processo de enfermagem, fundamentado na evidência científica, constituiu o aliado da nossa prática estruturando o pensamento crítico aplicado nas tomadas de decisão. Permite, através das etapas que o constituem, identificar problemas, planejar, executar e avaliar intervenções com vista à satisfação das necessidades do indivíduo, isto é, a resolução e/ou minimização de problemas identificados. O estudo de caso serve como exemplo demonstrativo da nossa capacidade de resolução de problemas identificados planeando e intervindo de forma individualizada no contexto familiar.

O mestre em enfermagem “Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;” (Nunes, 2019: 7). A nossa atuação implicou

em todos os momentos uma conduta responsável e ética em prol do respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos indivíduos integrando os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo. O processo de elaboração do artigo científico e de realização do projeto de intervenção implicou a salvaguarda das questões éticas inerentes aos mesmos, já descritas neste relatório. A participação no curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, também já mencionado neste relatório, teve um contributo essencial no alcance desta competência na medida em que nos proporcionou conhecimentos e habilidades cruciais na tomada de decisão e gestão de situações complexas, como é o caso de situações urgentes/emergentes.

Segundo Nunes (2019: 7) o mestre em enfermagem “Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;”. A elaboração de artigos científicos e a realização do projeto de intervenção desenvolvidos durante todo o percurso formativo possibilitou-nos o desenvolvimento de capacidades no domínio do processo de investigação científica em todas as suas etapas assim como a capacidade de comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios a ele subjacentes, de forma clara, precisa e sem ambiguidades. Procurámos ser elementos dinamizadores nos contextos de estágio partilhando toda a informação e conhecimento produzidos em prol da melhoria das práticas com ganhos efetivos na saúde das crianças/jovens e famílias. Salientamos todas as atividades desenvolvidas neste sentido nomeadamente sessões de capacitação para a saúde e destacamos também a divulgação de resultados proveniente dos estudos realizados quer a especialistas quer a não especialistas como forma de disseminação do conhecimento. Através da realização de todas as atividades inerentes aos trabalhos desenvolvidos foi possível construir uma base de conhecimentos em contexto de investigação procurando promover o espírito reflexivo dos envolvidos sobre as suas práticas. A redação deste relatório revela a capacidade de reflexão crítica relativamente ao percurso realizado mais concretamente à aquisição e desenvolvimento de competências. A posterior discussão pública do presente relatório revelará, mais uma vez, a capacidade de divulgação dos resultados advindos deste processo formativo.

Referido pela autora citada anteriormente, o mestre em enfermagem “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;” (Nunes, 2019: 7). A aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências constituíram a base da nossa atuação permitindo-nos diagnosticar as necessidades nos diferentes contextos de cuidados, planear, executar e avaliar as atividades realizadas específicas para a cada realidade. Toda a nossa atuação foi sustentada em evidência científica atual fruto da constante busca pelo conhecimento com o intuito de contribuir para a qualidade e segurança dos cuida-

dos prestados. Destacamos a iniciativa, de forma autónoma, para participar em ações formativas, já mencionadas neste relatório, como ferramenta para a evolução do conhecimento científico. Desta forma consideramos ter demonstrado competências ao nível do desenvolvimento de aprendizagens de forma autónoma e auto-orientada ao longo da vida. Conscientes que só a aprendizagem auto-orientada e autónoma permite o desenvolvimento pessoal e profissional é nosso objetivo continuar a investir na atualização contínua de conhecimentos.

Em suma, após a presente análise reflexiva afirmamos que a evolução a nível pessoal e profissional foi gratificante e em muito conseguida pela relação com profissionais proativos e altamente diferenciados em contextos de cuidados com diferentes realidades, todos em prol da maximização da saúde da criança/jovem e família através da prestação de cuidados de excelência. Todas as oportunidades constituíram momentos de aprendizagem, rentabilizados pela procura do desafio, e reflexão cruciais à aquisição de competências.

O enfermeiro detentor do grau de mestre possui instrumentos e conhecimentos válidos para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e capacidade de utilizar a evidência científica no exercício profissional, isto é, consegue envolver uma equipa de forma a orientar e efetivar benefícios na prática com base em conhecimentos atuais, sólidos e aprofundados na sua área de estudo e especialização.

Este percurso formativo culmina com a aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de EEESIP e de mestre abrindo caminho para o início de uma atuação especializada, avançada e segura pautada por um nível superior de responsabilidade profissional, ética e legal na prestação de cuidados baseada na evidência científica mais recente e questionamento sucessivo, indutor de pesquisa e produção de conhecimento com vista à melhoria contínua da qualidade e excelência nos cuidados partilhando-o com todos os profissionais.

## CONCLUSÃO

Este documento traduz o percurso formativo realizado que nos permitiu adquirir e desenvolver as competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de EEESIP e de mestre e, incorpora também uma análise reflexiva do mesmo. Consideramos pertinente realizar nesta secção uma síntese de todo este percurso traçando planos futuros.

Os acidentes rodoviários representam, ainda hoje, uma importante causa de morte em todas as faixas etárias pediátricas. Embora os dados epidemiológicos demonstrem uma diminuição significativa do número de acidentes rodoviários e das suas consequências ao longo dos anos, atualmente ainda se verifica que por cada criança que morre muitas outras ficam feridas na sequência destes acidentes. Esta realidade constitui uma preocupação para toda a população podendo ser alvo de intervenção através da implementação de medidas prévias de prevenção, evitando assim parte das situações. Considerando as consequências negativas, imediatas e a longo prazo dos acidentes para as vítimas e respetivos familiares, é fundamental atuar ao nível da prevenção de acidentes e promoção da segurança infantojuvenil principalmente relacionada com o transporte automóvel.

Muitas das mortes e incapacidades são causadas pela falta de uso dos sistemas de retenção, pelo seguimento impróprio das orientações relacionadas com o peso, idade e tamanho da criança/jovem e pelos fracos conhecimentos por parte dos condutores de transportes automóveis com crianças/jovens no que diz respeito às medidas de segurança e correta utilização de SRC, realizando estes transportes de forma inadequada e sem segurança.

Os sistemas de retenção homologados corretamente instalados e utilizados constituem, segundo evidência científica atual, uma forte medida de proteção aquando a ocorrência de um acidente rodoviário minimizando as lesões que daí possam advir. Quando são utilizados de forma incorreta e inadequada à faixa etária, ao peso e ao tamanho da criança/jovem a probabilidade de sofrerem qualquer tipo de lesão em caso de acidente rodoviário é maior.

A prevenção de acidentes rodoviários constitui uma área de interesse prioritária para diversas entidades nacionais e internacionais que através do estabelecimento de medidas, criação de programas e planos preventivos a nível multissetorial visam o aumento da segurança rodoviária infantojuvenil e conseqüentemente a diminuição da incidência e gravidade das lesões provenientes de acidentes rodoviários. São evidentes, pelos dados epidemiológicos atuais, os ganhos conseguidos através destas iniciativas, contudo consideramos fundamental continuar a apostar na implementação de medidas cada vez mais eficazes nesta área pois as crianças/jovens de hoje serão os adultos de amanhã.

Os enfermeiros, perante o dever de promoção da segurança e prevenção da doença, são responsáveis por educar as crianças/jovens, os pais/cuidadores, os pares e outros profissionais de saúde para a importância dos sistemas de retenção, o seu correto e frequente uso bem como de outras medidas de segurança inerentes ao transporte de crianças/jovens em automóveis. É evidente que o EEESIP atendendo às suas competências específicas na área da saúde infantil e pediátrica tem um papel de destaque neste processo.

A prevenção de acidentes envolve a proteção das crianças tendo em conta a sua vulnerabilidade daí a importância de assegurar o correto desenvolvimento das mesmas maximizando a sua saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Optámos por trabalhar uma temática com problemas reais, atuais e pertinentes, transversal a todos os contextos de estágio, de forma a que o projeto de intervenção desenvolvido fizesse a diferença resolvendo e/ou minimizando as necessidades identificadas e contribuindo para a segurança das crianças/jovens no transporte automóvel. Tudo isto em prol da melhoria constante da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população pediátrica e respetiva família. Neste sentido, tal como já foi mencionado, trabalhámos a problemática dos acidentes rodoviários inserida na linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de Vida’.

A nossa atuação assentou nos princípios da filosofia de cuidados centrados na família, no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e no modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Realçamos as intervenções dirigidas a diferentes grupos-alvo no âmbito da prevenção de acidentes e promoção da segurança infantojuvenil com base no processo educativo de capacitação e empoderamento para a saúde e ao mesmo tempo de envolvimento, participação e parceria nos cuidados.

Este projeto foi desenvolvido tendo por base a metodologia de trabalho de projeto por conferir sentido e significado às aprendizagens dada a sua dimensão interventiva com impacto na realidade. Numa primeira fase, realizámos o diagnóstico de situação para a população específica de cada contexto. Apurámos que dessa população alvo do nosso projeto, alguns pais/cuidadores possuem lacunas ao nível dos conhecimentos no que respeita à segurança da criança/jovem quando transportada no automóvel cometendo erros na utilização dos SRC; alguns dos enfermeiros inquiridos não possuem os conhecimentos suficientes para transportar de forma correta e segura as crianças/jovens em ambulâncias transportando-os, por vezes, inadequadamente; as corporações de bombeiros da região Alentejo Central para além de não possuírem todos os SRC necessários para o transporte das crianças/jovens, em segurança, em ambulâncias, revelaram necessidades formativas neste âmbito pois realizam, muitas ve-

zes, estes transportes de forma insegura. Através da pesquisa bibliográfica realizada comprovámos os problemas identificados e aprofundámos as bases teóricas referentes à temática em investigação.

Numa fase seguinte, perante as necessidades identificadas formulámos os objetivos, gerais e específicos, que nos permitissem responder às necessidades e planeámos atividades de modo a atingir os objetivos delineados. As atividades implementadas permitiram-nos alcançar os objetivos estabelecidos. Foram elaborados materiais informativos, realizadas sessões de capacitação sobre a temática, uma em cada contexto, que obtiveram resultados positivos fomentando o aumento de conhecimentos, sensibilizando a população-alvo para as questões abordadas e inculcando a mudança de comportamentos neste âmbito. Também foi elaborada uma norma de procedimento sobre a utilização do equipamento *Kidy Safe*<sup>®</sup> que contribuiu para a uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

O estudo quantitativo, exploratório e descritivo que realizámos possibilitou também, adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista e de mestre. Este estudo objetivou a aferição dos conhecimentos de enfermeiros, da área pediátrica de 2 hospitais portugueses, acerca das práticas no transporte de crianças em ambulâncias e a análise das práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central neste tipo de transportes. Para além dos resultados e conclusões já descritas, consideramos pertinente salientar a necessidade de implementar medidas que alterem os comportamentos dos enfermeiros e bombeiros no transporte de crianças/jovens em ambulâncias. Por outro lado, enalteçemos o uso crescente de SRC de forma adequada no transporte de crianças/jovens em automóveis demonstrando desta forma a eficácia das estratégias já implementadas neste âmbito e justificando a pertinência da sua continuidade. Este estudo investigativo serviu de base para a elaboração de um artigo científico de carácter original, que após publicação, esperamos que possa ser uma mais valia para a Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste relatório é evidente a capacidade de reflexão sobre o percurso efetuado devidamente fundamentado com base na teorização e na evidência científica bem como a descrição do projeto de intervenção desenvolvido e implementado.

A implementação deste projeto permitiu-nos, na área da temática da segurança rodoviária infantil, colmatar as necessidades identificadas nos diferentes contextos de estágio, sensibilizar e capacitar diferentes grupos-alvo e otimizar recursos que por sua vez contribuíram e contribuirão para a qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, tendo

por base uma prática baseada na evidência científica atual, integrando os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos enquanto Mestre em Enfermagem e Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Foi gratificante e recompensador pois à medida que foi sendo implementado foram surgindo, a curto prazo, os resultados esperados. Foi sem dúvida produtivo, enriquecedor e uma mais valia com benefícios futuros uma vez que foram deixadas ferramentas em todos os locais de estágio para serem utilizadas pelas equipas para obtenção de ganhos efetivos relativamente à temática da segurança infantojuvenil no transporte automóvel, a médio/longo prazo. Contribuiu também para o nosso desenvolvimento profissional e aquisição de conhecimentos e competências enquanto futura mestre e EEESIP no domínio da resolução de problemas e intervenção junto das crianças/jovens e famílias alvo de cuidados por meio de um processo de carácter científico e investigativo.

Desta forma podemos concluir que os objetivos estabelecidos, tanto os do relatório como os do projeto de intervenção, foram alcançados.

Apesar das limitações com que nos deparámos durante o percurso formativo, conseguimos acautelá-las com o apoio e orientação da professora e das enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica orientadoras dos contextos de estágio e contribuir de forma positiva para a exploração do tema e esperamos servir de estímulo para novas investigações na área.

Como perspetivas futuras pretendemos dar continuidade a este projeto adaptando e implementando-o no Serviço onde exercemos funções por ser um tema com reconhecidas fragilidades e necessidades interventivas dada a influência na qualidade de vida das crianças/jovens e família. Enquanto futura EEESIP e mestre cabe-nos ser influentes ao nível da formação em prol de mudanças positivas na prestação de cuidados com efetivos ganhos na saúde das crianças/jovens e respetivas famílias. Para tal, perspetiva-se a realização de uma sessão formativa em serviço direcionada à equipa de enfermagem sobre o transporte de crianças/jovens em ambulâncias, a aplicação de um folheto informativo para os pais/cuidadores e da norma de procedimento de enfermagem sobre a utilização do equipamento *Kidy Safe*<sup>®</sup> recentemente adquirido, no âmbito deste projeto, para o Serviço de Pediatria.

Terminada esta parte do percurso formativo podemos afirmar que, quer em contexto teórico quer em contexto prático, todas as atividades desenvolvidas, oportunidades e experiências de aprendizagem possibilitaram de forma significativa a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, das competências de mestre, comuns de enfermeiro especialista e específicas de EEESIP bem como o crescimento gradual a nível pessoal e profissional.

Após este longo processo crítico e reflexivo podemos afirmar que possuímos competências para prestar cuidados de enfermagem diferenciados, de excelência, com segurança e competência às crianças/jovens e respectivas famílias em qualquer contexto em que se encontrem.

Com toda a bagagem resultante deste processo formativo rumamos para um novo desafio pessoal e profissional com uma diferente visão sobre o cuidar em enfermagem na área infantil e pediátrica e dotadas de saberes: saber-ser, saber-fazer, saber-conhecer, saber-conviver. Assumimos o compromisso de intervir mais proativamente, com base na evidência científica, e ser responsáveis pela atualização e desenvolvimento contínuo de saberes com recurso à investigação buscando elevados padrões de qualidade que norteiem a nossa ação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, P. (2002). Finalidades e Natureza das Novas Áreas Curriculares. *In* Ministério da Educação - Departamento da Educação Básica, *Reorganização Curricular do Ensino Básico - Novas Áreas Curriculares* (pp. 9-18). Lisboa. Disponível em: <https://guinote.files.wordpress.com/2017/04/refcurracnd.pdf>
- Almeida, A. B. de (2014). Gestão do risco e da incerteza: conceitos e filosofia subjacente. *In* Núcleo de Investigação Científica de Incêndios Florestais – Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, *Realidades e Desafios na Gestão dos Riscos: Diálogo entre Ciência e Utilizadores* (pp. 19-29). Coimbra. doi: 10.14195/978-972-8330-23-1\_2
- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008* (1.ª edição). Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: [http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca\\_2004-2008.pdf](http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca_2004-2008.pdf)
- Alves, A. R., Chaves, E. M. C., Freitas, M. C. & Monteiro, A. R. M. (2007, maio-junho). Aplicação do Processo de Enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 344–351. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a19.pdf>
- Antunes, S. (2018, setembro). Portugal é o segundo país onde se usa mais o carro em toda a União Europeia. *In* *Jornal de Negócios*. Disponível em: <https://www.jornaldenegocios.pt/empresas/transportes/detalhe/portugal-e-o-segundo-pais-onde-se-usa-mais-o-carro-em-toda-a-uniao-europeia>
- Assembleia da República (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 55–66. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>
- Assembleia da República (2013). Lei n.º 72/2013 de 3 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 5446-5499. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/499464>
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nova Iorque, Estados Unidos da América: Assembleia Geral das Nações Unidas. Disponível em: [http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convenc\\_ao\\_sobre\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convenc_ao_sobre_direitos_da_crianca.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2019). *Workshops de Segurança Infantil - Segurança Rodoviária – Manual* (Material de apoio disponibilizado no Workshop de Segurança Rodoviária realizado em Portalegre, 2019). APSI, Lisboa,

Portugal.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2017). *25 anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação*. Lisboa, Portugal: APSI. Disponível em: [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)

Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2015). *Acidentes Rodoviários com Crianças e Jovens (0-17 anos) - Evolução nos últimos 16 anos (1998-2013)*. Lisboa, Portugal: APSI. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evolucaoacidentesrodovirioscrianas\\_19982013.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evolucaoacidentesrodovirioscrianas_19982013.pdf)

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2018). *Relatório Anual de Sinistralidade Rodoviária - Ano de 2018*. Barcarena, Portugal: ANSR. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2018/RELATÓRIO ANUAL - VÍTIMAS A 24 HORAS/Relatório Anual Sinistralidade Rodoviária 2018 24h.pdf>

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2014a). *FICHA TEMÁTICA - Crianças até aos 14 anos - 2004-2013*. Barcarena, Portugal: ANSR. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/FichasTematicas/Documents/2014/FICHA%20TEM%C3%81TICA%20-%20CRIAN%C3%87AS.pdf>

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2014b). *Sistemas de Retenção para Crianças*. Barcarena, Portugal: ANSR. Disponível em: [http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/InformacaoTecnica/tempdocs/SISTEMAS DE RETENÇÃO PARA CRIANÇAS\\_ dez14.pdf](http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/InformacaoTecnica/tempdocs/SISTEMAS DE RETENÇÃO PARA CRIANÇAS_ dez14.pdf)

Azevedo, D. M., Nascimento, V. M., Azevedo, I. C., Cavalcanti, R. D. & Sales, L. K. O. (2014, outubro-dezembro). Assistência de enfermagem à criança com dor: avaliação e intervenções da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 16(4), 23–31. doi: 10.21722/rbps.v16i4.11170

Balbino, A. C. & Cardoso, M. V. L. M. L. (2017, agosto). Dificuldades no transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico realizado pelas equipes do serviço de atendimento móvel de urgência. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(3), 1-8. doi: 10.1590/0104-07072017000790016

Ballesteros, T., Arana, I., Ezcurdia, A. P. & Alfaro, J. R. (2014, maio). Development and tests of a paediatric and neonatal immobilizer for ambulance transfers. *Journal of Medical*

- Engineering and Technology*, 38(4), 202–210. doi: 10.3109/03091902.2014.902515.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (2.<sup>a</sup> edição). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Borges, A. C., Costa, E., Pinto, M. L. & Costa, M. (2005). Como transporta os seus filhos?. *NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia*, 14(2), 73–79. Disponível em: [http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/768/1/Como\\_20transporta.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/768/1/Como_20transporta.pdf)
- Bull, M. J., Weber, K., Talty, J. L. & Manary, M. A. (2001, fevereiro). Crash protection for children in ambulances. *Annual proceedings/Association for the Advancement of Automotive Medicine*, 45, 353–67. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/11175487\\_Crash\\_protection\\_for\\_children\\_in\\_ambulances](https://www.researchgate.net/publication/11175487_Crash_protection_for_children_in_ambulances)
- Cabete, D. (2007, abril-junho). Construção de um portfólio de competências - Avaliação do processo e dos resultados. *Percursos*, 4, 4–22. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos\\_n4\\_Jun2007.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n4_Jun2007.pdf)
- Caldeira, N. C. R. (2012). *Queda da Criança em Contexto Hospitalar: Uma Problemática Atual* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Enfermagem), Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16144/1/Queda da Criança em Contexto Hospitalar%2C Uma Problemática Atual - Nilda Caldeira.pdf>
- Cavaco, A. M. & Várzea, D. (2010, dezembro). Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 179–186. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a09.pdf>
- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (2018). *Plano de Atividades/Investimentos e Orçamentos 2018*. Setúbal, Portugal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.. Disponível em: <http://portaisch.azurewebsites.net/chs/wp-content/uploads/sites/5/2018/06/PAO-2018.pdf>
- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (s.d.). Missão. *In Centro Hospitalar de Setúbal - MS*. Disponível em: <http://www.chs.min-saude.pt/missao/>
- Chiang, B. (2009, maio). Estimating nursing costs - A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 716–22. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.015
- Coll, C., Marchesi, Á. & Palacios, J. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação* (2.<sup>a</sup>

edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Comissão Regionais das Nações Unidas (2010). *Melhoria da segurança rodoviária global*. Nova Iorque e Genebra: Nações Unidas. Disponível em: [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/roadsafe/docs/Recommendations\\_2010p.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/roadsafe/docs/Recommendations_2010p.pdf)

Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Genebra, Suíça: Conselho Internacional de Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf)

Costa, A. M., Sá, A., Fraga, J., Dias, F. & Serafino, M. J. (2011). Prevenção de Acidentes: o que sabem os pais. *NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia*, 20(4), 244–247. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n4/v20n4a02.pdf>

Costa, D. J. R. J. da & Farinha, L. M. P. (2010). *O contributo do comportamento para a segurança rodoviária*. Barcarena, Portugal: ANSR. Disponível em: [http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/ArtigosTecnicos/Documents/O\\_contributo\\_do\\_comportamento\\_para\\_a\\_seguranca\\_rodoviaria.pdf](http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/ArtigosTecnicos/Documents/O_contributo_do_comportamento_para_a_seguranca_rodoviaria.pdf)

Costa, J. dos S. (2004, outubro). Métodos de Prestação de Cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos*, 30, 234–251. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/560>

Costa, N. S. C. S. da (2012). *Formação em Contexto Clínico: A Perspetiva do Estudante de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto (Enfermagem), Porto, Portugal. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9321/1/Tese\\_Nuno\\_Sevivas.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9321/1/Tese_Nuno_Sevivas.pdf)

Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures, Portugal: Lusociência.

Crespo, T. P. N. (2016). *A importância do Brincar para o desenvolvimento da criança* (Relatório Final de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Educação (Educação Pré-Escolar), Portalegre, Portugal. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19042/1/Relatório\\_Final\\_-\\_Teresa\\_Paula\\_Nogueira\\_Crespo.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19042/1/Relatório_Final_-_Teresa_Paula_Nogueira_Crespo.pdf)

Cruz, J. (2004). Acesso e Utilização dos Cuidados Hospitalares pela População Pediátrica- estudo hospitalar. *NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia*,

- 13(4), S371–S376. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/688/1/Acesso e Utilização.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). *Boletim - Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-n-2-do-programa-nacional-de-vacinacao-maio-2019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde - 2019-2021 - Portugal*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012a). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes - Promoção da Alta Segura - Relatório*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-relatorio-do-projeto-de-promocao-da-alta-segura-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012c). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico Final*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010a). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010b). *Orientação n.º 001/2010 - Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012010-de-16092010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010c). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2003). *A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Duarte, A. F., Gonçalves, C., Rocha, D., Cardoso, B. M., Oliveira, G. & Albuquerque, M. (2008, janeiro). Como são os Recém-nascidos transportados à saída da Maternidade. *RFML - Série III*, 13(3), 171–176. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/303933495\\_COMO\\_SAO\\_OS\\_RECEN-NASCIDOS\\_TRANSPORTADOS\\_A\\_SAIDA\\_DA\\_MATERNIDADE/download](https://www.researchgate.net/publication/303933495_COMO_SAO_OS_RECEN-NASCIDOS_TRANSPORTADOS_A_SAIDA_DA_MATERNIDADE/download)
- European Child Safety Alliance (2004). *Priorities for Child Safety in the European Union: Agenda For Action*. Amesterdão, Holanda: European Child Safety Alliance. Disponível em: <https://www.childsafetyeurope.org/publications/info/priorities-child-safety.pdf>
- Fabião, A. C. P., Magano, C. O., Jesus, M. dos A. F. & Miranda, P. M. R. (2005, setembro-outubro). Formação: contributo para a qualidade. *Servir*, 53(5), 235–247.
- Faria, S., Lomba, L., Carvalhais, M. & Apóstolo, J. (2017, janeiro-abril). Transporte de crianças em ambulâncias terrestres: segurança e conhecimentos dos profissionais. *Revista CUIDARTE*, 8(1), 1433–48. doi: 10.15649/cuidarte.v8i1.349
- Farrell, M. (1992, junho). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. doi: 10.12968/bjon.1992.1.4.175
- Fernandes, M. H. R. (2015). *Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido* (Relatório Final de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu (Enfermagem), Viseu, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3244/1/MariaHelenaRodriguesFernande>

s%20DM.pdf

- Ferreira, C. I. da S. R. A. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto (Enfermagem), Porto, Portugal. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese\\_finalCarlaRego\\_fev2015.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarlaRego_fev2015.pdf)
- Ferreira, M. M. da C. & Costa, M. da G. F. A. da (2004). Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos*, 51–58. Disponível em: [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar em parceria.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar%20em%20parceria.pdf)
- Ferreira, P. A. A. (2016, março). Governação Clínica em Cuidados Continuados Integrados. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, (18), 12–16. Disponível em: <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2016/04/Revista-Portuguesa-de-Gestao-Saude-n18.pdf>
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. A. (2010, janeiro-março). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1–38. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Fidacaro, G. A., Jones, C. W. & Drago, L. A. (2018, agosto). Pediatric Transport Practices Among Prehospital Providers. *Pediatric emergency care*, 00(00), 1–4. doi: 10.1097/PEC.0000000000001564
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lisboa: Lusodidacta.
- França, A. P. (2012). *A Consciência Bioética e o Cuidar* (1.<sup>a</sup> edição). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Freitas, A. C. (2020). *Edital - Abertura do Mestrado - Enfermagem*. Évora, Portugal: Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. Disponível em: [https://www.esesjd.uevora.pt/informacoes/noticias/\(item\)/29155](https://www.esesjd.uevora.pt/informacoes/noticias/(item)/29155)
- Freitas, F. V. de & Filho, L. A. R. (2011, janeiro-março). Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 243–55. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4510.pdf>

Freitas, M. J. B. dos S. de & Parreira, P. M. D. (2013, julho). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(Série III), 171–178. doi: 10.12707/RIII12125

Fundación MAPFRE (2019, novembro). As crianças devem estar sempre seguras durante um deslocamento: erros que são frequentemente cometidos nos diferentes meios de transporte. *In Segurança Rodoviária Infantil – Fundación MAPFRE*. Disponível em: <https://cadeirasauto.fundacionmapfre.org/infantis/noticias/criancas-devem-estar-sempre-seguras-durante-deslocamento-erros-que-sao-frequentemente-cometidos-nos-diferentes-meios-de-transporte.jsp>

Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. M. F. (2003, maio-junho). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>

Gomes, A. R. (2015). *A Segurança Rodoviária e a Fiscalização do Trânsito como Áreas Nucleares Estratégicas de Intervenção da Guarda Nacional Republicana* (Trabalho de Investigação Individual). Instituto de Estudos Superiores Militares (Estado-Maior Conjunto), Pedrouços, Portugal. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17400/1/TII\\_Maj\\_Gomes.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17400/1/TII_Maj_Gomes.pdf)

Gonçalves, T. S. M. (2015). *Dotações de Enfermagem: Impacte nos resultados em saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve – Faculdade de Economia (Enfermagem), Faro, Portugal. Disponível em: [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7869/1/Dotações de Enfermagem impacte resultados em saude.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7869/1/Dotações_de_Enfermagem_impacte_resultados_em_saude.pdf)

Gouveia, L. M. B. (1999). *Gestão de Projectos - Gestor de Projectos Informáticos*. Porto, Portugal. Disponível em: <http://homepage.ufp.pt/lmbg/textos/mgp2.pdf>

Guardiano, M., Guedes, M. B., Mateus, M., Centeno, M. J. & Guimarães, H. (2003, setembro). Transporte do recém-nascido na alta hospitalar. *Saúde Infantil*, 25(2), 21–24. Disponível em: <https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/2003%20-%202%20-%20Setembro%20-%2025/rsi-2003-setembro.pdf>

Henriques, M. A., Garcia, E. & Bacelar, M. (2011, dezembro). A perspectiva da enfermagem comunitária na Atenção Básica em Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(ESP. 2), 1786-91. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

- Herman, M. J., Abzug, J. M., Krynetskiy, E. E. & Guzzardo, L. V. (2011, junho). Motor vehicle transportation in hip spica casts: Are our patients safely restrained?. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 31(4), 465–68. doi: 10.1097/BPO.0b013e31821996b2
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D., *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.ª edição – 1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- Hohenhaus, S. M. D. (2003, abril). Emergency nurse on board: Tips on preparing for ambulance transport. *Journal of Emergency Nursing*, 29(2), 147–149. doi: 10.1067/men.2003.67
- Hospital do Espírito Santo de Évora - E.P.E. (s.d.a). O Hospital. In *Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. - MS*. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>
- Hospital do Espírito Santo de Évora - E.P.E. (s.d.b). Neonatologia. In *Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. - MS*. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>
- Hospital do Espírito Santo de Évora - E.P.E. (s.d.c). Pediatria. In *Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. - MS*. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>
- Hospital do Espírito Santo de Évora - E.P.E. (s.d.d). Consultas Externas. In *Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. - MS*. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/2020/01/07/consultas-externas-3/>
- Instituto de Apoio à Criança (2013, julho-agosto). Sobre Educação Rodoviária. *infoCEDi*, 47, 2. Disponível em: <https://ciecum.files.wordpress.com/2013/09/infocedi-47.pdf>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2003). *Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas*. Brasília, Brasil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: [http://files-server.antp.org.br/\\_5dotSystem/download/dcmDocument/2013/04/27/2F53A25B-BC5F-4AA3-817E-ACF6E3F7AD0C.pdf](http://files-server.antp.org.br/_5dotSystem/download/dcmDocument/2013/04/27/2F53A25B-BC5F-4AA3-817E-ACF6E3F7AD0C.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020, janeiro). Consultas médicas (N.º) nos centros de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Especialidade da consulta; Anual.

- In* *INE*. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008207&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008207&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019a, abril). Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013) e Sexo; Anual. *In* *INE*. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008234&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008234&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019b, novembro). Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Idade; Anual. *In* *INE*. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008180&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008180&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019c, junho). Taxa bruta de natalidade (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual. *In* *INE*. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008264&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008264&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019d, abril). Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Natureza do parto da mãe, Ordem de nascimento e Escalão de peso à nascença; Anual. *In* *INE*. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008089&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008089&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014, dezembro). Consultas médicas nas consultas externas (N.º) dos hospitais oficiais públicos por Localização geográfica (NUTS - 2001) e Especialidade da consulta; Anual. *In* *INE*. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0007432&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007432&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2)
- Johnson, T. D., Lindholm, D. & Dowd, M. D. (2006, agosto). Child and Provider Restraints in Ambulances: Knowledge, Opinions, and Behaviors of Emergency Medical Services Providers. *Academic Emergency Medicine*, 13(8), 886–892. doi: 10.1197/j.aem.2006.03.562
- Junior, J. C. R., Rebouças, C. B. A., Castro, R. C. M. B., Oliveira, P. M. P., Almeida, P. C. & Pagliuca, L. M. F. (2017, julho). Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(2), 1–11. doi: 10.1590/0104-07072017006760015

- Kelly-Santos, A. & Rozemberg, B. (2006, maio). Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 975–985. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/10.pdf>
- Kempley, S. T., Ratnavel, N. & Fellows, T. (2009, agosto). Vehicles and equipment for land-based neonatal transport. *Early Human Development*, 85(8), 491–495. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2009.05.004
- Kim, S. H., Park, S. W., Lee, Y. K., Ko, S. Y. & Shin, S. M. (2018, agosto). Use of child safety seats during transportation of newborns. *Korean Journal of Pediatrics*, 61(8), 253–257. doi: 10.3345/kjp.2018.61.8.253
- Kubota, N., Oshiro, J. H., Balduino, M. A. & Faria Z. de (1980). Avaliação de Material Educativo: Adequação de quatro volantes sobre alimentação da criança de 0 a 12 meses de idade. *Revista de Saúde Pública*, 14, 101–22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v14n1/09.pdf>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais* (3.<sup>a</sup> edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1811207/mod\\_resource/content/1/Aula\\_2\\_-\\_Desenvolvendo\\_Competência\\_-\\_Cap.\\_1%2C\\_2\\_e\\_3\\_-\\_LE\\_BOTERF%2C\\_2003.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1811207/mod_resource/content/1/Aula_2_-_Desenvolvendo_Competência_-_Cap._1%2C_2_e_3_-_LE_BOTERF%2C_2003.pdf)
- Lee, Y. Y., Fang, E., Weng, Y. & Ganapathy, S. (2018, abril). Road traffic accidents in children: the “what”, “how” and “why”. *Singapore Medical Journal*, 59(4), 210–216. doi: 10.11622/smedj.2017114
- Levick, N. & Grzebieta, R. (2007, junho). Development of Proposed Crash Test Procedures for Ambulance Vehicles. In *20th International Technical Conference on the Enhanced Safety of Vehicles (ESV)* (pp. 1-9). Lyon, França. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b52c/dd077e6fb6d5301bea915871695a42f8b805.pdf>
- Levick, N., Li, G. & Yannaccone, J. R. (2001, junho). Development of a dynamic testing procedure to assess crashworthiness of the rear patient compartment of ambulance vehicles. In *17th International Technical Conference on the Enhanced Safety of Vehicles (ESV) Conference* (pp. 1–8). Amesterdão, Holanda. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/228556683\\_Development\\_of\\_a\\_dynamic\\_testing\\_procedure\\_to\\_assess\\_crashworthiness\\_of\\_the\\_rear\\_patient\\_compartment\\_of\\_ambulance\\_vehicles](https://www.researchgate.net/publication/228556683_Development_of_a_dynamic_testing_procedure_to_assess_crashworthiness_of_the_rear_patient_compartment_of_ambulance_vehicles)

- Levick, N. R. & Swanson, J. (2005, setembro). An optimal solution for enhancing ambulance safety: Implementing a driver performance feedback and monitoring device in ground emergency medical service vehicles. *In 49th Annual Proceedings - Association for the Advancement of Automotive Medicine* (pp. 35–50). Boston, Estados Unidos da América. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16179138>
- Lopes, P. J. O. (2014). *A Metodologia de Trabalho de Projeto como estratégia para a melhoria do desempenho escolar dos alunos do ensino profissional* (Relatório de Mestrado). Universidade de Lisboa (Ensino da Economia e Contabilidade), Lisboa, Portugal. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17856/1/ulfpie047117\\_tm\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17856/1/ulfpie047117_tm_tese.pdf)
- Marconi, M. de A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5.<sup>a</sup> edição). São Paulo, Brasil: Atlas. Disponível em: [http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy\\_of\\_historia-i/historia-ii/china-e-india/view](http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view)
- Martins, S., Gouveia, R., Sandes, A. R., Correia, S., Nascimento, C., Figueira, J., ... Silva, L. J. (2007, novembro-dezembro). Transporte automóvel de lactentes e crianças. Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(6), 246–9. Disponível em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20090424180056\\_Art\\_Orig\\_Martins\\_S\\_38\(6\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20090424180056_Art_Orig_Martins_S_38(6).pdf)
- Marujo, A., Moleiro, P. & Faria, D. (2003, setembro). Transporte de crianças em automóvel: o que fazem os nossos pais. *Saúde Infantil*, 25(2), 25–37. Disponível em: <https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/2003 - 2 - Setembro - 25/rsi-2003-setembro.pdf>
- Mata, C. (2002). *Gestão de Projectos - Uma abordagem metodológica*. Instituto Superior Técnico, Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/marianaramosmim23/cpia-de-gesto-de-projectos>
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7–18. doi: 10.1590/S1413-81232000000100002
- Ministério da Administração Interna (2005). Portaria n.º 311-A/2005 de 24 de Março. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série-B, 2.º suplemento, n.º 59, 2614-(7)-2614-(9). Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/383015/details/maximized>

- Ministério da Administração Interna (2003). *Plano Nacional de Prevenção Rodoviária*. Lisboa, Portugal: Ministério da Administração Interna. Disponível em: <http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/PlanosdeSegurancaRodoviaria/Documents/Plano Nacional de Prevenção Rodoviária.pdf>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157, 4147–4182. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 60, 2242–2257. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/671387>
- Ministério da Saúde [MS] (2020, março). Distribuição das Inscrições nos CSP. *In Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4071000/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde [MS] (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149, 4069–4071. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>
- Ministério da Saúde [MS] (2013). Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 193, 6050–6061. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/500071>
- Ministério da Saúde [MS] (2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Lisboa, Portugal: MS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados-pdf.aspx>
- Ministério da Saúde [MS] (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 38, 1182–1189. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>
- Ministérios da Administração Interna e da Saúde (2014). Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 241, 6084-6095. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/64797504>
- Ministérios da Administração Interna e da Saúde (2001). Portaria 1147/2001 de 28 de Setembro. *Diário da República*, 1.ª série-B, n.º 226, 6170-6175. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/614364/details/maximized>

- Mohan, D. & Tiwari, G. (2000). *Injury Prevention and Control* (1.<sup>a</sup> edição). Londres, Reino Unido. doi: 10.1201/9781482268348
- Moita, H. C. A. N. (2015). *Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar - Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro* (Relatório de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém (Enfermagem), Santarém, Portugal. Disponível em: [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1485/1/Relatorio\\_estagio\\_II\\_mestrado.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1485/1/Relatorio_estagio_II_mestrado.pdf)
- Morgado, T. M. M., Seabra, S. R., Ferreira, F. M. B., Mendes, A. T., Mateus, F. F., Pereira, F. M. R. & Morais, M. E. (2014, junho). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, (20), 113–129. Disponível em: [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1756/1/tomada de decisao etico-deontologica\\_2014.pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1756/1/tomada_de_decisao_etico-deontologica_2014.pdf)
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. C., Silva, C. M. B. & Menezes, R. M. P. (2017, maio-junho). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. doi: 10.1590/1982-0194201700043
- Mortágua, A. A. P. (2010). *A Percepção da Qualidade de Vida da Criança/Adolescente em Contexto de Acolhimento Temporário* (Tese de Mestrado Integrado). Universidade do Minho – Escola de Psicologia (Psicologia da Justiça), Braga, Portugal. Disponível em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18631/1/A Percepção da Qualidade de Vida da Criança - Adolescente em.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18631/1/A_Percepção_da_Qualidade_de_Vida_da_Criança_-_Adolescente_em.pdf)
- Nascimento, S. (2008, maio). *Acidentes Rodoviários com crianças e jovens: evolução e impacto das estratégias implementadas*. Lisboa, Portugal: APSI. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/>
- National Highway Traffic Safety Administration [NHTSA] (2010). *Recommendations for the Safe Transportation of Children in Ground Ambulances*. Washington, Estados Unidos da América: NHTSA. Disponível em: <https://www.nh.gov/safety/divisions/fstems/ems/training/documents/childtransport.pdf>
- Nunes, L. (2019). *Relatório* (Material apresentado na Unidade Curricular Relatório, Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Ano letivo 2019-2020). Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.

- O'Neil, J., Steele, G. K., Weinstein, E., Collins, R., Talty, J. & Bull, M. J. (2014, janeiro). Ambulance Transport of Noncritical Children: Emergency Medical Service Providers' Knowledge, Opinions, and Practice. *Clinical Pediatrics*, 53(3), 250–255. doi: 10.1177/0009922813517168
- Öberg, M., Vicente, V. & Wahlberg, A. C. (2015, abril). The Emergency Medical Service personnel's perception of the transportation of young children. *International Emergency Nursing*, 23(2), 133–137. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.192
- Oliveira, S. R. L. de, Leone, C., Carvalho, M. D. de B., Santana, R. G., Lüders, L. E. & Oliveira, F. C. (2012, julho). Child safety seat usage errors in under-4s. *Jornal de Pediatria*, 88(4), 297–302. doi: 10.2223/JPED.2189
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744–4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 133, 19192–19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria, Portugal: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança* (série I, n.º 6). Lisboa, Portugal: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (série I, Volume I, n.º 3). Lisboa, Portugal: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudei](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudei)

nfantil\_pediatria\_volume1.pdf

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: [https://spci.pt/files/2016/03/9764\\_miolo1.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf)

Organização das Nações Unidas (1959). Declaração dos Direitos da Criança. *Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas*, n.º 1386, 14. Disponível em: [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs\\_referencia/declaracao\\_universal\\_direitos\\_crianca.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf)

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2018, dezembro). 10 facts on global road safety. *In World Health Organization*. Disponível em: <http://origin.who.int/features/factfiles/roadsafety/en/>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2016). *Paediatric emergency triage, assessment and treatment - Care of critically ill children*. Genebra, Suíça: World Health Organization. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204463/9789241510219\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204463/9789241510219_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2011, março). Child injury prevention. *64.ª Assembleia Mundial da Saúde*, Genebra, Suíça. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_23-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_23-en.pdf)

Paim, A. S., Iaphe, N. T. & Rocha, D. L. B. (2015, janeiro). Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. *Enfermería Global*, 37, 153–169. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt\\_docencia2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_docencia2.pdf)

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8.ª edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7.ª edição). Boston, Estados Unidos da América: Pearson.

Pereira, É. F., Teixeira, C. S. & Santos, A. dos (2012, abril-junho). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241–50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista*

- Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 677–87. Disponível em: [http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1584/1/Rev Port Clin Geral 2009\\_25\\_677.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1584/1/Rev Port Clin Geral 2009_25_677.pdf)
- Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P. & Rabelo, E. R. (2009, maio-junho). Processo de Enfermagem: Da Literatura à Prática. O quê de fato nós estamos fazendo?. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17(3), p. s.p.. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04.pdf)
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3.<sup>a</sup> edição). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- PORDATA (2020a, abril). Número de veículos ligeiros de passageiros por mil habitantes. *In PORDATA*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Número+de+veículos+ligeiros+de+passageiros+por+mil+habitantes-3078>
- PORDATA (2020b, fevereiro). População residente, estimativas a 31 de Dezembro. *In PORDATA*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro-120>
- PORDATA (2015, junho). Famílias clássicas segundo os Censos: total e por número de indivíduos. *In PORDATA*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Famílias+clássicas+segundo+os+Censos+total+e+por+número+de+indivíduos-33>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. M. (2013). *Fundamentos de Enfermagem* (8.<sup>a</sup> edição). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Ramalho, R. (2010, setembro). Os desafios do Trânsito do Século XXI e Mudança de Comportamento. *FENASDETRAN*, 11, 1–15. Disponível em: <http://peetransito.com/wp-content/uploads/2017/03/Os-Desafios-do-Transito-do-Seculo-XXI-e-Mudanca-de-Comportamento.pdf>
- Ramos, S. (2007, outubro). *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projecto*. Tecnologias da Informação e Comunicação. Aveiro, Portugal. Disponível em: [http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais\\_do\\_Moodle/TIC-Metodologia-Projecto\\_1\\_.pdf](http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia-Projecto_1_.pdf)
- Rebelo, C. T. (2018, maio). Transporte de crianças no automóvel. *In metis*. Disponível em: [http://metis.med.up.pt/index.php/Transporte\\_de\\_crian%C3%A7as\\_no\\_autom%C3%B3vel](http://metis.med.up.pt/index.php/Transporte_de_crian%C3%A7as_no_autom%C3%B3vel)

- Ribeiro, A., Barros, M. Pereira, I. A., Lírio, C., Pais, I. P. & Couto, M. L. (2019, maio-junho). Conhecimentos e práticas parentais sobre medidas preventivas de acidentes domésticos e de viação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 35(3), 186–195. doi: 10.32385/rpmgf.v35i3.12286
- Ribeiro, M. C., Silva, M. J., Rocha, F., Carvalho, F. & Fonseca, P. (2006). A Primeira Viagem: Transportar com Segurança!. *NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia*, 15(4), 216–218. Disponível em: <http://doczz.com.br/doc/715492/4-vol-xv-2006---revista-nascer-e-crescer>
- Rodrigues, S. V. (2011). *Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e Validação da Escala de Jefferson* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde (Enfermagem), Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%c3%b3rio...pdf>
- Roque, A., Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica* (1.ª edição). Lisboa, Portugal: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Disponível em: <https://cembe.org/avc/docs/Manual de NOCs CEMBE 2007.pdf>
- Rosas, P. I. P. (2012). *Educação rodoviária e infrações ao código da estrada* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro – Departamento de Educação (Ciências da Educação), Aveiro, Portugal. Disponível em: [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10170/1/tese\\_paula\\_rosas.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10170/1/tese_paula_rosas.pdf)
- Rozemberg, B., Silva, A. P. P. da & Vasconcellos-Silva, P. R. (2002, novembro-dezembro). Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1685–1694. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600023
- Rua, M. dos S. (2009). *De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico* (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro – Secção Autónoma de Ciências da Saúde (Ciências da Saúde), Aveiro., Portugal. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/8922/1/2010000418.pdf>
- Sampaio, J. F. & Costa, M. F. (2017, julho-dezembro). Métodos para o tratamento da dor em crianças com câncer. *Alumni- Revista Discente da UNIABEU*, 5(10), 4–13. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2451/2112>
- Sampedro, P. D., Hernández, S. S., Lucas, R. J. & Tascón, M. V. (2016, maio). Formación y

- seguridad en transporte pediátrico. *Revista Española de Pediatría*, 72(Supl. 1), 9–12. Disponível em: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2016/REP%2072-Supl%201.pdf>
- Sandes, A. R. & Levy, L. (2004). Segurança no Transporte de Crianças em Automóvel - Uma Longa Estrada a Percorrer. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35(5/6), 435–439. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1e39/94a1f53fd781cede9e29fa5d02aae7e727f0.pdf>
- Santos, A. O. (2011, março). NIDCAP®: Uma Filosofia de cuidados.... *NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia*, 20(1), 26–31. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>
- Santos, I. & Sá, E. (2010). Estratégias de governação clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 606–12. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/viewFile/10803/10539>
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. da C. (2004, março-abril). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580–588. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200027
- Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho* (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Aveiro – Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa (Didáctica), Aveiro, Portugal. Disponível em: [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese PHD\\_T\\_Serrano.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf).
- Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C. da & Costa, N. M. V. N. da (2011, março). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3.<sup>a</sup> série(3), 15–23. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn3/serlIn3a02.pdf>
- Silva, D. I. da, Chiesa, A. M., Veríssimo, M. de L. Ó R. & Mazza, V. A. (2013, dezembro). Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6), 1397–402. doi: 10.1590/s0080-623420130000600021
- Silva, N. C. B. da, Nunes, C. C., Betti, M. C. M. & Rios, K. de S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), 215–229. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v16n2/v16n2a06.pdf>
- Silva, S. P. da, Sampaio, J., Silva, C. T. da & Braga, R. (2017, dezembro). Segurança infantil

- dos 1 aos 5 anos-o que sabem os cuidadores?. *NASCER E CRESCER - Birth and Growth Medical Journal*, 26(4), 221–226. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v26n4/v26n4a03.pdf>
- Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N. & Peres, S. (2011, setembro). Educação para a saúde, um aliado para a mudança de comportamentos!. *Açoriano Oriental*, p. 20. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3889/25set2011.pdf>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4.ª edição). Lisboa, Portugal: Lusociência.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1996). What quality of life?. *World Health Forum*, 17(4), 354–356. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/54358/WHF\\_1996\\_17%284%29\\_p354-356.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/54358/WHF_1996_17%284%29_p354-356.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Tingvall, C. (1987, outubro). Children in cars. Some aspects of the safety of children as car passengers in road traffic accidents. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 76, Supplement 339, 1–35. doi: 10.1111/j.1651-2227.1987.tb10586.x
- Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a formação em serviço* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Enfermagem), Coimbra, Portugal.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- UNICEF (1979). *Cuidados Primários de Saúde*. Brasília, Brasil: OMS e UNICEF. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Victor, J. F., Lopes, M. V. de O. & Ximenes, L. B. (2005, julho-setembro). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-40. doi: 10.1590/S0103-21002005000300002
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (2.ª edição). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Waksman, R. D. & Pirito, R. M. B. K. (2005, novembro). O pediatra e a segurança no trânsito. *Jornal de Pediatria*, 81(5), S181–S188. doi: 10.1590/S0021-75572005000700008
- Wilson, P. (2007, outubro). Fasten their seatbelts: legal restraint of children in car seats and

road ambulances. *Paediatric nursing*, 19(7), 14–8. doi: 10.7748/paed2007.09.19.7.14.c4451

Woods, R. H., Shah, M., Doughty, C. & Gilcrest, A. (2017, outubro). Barriers to Implementation of Recommendations for Transport of Children in Ground Ambulances. *Pediatric Emergency Care*, 0(0). 1-5 doi: 10.1097/PEC.0000000000001280

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – Declaração de Consentimento informado, esclarecido e livre

**Consentimento informado, esclarecido e livre para participação no projeto ‘Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança’ nos termos da norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde atualizada a 04/11/2015**

### Parte declarativa da Investigadora

“Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.”

Ana Raquel Seco Rocha, portadora da cédula profissional da OE n.º 85333

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### Ao Participante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

### Parte declarativa do Participante

“Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (**riscar o que não interessa**) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.”

Nome: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.**

## APÊNDICE 2 – Questionário de diagnóstico de situação aplicado aos enfermeiros

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### Questionário

No âmbito do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pretendemos desenvolver um projeto integrado na linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de Vida’, subordinado à temática da Prevenção de Acidentes Rodoviários no transporte de crianças/jovens em automóveis, intitulado ‘Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança’ que tem como objetivo geral: Contribuir para a segurança das crianças/jovens até aos 12 anos, no que respeita ao transporte automóvel.

Em Portugal, os acidentes rodoviários que envolvem crianças e jovens são uma realidade preocupante na sociedade atual representando elevadas taxas de mortalidade e morbilidade nesta faixa etária. Existem normas e recomendações que suportam medidas de segurança no transporte de crianças e jovens nomeadamente no que diz respeito à utilização de sistemas de retenção possibilitando a diminuição destas taxas (Rebelo, 2018). Contudo, aquilo que a literatura atual também demonstra é que o maior desafio que se coloca neste problema é a insuficiente sensibilização e formação dos pais/cuidadores no que respeita à correta utilização de medidas de segurança no transporte de crianças/jovens (Fernandes, 2015). Assim, as evidências apontam para, apesar das recomendações existentes, uma diferença substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado e o que se aplica na prática. Sendo esta uma área problemática com clara necessidade de intervenção atual, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] encontra aqui um importante campo de ação, como elemento-chave na segurança infantil (Faria, Lomba, Carvalhais & Apóstolo, 2017).

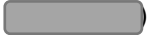
Neste sentido e com o intuito de proceder à efetivação do projeto supramencionado convidamo-lo a participar neste projeto através da colaboração no preenchimento do presente questionário que nos vai permitir identificar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente à problemática dos acidentes rodoviários decorrentes do transporte de recém-nascidos/crianças/jovens em ambulâncias, assim como averiguar quais as suas práticas no que respeita à seguranças dos recém-nascidos/crianças/jovens aquando o seu transporte nestes veículos. Desta forma será possível avaliar a necessidade de atuação e definir estratégias para capacitação dos enfermeiros no sentido da segurança no transporte de recém-nascidos/crianças/jovens em ambulâncias favorecendo a criação de um ambiente seguro e a consequente diminuição de acidentes e/ou lesões decorrentes dos mesmos.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões que lhe são apresentadas. O questionário encontra-se estruturado em duas partes e o tempo médio de preenchimento do mesmo tem uma duração estimada de 2/3 minutos.

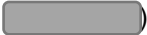
Os questionários serão guardados à chave na residência da investigadora principal, e os dados recolhidos serão guardados em computador, da própria investigadora, com acesso através de chave. Os dados recolhidos serão divulgados de forma agregada, estando salvaguardado o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Um mês após a defesa pública do relatório final de Mestrado os dados recolhidos serão destruídos.

Os eventuais custos deste projeto serão suportados pela investigadora principal e poderão ser financiados por entidades/organizações públicas nacionais.

Agradecemos desde já a sua colaboração e conseqüente participação no projeto e disponibilizamo-nos para quaisquer esclarecimentos adicionais que possam ser necessários e divulgação dos dados obtidos através do Relatório Final bem como em eventos científicos.

Ana Rocha, Enfermeira e estudante do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação -  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Contacto: )

---

Ana Lúcia Ramos, Professora Doutora Orientadora (Contacto: )

---

**Como transporta o recém-nascido/criança/jovem na ambulância?**

**Parte I. Caracterização do enfermeiro(a)**

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

**1. Idade:**

- 21-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos
- > 60 anos

**2. Habilitações Literárias:**

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Licenciatura em Enfermagem  em: \_\_\_\_\_
- Pós-Graduação  em: \_\_\_\_\_
- Mestrado  em: \_\_\_\_\_
- Doutoramento  em: \_\_\_\_\_

**3. Anos de experiência profissional neste serviço?**

- 0 a 4 anos
- 5 a 9 anos
- 10 a 14 anos
- 15 a 19 anos
- > 20 anos

## Parte II. Transporte do recém-nascido/criança/jovem

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

### 1. Onde transporta uma criança com peso inferior a 13kg?

- No colo
- Na alcofa
- 'Ovinho'
- Cadeira de segurança
- Banco elevatório com cinto
- Banco elevatório sem cinto
- Sentado diretamente na maca com cinto
- Sentado diretamente na maca sem cinto

### 2. Como coloca na ambulância a cadeira de segurança da criança (Grupos 0+/I) com idade inferior a 18meses?

- Virada para a frente
- Virada para a retaguarda

### 3. Como coloca na ambulância a cadeira de segurança da criança (Grupos I/II/III) com idade superior a 18meses?

- Virada para a frente
- Virada para a retaguarda

### 4. Se transportou a criança/jovem num banco elevatório com cinto de segurança, como colocou o cinto? (Pode seleccionar mais do que uma resposta)

- Debaixo dos braços
- Ombro-braço
- Sobre a barriga
- Abaixo da barriga

### 5. Com que frequência utiliza o sistema de retenção no transporte de recém-nascidos/crianças/jovens?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

**6. Coloca o recém-nascido/criança/jovem no sistema de retenção mesmo para curtas distâncias?**

Sim  Não

**7. Já teve algum acidente rodoviário enquanto transportava um recém-nascido/criança/jovem?**

Sim  Não

**8. Esse acidente teve alguma repercussão no recém-nascido/criança/jovem que transportava?**

Sim  Não

**9. Alguma vez lhe explicaram como deveria transportar o recém-nascido/criança/jovem na ambulância?**

Sim  Não

**10. Quem lhe forneceu essa informação? (Pode selecionar mais do que uma resposta)**

Durante a licenciatura

Formação em serviço

Formação externa ao serviço

Através dos meios de comunicação social

Amigos/familiares

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**11. Conhece alguma campanha/projeto de prevenção de acidentes rodoviários?**

Sim  Não

**12. Considera suficientes as campanhas efetuadas sobre as medidas de segurança no transporte de recém-nascidos/crianças/jovens em automóveis?**

Sim  Não

**13. Conhece a legislação em vigor relativa ao transporte de crianças/jovens no automóvel?**

Sim  Não

**Obrigada pela colaboração!**

**Questionário elaborado com base nas informações presentes em:**

- Faria, S., Lomba, L., Carvalhais, M., & Apóstolo, J. (2017). Transporte de Crianças em Ambulâncias Terrestres: Segurança e Conhecimentos dos Profissionais. *Rev Cuid*, 8(1), 143348
  
- Fernandes, M. H. (2015). Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido (Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.
  
- Rebelo, C. T. (23 de maio de 2018). Transporte de crianças no automóvel. *In metis*. Disponível em: [http://metis.med.up.pt/index.php/Transporte\\_de\\_crianças\\_no\\_automóvel](http://metis.med.up.pt/index.php/Transporte_de_crianças_no_automóvel)

### APÊNDICE 3 – Síntese dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem

No que diz respeito à primeira questão sobre o transporte de crianças com peso inferior a 13 kg, 88,5% dos enfermeiros sabe transportá-las corretamente utilizando o SRC do grupo 0+/I [figura 2].

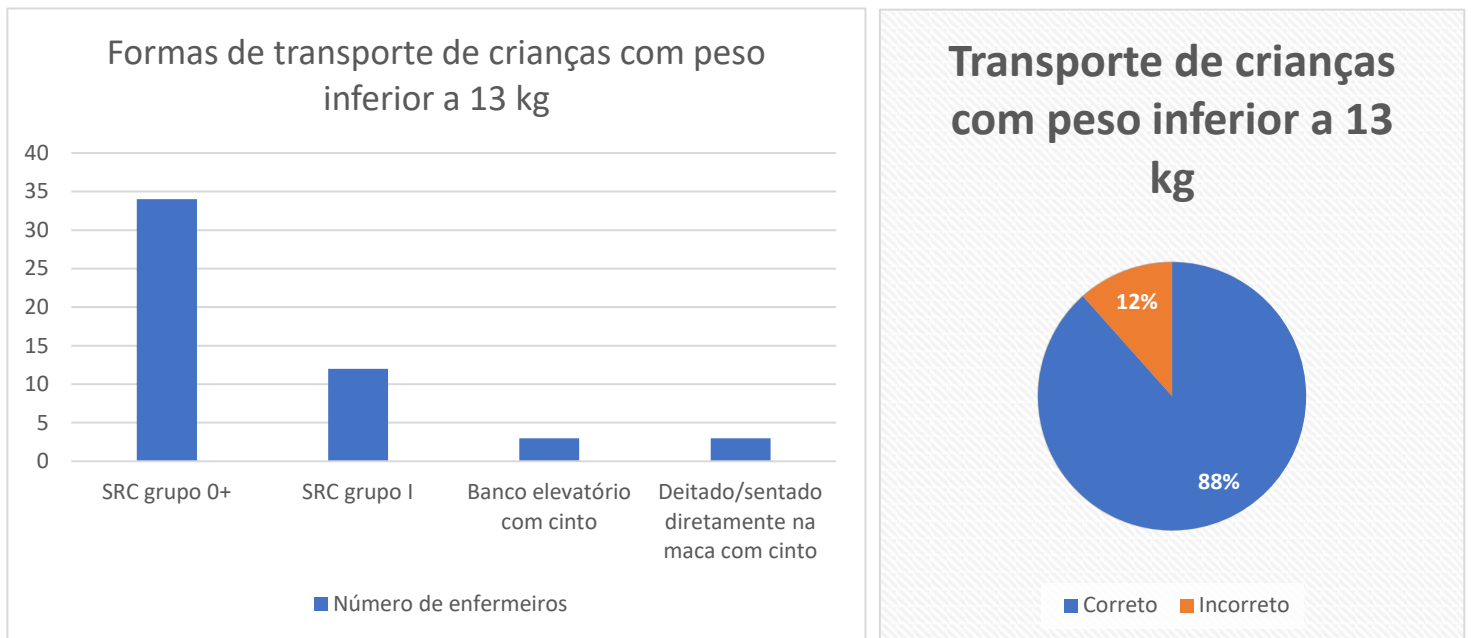


Figura 2 – Formas de transporte de crianças com peso inferior a 13 kg.  
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

Quanto à posição do SRC do grupo 0+/I, em crianças com idade inferior a 18 meses, 86,5% dos enfermeiros refere transportá-las corretamente colocando o SRC virado para a retaguarda do veículo [figura 3].

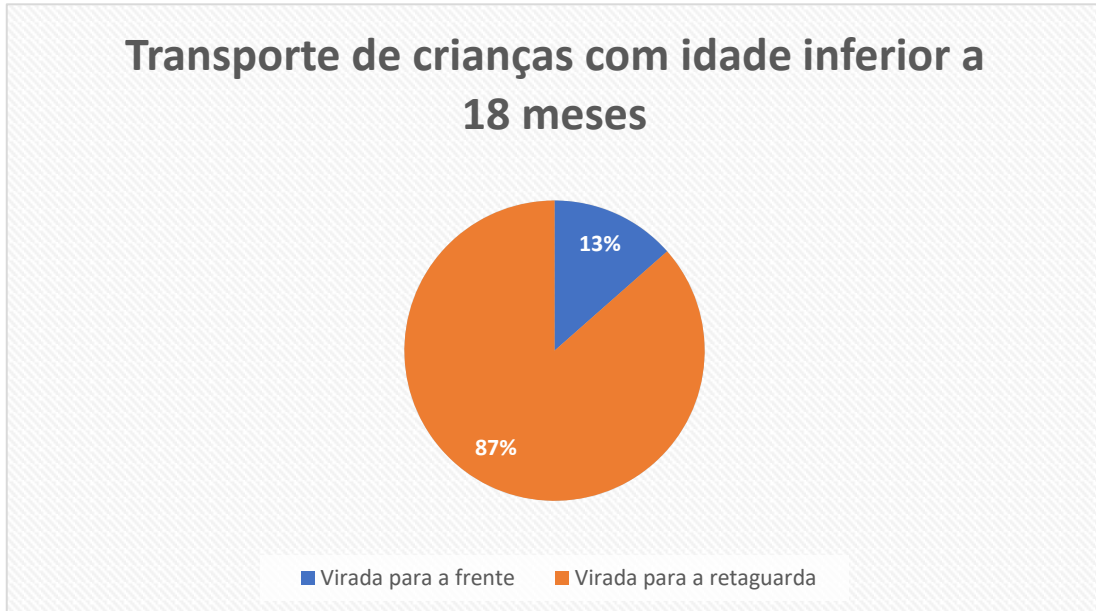


Figura 3 – Formas de transporte de crianças com idade inferior a 18 meses.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

Já no que respeita ao transporte de crianças em SRC do grupo I/II com idade superior a 18 meses, 44,2% dos enfermeiros refere transportá-las em SRC virado para a frente do veículo e 55,8% virado para a retaguarda do veículo [figura 4].

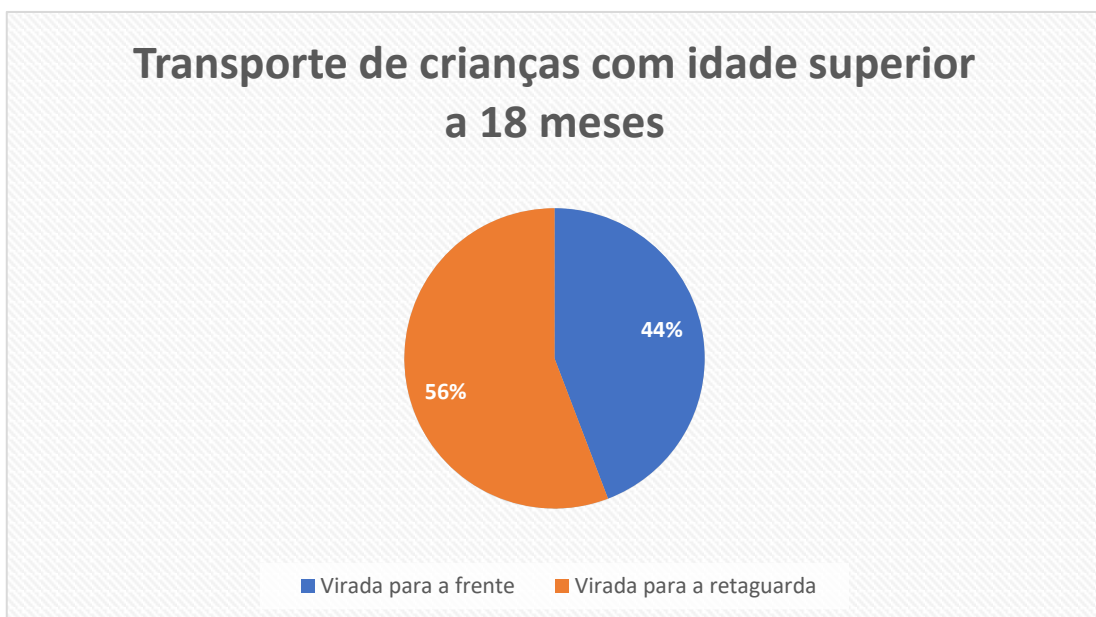


Figura 4 – Formas de transporte de crianças com idade superior a 18 meses.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

Relativamente à colocação do cinto de segurança do veículo em crianças transportadas sentadas no banco elevatório, 34,6% dos enfermeiros refere saber a forma correta de colocação. É de salientar que 46,2% não sabe colocar corretamente o cinto de segurança do veículo nestas situações de transporte, sendo o erro mais frequente a colocação da faixa horizontal do cinto sobre a barriga da criança. De referir ainda que 19,2% dos enfermeiros inquiridos nunca transportou crianças desta forma não sendo possível aferir os seus conhecimentos neste aspeto [figura 5].

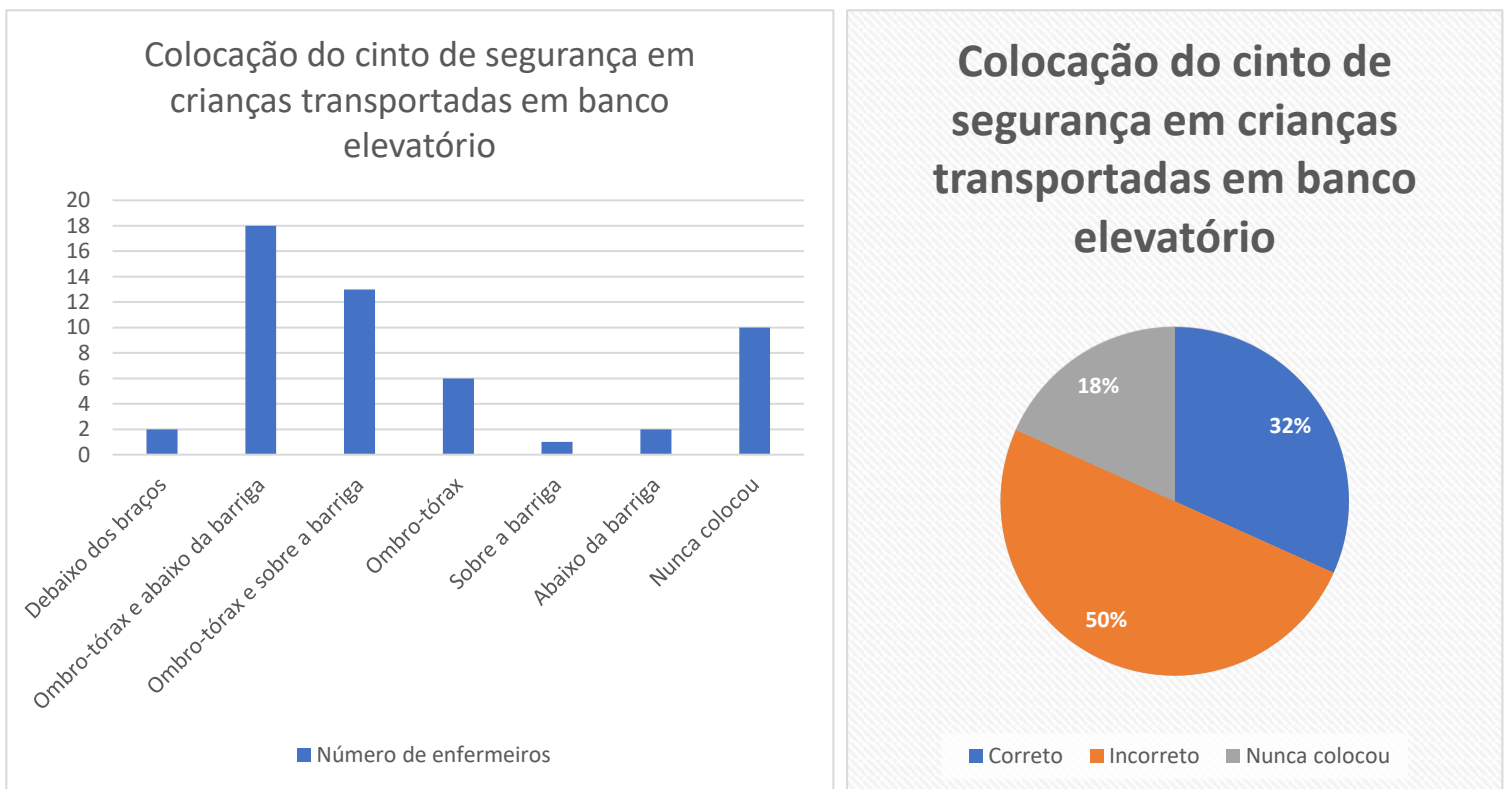


Figura 5 – Formas de colocação do cinto de segurança em crianças transportadas em banco elevatório. Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

Analisadas a quinta e sexta questões, verifica-se 76,9% dos enfermeiros refere utilizar sempre os SRC no transporte mesmo em percursos de curtas distâncias. Importa referir que 17,2% nem sempre os utiliza e 5,8% nunca os utiliza [figura 6].

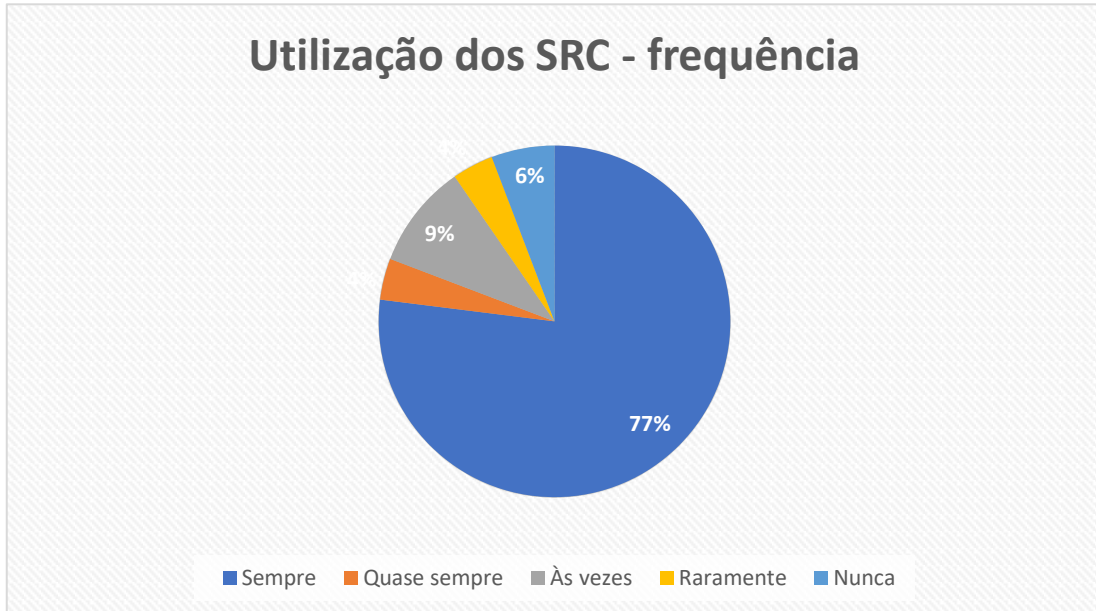


Figura 6 – Frequência da utilização dos SRC no transporte de crianças/jovens em ambulâncias. Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

Na sétima e oitava questões, concluiu-se que 94,2% dos enfermeiros nunca teve um acidente rodoviário enquanto transportava uma criança/jovem em ambulâncias [figura 7]. Dos enfermeiros que relataram já ter sofrido um acidente rodoviário nestas circunstâncias todos referiram que o acidente não teve repercussões na criança/jovem transportada.

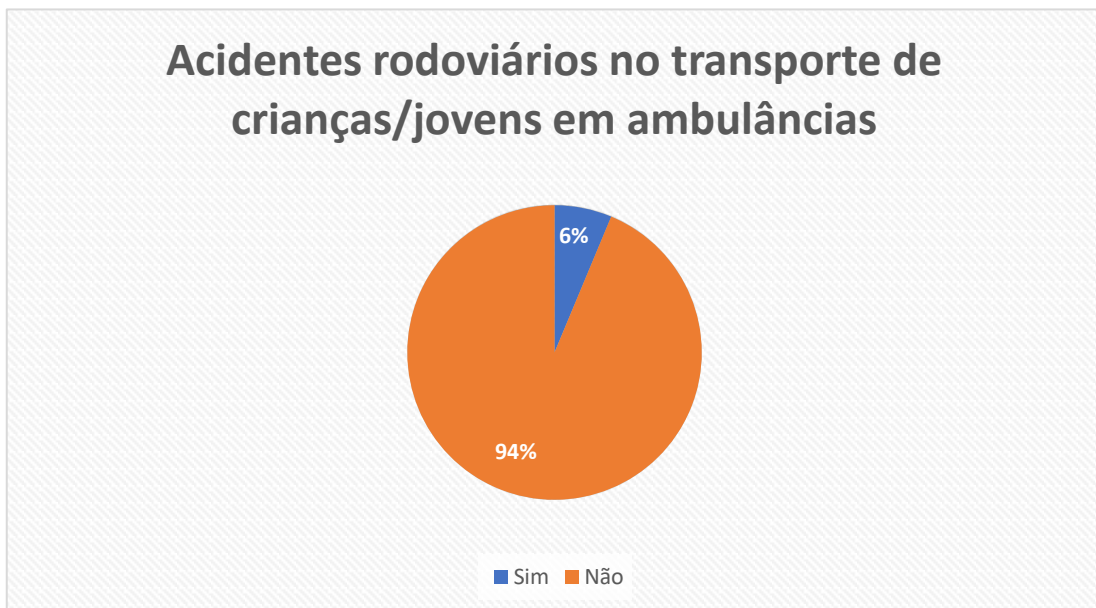


Figura 7 – Ocorrência de acidentes rodoviários no transporte de crianças/jovens em ambulâncias. Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

Em relação à forma de transporte das crianças, 30,8% dos enfermeiros refere nunca lhes ter sido explicado como se efetua o transporte de crianças em segurança em ambulâncias [figura 8].

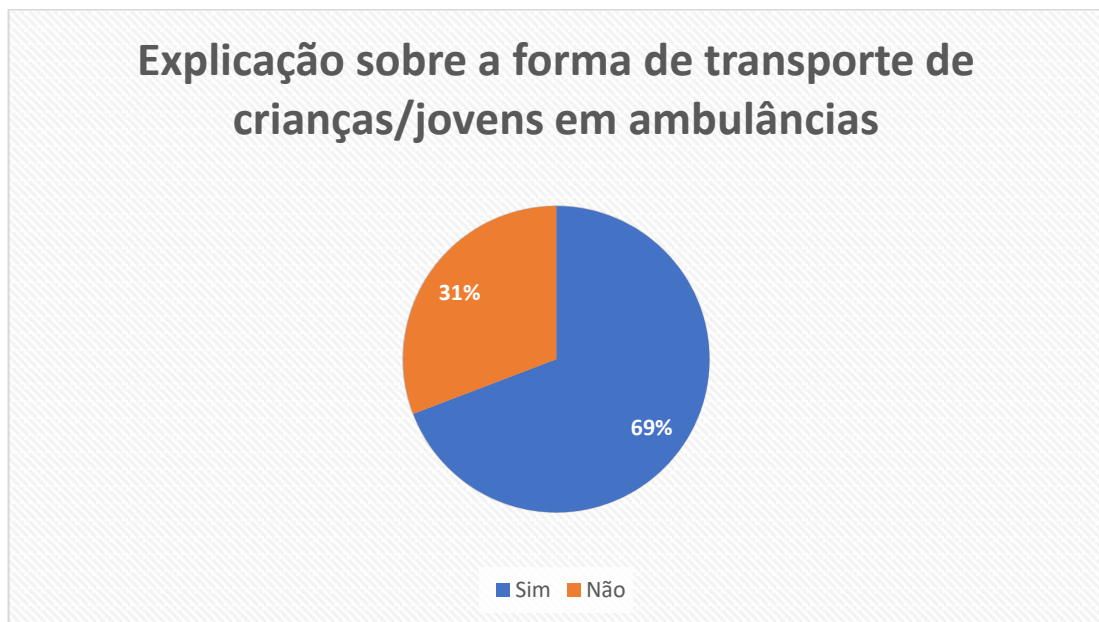


Figura 8 – Explicação sobre a forma de transporte de crianças/jovens em ambulâncias.  
Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

Dos 69,2% dos enfermeiros que refere já lhe ter sido explicado como deveriam transportá-las em ambulâncias, quanto à fonte através da qual foi obtida essa informação, os amigos/familiares são os mais enumerados, seguindo-se a formação ao nível académico e em contexto profissional [figura 9].

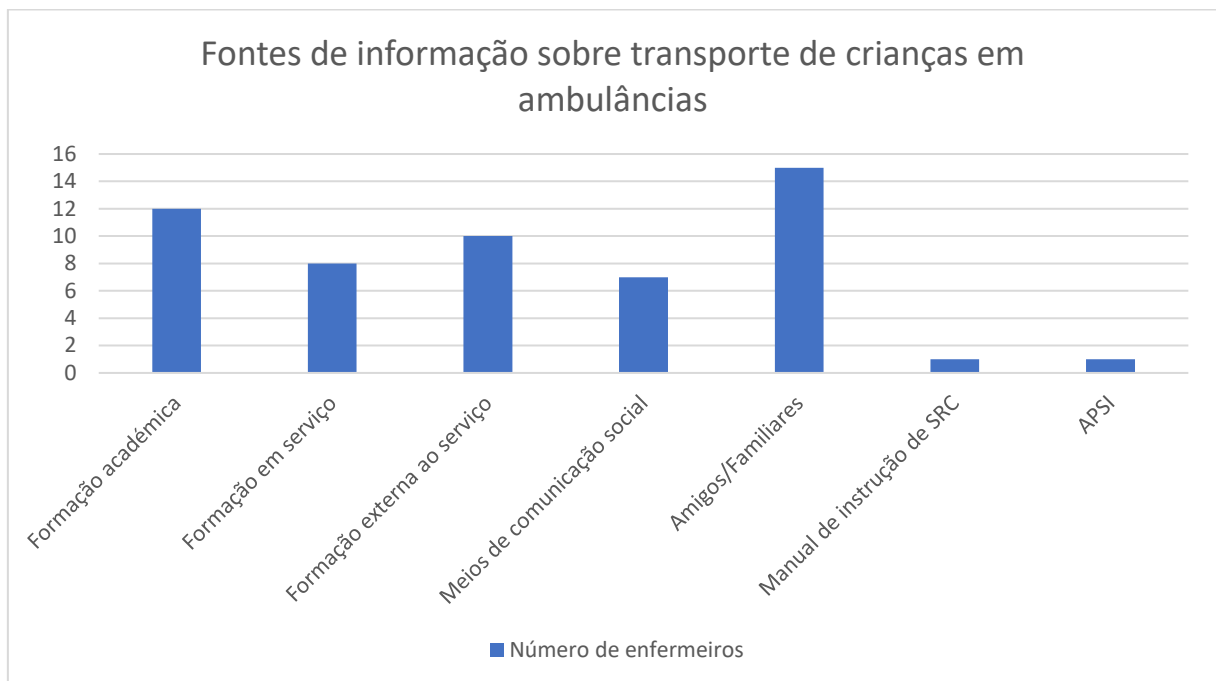


Figura 9 – Fontes através das quais os enfermeiros adquiriram informação sobre o transporte de crianças em ambulâncias.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

É de salientar que 75% dos enfermeiros refere conhecer campanhas/projetos de prevenção de acidentes rodoviários, mas 85,4% considera insuficientes as campanhas efetuadas sobre as medidas de segurança no transporte de crianças em automóveis [figura 10].

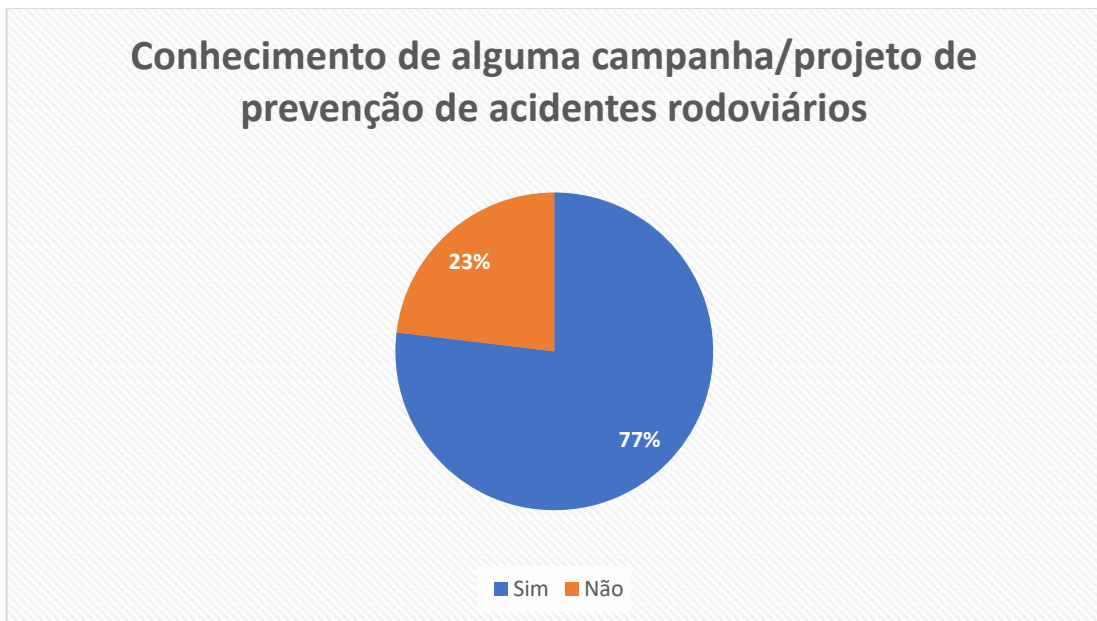


Figura 10 – Conhecimento de alguma campanha/projeto de prevenção de acidentes rodoviários. Fonte: Elaboração própria com base na análise dos dados obtidos nos questionários aplicados às equipas de enfermagem de 3 instituições de saúde

O facto de 39,4% dos enfermeiros não saber transportar corretamente as crianças, de diferentes faixas etárias, em ambulâncias, pode ser justificado pelo facto de apenas 55,8% dos enfermeiros referir conhecer a legislação portuguesa em vigor acerca do transporte de crianças no automóvel, conclusão retirada da análise da décima terceira questão.

## APÊNDICE 4 – Questionário de diagnóstico de situação aplicado aos Srs. Comandantes das corporações de bombeiros

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### Questionário

Exmo. Sr. Comandante da Corporação de Bombeiros de (localidade)

Sr. Comandante (nome)

O meu nome é Ana Rocha, sou enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. e encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Neste âmbito, encontro-me a desenvolver um projeto integrado na linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de Vida’, subordinado à temática da Promoção da Segurança Rodoviária no transporte de crianças/jovens em automóveis, intitulado ‘Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança’ que tem como objetivo geral: Contribuir para a segurança das crianças/jovens até aos 12 anos, no que respeita ao transporte automóvel.

Segundo dados da Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2015), as elevadas taxas de mortalidade e morbilidade infantil e juvenil associadas a acidentes rodoviários são uma realidade preocupante na sociedade atual. Em Portugal, os acidentes rodoviários representam 66% do total de mortos neste grupo etário (DGS, 2013). Estudos constataam que a utilização correta de sistemas de retenção possibilitam a diminuição destas taxas. Contudo, aquilo que a literatura atual também demonstra é que o maior desafio que se coloca neste problema é a insuficiente sensibilização e formação quer dos pais/cuidadores quer dos profissionais de saúde no que respeita à correta utilização de medidas de segurança no transporte de crianças/jovens (Fernandes, 2015). Assim, as evidências apontam para, apesar das recomendações existentes, uma diferença substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado e o que se aplica na prática.

Neste sentido e com o intuito de proceder à efetivação do projeto supramencionado convidamo-lo a participar neste projeto através da colaboração no preenchimento do presente questionário que nos vai permitir conhecer a atuação da vossa corporação no que respeita ao transporte de crianças/jovens em ambulâncias. Desta forma será possível avaliar a necessidade de atuação e definir estratégias no sentido da segurança no transporte de recém-nascidos/crianças/jovens em ambulâncias favorecendo a criação de um ambiente seguro e a consequente diminuição de acidentes e/ou lesões decorrentes dos mesmos.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões que lhe são apresentadas. O questionário encontra-se é constituído apenas por uma parte e o tempo médio de preenchimento do mesmo tem uma duração estimada de 3/4 minutos.

Os questionários serão guardados à chave na residência da investigadora principal, e os dados recolhidos serão guardados em computador, da própria investigadora, com acesso através de chave. Os dados recolhidos serão divulgados de forma agregada, estando salvaguardado o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Um mês após a defesa pública do relatório final de Mestrado os dados recolhidos serão destruídos.

Os eventuais custos deste projeto serão suportados pela investigadora principal e poderão ser financiados por entidades/organizações públicas nacionais.

Agradecemos desde já a sua colaboração e conseqüente participação no projeto e disponibilizamo-nos para quaisquer esclarecimentos adicionais que possam ser necessários e divulgação dos dados obtidos através do Relatório Final bem como em eventos científicos.

Ana Rocha, Enfermeira e estudante do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação -  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Contacto: )

---

Ana Lúcia Ramos, Professora Doutora Orientadora (Contacto: )

---

**Como transporta o recém-nascido/criança/jovem na ambulância?**

**Parte I. Transporte do recém-nascido/criança/jovem**

Escreva a resposta que se adequa a cada situação:

| <b>Transporte em ambulância \ Faixa etária</b> | <b>0-12 meses</b> | <b>1-3 anos</b> | <b>4-7 anos</b> | <b>8-12 anos</b> |
|--|-------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Em maca  |                   |                 |                 |                  |
| Sentada em banco                               |                   |                 |                 |                  |
| Existe sistema de retenção para maca?          |                   |                 |                 |                  |
| Existe sistema de retenção para banco?         |                   |                 |                 |                  |

**Obrigada pela colaboração!**

## **APÊNDICE 5 – Resumo do Artigo Científico: ‘Transporte de crianças em ambulâncias: conhecimentos dos enfermeiros e práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central’**

**Introdução:** O transporte de crianças em ambulâncias é bastante frequente, quer para curtas ou longas distâncias. Dada a escassez de informação sobre a forma correta e segura de efetuar este tipo de transporte, surge a necessidade de investigar esta problemática.

**Objetivos:** Aferir os conhecimentos de enfermeiros, da área pediátrica de 2 hospitais portugueses, acerca das práticas no transporte de crianças em ambulâncias e analisar as práticas das corporações de bombeiros da região Alentejo Central neste tipo de transportes.

**Métodos:** Estudo quantitativo, exploratório e descritivo com base na aplicação de dois questionários: um, enviado por e-mail, aos comandantes das corporações de bombeiros da região Alentejo Central e um outro questionário, a enfermeiros da área pediátrica de 2 hospitais portugueses, entre setembro e dezembro de 2019. Existindo um vazio legal em Portugal no que respeita ao transporte de crianças em ambulâncias, para análise das práticas relatadas foram utilizadas como padrão as recomendações da *National Highway Traffic Safety Administration* [NHTSA] para o transporte em maca. Para o transporte em banco tomaram-se como referência as orientações estipuladas no regulamento de utilização de acessórios de segurança (Portaria n.º 311-A/2005, de 24 de março) previsto no código da estrada português e a orientação n.º 001/2010 da Direção-Geral da Saúde [DGS].

**Resultados:** Dos 73 questionários distribuídos obtiveram-se 62 respostas, o que se traduz em 85% de taxa de resposta. Das corporações de bombeiros da região Alentejo Central, 69,2% e 77% refere transportar de forma correta na ambulância as crianças em maca e em banco, respetivamente. Apenas 46,2% e 34,6% destas corporações refere possuir sistemas de retenção para crianças [SRC] adequados ao transporte em maca e em banco de ambulâncias, respetivamente. O transporte correto em maca de crianças na faixa etária 8-12 anos foi o que alcançou maior percentagem (100%) contrapondo a faixa etária 1-3 anos onde a segurança é claramente mais baixa (46,2%). Quanto ao transporte correto em banco, crianças na faixa etária 0-12 meses são transportadas com maior segurança (92,3%) comparativamente às crianças na faixa etária dos 8-12 anos (53,8%). É de salientar que 79,2% dos enfermeiros inquiridos tem conhecimentos sobre as formas corretas de transportar crianças de diferentes faixas etárias. Embora 70,8% dos enfermeiros refira que lhe foi explicado como devem ser transportadas as crianças em ambulâncias, 39,6% desconhece a

lei que regulamenta o transporte automóvel e 20,8% ainda revela conhecimentos insuficientes no que respeita a estas práticas.

**Conclusão:** Verificámos que na amostra estudada, a utilização dos sistemas de retenção de forma correta e segura para o transporte de crianças, de diferentes faixas etárias, em ambulâncias é ainda insuficiente e que os enfermeiros não possuem os conhecimentos suficientes para efetuar estes transportes. Posto isto, torna-se crucial implementar medidas que alterem estes comportamentos por parte dos profissionais. Quando comparados com outros estudos, estes resultados revelam um uso crescente de SRC de forma adequada no transporte de crianças. Assim demonstra-se a eficácia das estratégias já implementadas neste âmbito, justificando a pertinência da sua continuidade.

**Palavras-chave:** Transporte, Crianças, Ambulâncias, Segurança, Enfermeiros.

### APÊNDICE 6 – Cronograma do Projeto de Estágio

| Tempo<br>Etapas   | 2019 |       |       |        |          |         |          |          |         |                |   |   | 2020 |   |   |   |
|---|------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|---------|----------------|---|---|------|---|---|---|
|   | Maio | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro | Data a definir |   |   |      |   |   |   |
| Revisão de literatura   | █    | █     | █     | █      | █        | █       | █        | █        | █       | █              | █ | █ | █    | █ | █ | █ |
| Diagnóstico da Situação   |      | █     |       | █      | █        | █       | █        |          | █       |                | █ | █ | █    |   |   |   |
| Planeamento   |      | █     | █     | █      | █        | █       | █        |          | █       |                | █ | █ | █    |   |   |   |
| Execução  |      |       | █     | █      | █        | █       |          | █        |         | █              |   |   | █    | █ |   |   |
| Avaliação   |      |       | █     | █      | █        | █       |          | █        |         | █              |   |   | █    | █ |   |   |
| Divulgação dos Resultados –<br>Elaboração do Relatório de Estágio |      | █     | █     | █      | █        | █       | █        | █        | █       | █              | █ | █ | █    | █ | █ | █ |

Legenda relativa aos locais dos estágios:

- █ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - UCSP
- █ Unidade de Urgência Pediátrica - UUP
- █ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - UCIN
- █ Serviço de Internamento de Pediatria
- █ Pausa Letiva

## APÊNDICE 7 – Jogo ‘Quantos-queres’ para crianças [em idade escolar] e jovens [na pré-adolescência]

**O TEU COMPORTAMENTO DURANTE A VIAGEM DE CARRO É IMPORTANTE!  
CUMPRE ESTAS “REGRAS” E VIAJARÁS EM SEGURANÇA!**

**Mexer nas portas e nas janelas do carro é muito perigoso**

**Durante a viagem de carro brinca sem distraíres o condutor**

**Colocar a cabeça e/ou os braços fora das janelas do carro pode causar feridas**

**O cinto de segurança só é retirado no final da viagem**

**Guarda os brinquedos para que não fiquem à solta dentro do carro**

**Entra e sai do carro sempre pelo lado do passeio**

**Coloca sempre o cinto de segurança em todas as viagens de carro**

**Usa sempre a cadeirinha ou o banco em todas as viagens de carro**

**Usa sempre a cadeirinha ou o banco em todas as viagens de carro**

1 - Corta o quadrado da primeira página.

2 - Coloca a folha de cabeça para baixo na mesa e dobra os quatro cantos da folha em direção ao centro, seguindo o tracejado branco.

3 - Vira a folha e dobra os cantos mais uma vez para o centro, seguindo os pontos pretos desta vez.

Ficando assim:



4 - Dobra e desdobra o quadrado na horizontal e depois na vertical.

5 - Desliza os polegares e os indicadores sob as pontas onde se encontram as personagens e está pronto!






6 - Pede um número, conta, pede uma cor e lê a informação! Vê a imagem no verso da pergunta, desdobra e diverte-te!

## APÊNDICE 8 – Cartaz informativo para pais/cuidadores: ‘Transporte da Criança/Jovem em Segurança no Automóvel’

# TRANSPORTE DA CRIANÇA/JOVEM EM SEGURANÇA NO AUTOMÓVEL

No automóvel, independentemente da distância e da velocidade, transporte sempre a criança/jovem devidamente colocada na cadeira de segurança adequada ao seu peso, idade e tamanho

## TIPOS DE CADEIRAS

| GRUPO | PESO      | IDADE           | POSIÇÃO DA CADEIRA                       | LUGAR  | IMAGEM  |
|-------|-----------|-----------------|--|--|---|
| 0     | Até 10kg  | Até 1 ano       | Virada da lado                           | Banco traseiro   |    |
| 0+    | Até 13kg  | Até 12-18 meses | Virada para trás                         | Banco da frente com airbag frontal inativo ou Banco traseiro |   |
| I     | 9 – 18kg  | 1 – 3/4 anos    | Virada para trás ou Virada para a frente | Banco da frente com airbag frontal inativo ou Banco traseiro |  |
| II    | 15 – 25kg | 3 – 6 anos      | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |  |
| III   | 22 – 36kg | 6 – 12 anos     | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |  |



Até aos 12 anos de idade e/ou 135 cm de altura a criança/jovem deve ser transportada em cadeira própria.

Se aos 12 anos o jovem tiver altura inferior a 135 cm deve continuar a utilizar o banco elevatório.

A partir de 135 cm de altura o jovem pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel.



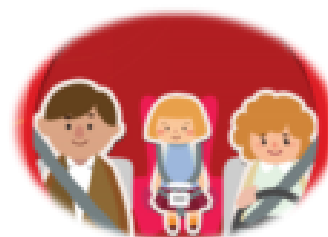
## ATENÇÃO:

Troque de cadeira quando o peso e/ou a idade da criança exceder os limites máximos estabelecidos e/ou se a cabeça da criança ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira.



Esclareça as suas dúvidas e aconselhe-se com a enfermeira

## MAIS VALE PREVENIR DO QUE REMEDIAR ...



MINISTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Elaborado por: Enfermeira Ana Rocha

Orientado por: Enfermeira Especialista Laura Cachoeira e Professora Doutora Ana Ramos

## APÊNDICE 9 – Folhetos informativos para pais/cuidadores: ‘Transporte de Crianças: Uma Viagem em Segurança’

As crianças e os jovens são vulneráveis pelo que cabe aos cuidadores zelar pela sua segurança.



Garanta que a criança está bem ajustada à cadeira de segurança e que a cadeira está bem instalada no automóvel.

O cinto de segurança deve ficar ajustado ao corpo da criança (remover ou abrir casacos de inverno, pois estes reduzem o efeito de proteção).

As cadeiras de segurança infantis salvam a vida mas somente quando utilizadas de modo correto!



Mais vale prevenir do que remediar...

### NÃO ESQUECER!!!

Os perigos surgem a qualquer momento...

POR ISSO...

Transporte sempre a criança/jovem devidamente colocada na cadeira de segurança, mesmo que seja para um pequeno percurso.



Para mais informações pode consultar:



Perante alguma dúvida fale com a sua enfermeira

Elaborado por: Enfermeira Ana Rocha

Orientado por:

Enfermeira Especialista Laura Cachopas

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



## TRANSPORTE DE CRIANÇAS/JOVENS: UMA VIAGEM EM SEGURANÇA



SAIBA COMO TRANSPORTAR A CRIANÇA/JOVEM EM SEGURANÇA NO AUTOMÓVEL

junho 2019

### O MAIS IMPORTANTE É A SEGURANÇA !

- Existe uma lei (n.º 72/2013, de 3 de setembro) que obriga que o transporte da criança/jovem no automóvel seja sempre numa cadeirinha própria, de acordo com as normas europeias, adequada ao peso e à idade até aos 12 anos e /ou 135 cm de altura.

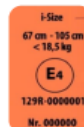


- A partir de 135 cm de altura o jovem já pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel. Se aos 12 anos tiver altura inferior a 135 cm deve continuar a utilizar o banco elevatório.
- A correta utilização das cadeirinhas adequadas ao peso e à idade da criança/jovem no transporte automóvel contribuiu para a diminuição das mortes (em 75%) e da gravidade dos ferimentos (em 90%) em caso de acidente.
- Independentemente da distância e da velocidade é sempre necessário cumprir as regras de segurança.

### TIPOS DE CADEIRAS

| GRUPO | PESO     | IDADE           | POSIÇÃO DA CADEIRA                       | LUGAR  | IMAGEM |
|-------|----------|-----------------|--|--|--------|
| 0     | Até 10kg | Até 1 ano       | Virada de lado                           | Banco traseiro   |        |
| 0+    | Até 13kg | Até 12-18 meses | Virada para trás                         | Banco de frente com airbag frontal inativo ou Banco traseiro |        |
| I     | 9-18kg   | 1-3/4 anos      | Virada para trás ou Virada para a frente | Banco de frente com airbag frontal inativo ou Banco traseiro |        |
| II    | 15-25kg  | 3-6 anos        | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |        |
| III   | 22-36kg  | 6-12 anos       | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |        |

- Compre a cadeira adequada ao peso e idade da criança/jovem. A cadeira deve conter uma etiqueta semelhante à que se encontra representada na imagem (homologação).



- Antes de comprar a cadeira experimente-a no automóvel em que vai ser utilizada, se possível com a criança que a vai usar.

#### Atenção:



- Mude de cadeira quando o peso e/ou a idade da criança exceder os limites máximos estabelecidos e/ou se a cabeça da criança ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira.

- As crianças/jovens devem andar sempre no banco de trás, com as cadeiras corretamente instaladas de modo a que entrem/saiam pelo lado do passageiro. Devem viajar viradas para trás até à idade mais tarde possível, no mínimo até aos 18 meses.
- Não deve reutilizar cadeiras de segurança que tenham estado envolvidas em acidentes.

### FAMÍLIAS NUMEROSAS MANEIRAS DE SENTAR NO AUTOMÓVEL



Para uma correta instalação da cadeira ao veículo leia atentamente e siga o manual de instruções.

O cinto de segurança deve ficar ajustado ao corpo da criança (folga de um dedo entre os cintos e o corpo da criança).



Garanta que a criança está bem ajustada à cadeira de segurança e que a cadeira está bem instalada no automóvel.

As cadeiras de segurança infantis salvam a vida mas somente quando utilizadas de modo correto!



Mais vale prevenir do que remediar...

Transporte sempre a criança devidamente colocada na cadeira de segurança, mesmo que seja para um pequeno percurso.

### NÃO ESQUECER!!!

Os perigos surgem a qualquer momento...



Para mais informações pode consultar:



Perante alguma dúvida esclareça com o enfermeiro

Elaborado por: Enfermeira Ana Rocha

Orientado por:

Mestre em Enfermagem e Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica  
Josefina Lopes

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



## TRANSPORTE DE CRIANÇAS: UMA VIAGEM EM SEGURANÇA



### COMO TRANSPORTAR A CRIANÇA EM SEGURANÇA NO AUTOMÓVEL

outubro 2019

## O MAIS IMPORTANTE É A SEGURANÇA !

As crianças são vulneráveis pelo que cabe aos pais zelar pela sua segurança.



- A lei obriga que o transporte da criança no automóvel seja sempre numa cadeirinha própria, de acordo com as normas europeias, adequada ao peso e à idade até aos 12 anos e /ou 135 cm de altura.



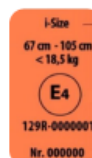
- A partir de 135 cm de altura a criança já pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel. Se aos 12 anos tiver altura inferior a 135 cm deve continuar a utilizar o banco elevatório.
- A correta utilização das cadeirinhas adequadas ao peso e à idade da criança no transporte automóvel contribui para a diminuição das mortes (em 75%) e da gravidade dos ferimentos (em 90%) em caso de acidente.

## TIPOS DE CADEIRAS

| GRUPO | PESO     | IDADE           | POSIÇÃO DA CADEIRA                       | LUGAR  | IMAGEM |
|-------|----------|-----------------|--|--|--------|
| 0+    | Até 13kg | Até 12-18 meses | Virada para trás                         | Banco traseiro ou Banco da frente com airbag frontal inativo |        |
| I     | 9-18kg   | 1-3/4 anos      | Virada para trás ou Virada para a frente | Banco traseiro ou Banco da frente com airbag frontal inativo |        |
| II    | 15-25kg  | 3-6 anos        | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |        |
| III   | 22-36kg  | 6-12 anos       | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |        |

Fonte: Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Compre a cadeira adequada ao peso e idade da criança. A cadeira deve conter uma etiqueta semelhante à que se encontra representada na imagem (homologação).



Antes de comprar a cadeira experimente-a no automóvel em que vai ser utilizada, se possível com a criança que a vai usar.

## NOTAS IMPORTANTES:

- As crianças devem andar sempre no banco de trás, com as cadeiras corretamente instaladas;
- Devem viajar viradas para trás até à idade mais tarde possível, no mínimo até aos 18 meses;
- Não deve reutilizar cadeiras de segurança que tenham estado envolvidas em acidentes;
- Mude de cadeira:
  - quando o peso e/ou a idade da criança exceder os limites máximos estabelecidos;
  - se a cabeça da criança ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira.
- Para uma correta instalação da cadeira ao veículo leia atentamente e siga o manual de instruções.



O cinto de segurança deve ficar ajustado ao corpo da criança (folga de um dedo entre os cintos e o corpo da criança).



Garanta que a criança está bem ajustada à cadeira de segurança e que a cadeira está bem instalada no automóvel.

As cadeiras de segurança infantis salvam a vida mas somente quando utilizadas de modo correto!



Mais vale prevenir do que remediar...

Transporte sempre a criança devidamente colocada na cadeira de segurança, mesmo que seja para um pequeno percurso.

### NÃO ESQUECER!!!

Os perigos surgem a qualquer momento...



Para mais informações pode consultar:



Perante alguma dúvida esclareça com a enfermeira

Elaborado por: Enfermeira Ana Rocha

Orientado por:

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Mariana Bento

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Hospital da

E.P.E

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS: UMA VIAGEM EM SEGURANÇA



COMO TRANSPORTAR A CRIANÇA EM SEGURANÇA NO AUTOMÓVEL

dezembro 2019

## O MAIS IMPORTANTE É A SEGURANÇA !

## TIPOS DE CADEIRAS

As crianças são vulneráveis pelo que cabe aos pais zelar pela sua segurança.



- A lei obriga que o transporte da criança no automóvel seja sempre numa cadeirinha própria, de acordo com as normas europeias, adequada ao peso e à idade até aos 12 anos e /ou 135 cm de altura.

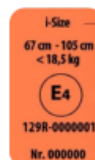


- A partir de 135 cm de altura a criança já pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel. Se aos 12 anos tiver altura inferior a 135 cm deve continuar a utilizar o banco elevatório.
- A correta utilização das cadeirinhas adequadas ao peso e à idade da criança no transporte automóvel contribui para a diminuição das mortes (em 75%) e da gravidade dos ferimentos (em 90%) em caso de acidente.

| GRUPO | PESO     | IDADE           | POSIÇÃO DA CADEIRA                       | LUGAR  | IMAGEM |
|-------|----------|-----------------|--|--|--------|
| 0+    | Até 13kg | Até 12-18 meses | Virada para trás                         | Banco traseiro ou Banco de frente com airbag frontal inativo |        |
| I     | 9-18kg   | 1-3/4 anos      | Virada para trás ou Virada para a frente | Banco traseiro ou Banco de frente com airbag frontal inativo |        |
| II    | 15-25kg  | 3-6 anos        | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |        |
| III   | 22-36kg  | 6-12 anos       | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |        |

Fonte: Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Compre a cadeira adequada ao peso e idade da criança. A cadeira deve conter uma etiqueta semelhante à que se encontra representada na imagem (homologação).



Antes de comprar a cadeira experimente-a no automóvel em que vai ser utilizada, se possível com a criança que a vai usar.



## NOTAS IMPORTANTES:

- As crianças devem andar sempre no banco de trás, com as cadeiras corretamente instaladas;
- Devem viajar viradas para trás até à idade mais tarde possível, no mínimo até aos 18 meses;
- Não deve reutilizar cadeiras de segurança que tenham estado envolvidas em acidentes;
- Mude de cadeira:
  - quando o peso e/ou a idade da criança exceder os limites máximos estabelecidos;
  - se a cabeça da criança ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira.
- Para uma correta instalação da cadeira ao veículo leia atentamente e siga o manual de instruções.

## APÊNDICE 10 – Dístico autocolante para pais: ‘Colocação correta do bebé no ‘ovinho’



| GRUPO | PESO     | IDADE           | POSIÇÃO DA CADEIRA | LUGAR  |
|-------|----------|-----------------|--------------------|--|
| O+    | Até 13kg | Até 12–18 meses | Virada para trás   | Banco traseiro (preferencialmente) <u>ou</u><br>Banco da frente com airbag frontal inativo |

*Assegure que a cadeira tem a etiqueta E*

### **COLOCAÇÃO CORRETA DO BEBÉ NA CADEIRA:**

- Colocar o bebé, bem sentado (rabo apoiado no fundo da cadeira e coluna bem encostada atrás) no ovinho
- Colocar os cintos internos superiores por cima dos ombros e unir as pontas do cinto para inserir no encaixe central
- Ajustar os cintos ao corpo do bebé puxando o cinto inferior (folga de um dedo entre os cintos e o corpo da criança)

### **MUDE DE CADEIRA:**

- quando o **peso** e/ou a **idade** da criança **exceder os limites máximos estabelecidos;**
- se a **cabeça** da criança **ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira.**

**APÊNDICE 11 – Plano da sessão de capacitação para pais/cuidadores, grávidas e respetivos companheiros – UCSP**

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <b>Plano:</b> Sessão de capacitação para a saúde   |   |                                  |
| <b>Tema da sessão: Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança</b>  |   |                                  |
| <b>População-alvo:</b> Grávidas e Companheiros e Pais/Cuidadores de crianças e jovens até aos 12 anos, utentes da UCSP | <b>Duração:</b> 60 minutos  | <b>Data:</b> 18 de junho de 2019 |
| <b>Local:</b> Sala de reuniões da UCSP   | <b>Horário:</b> 10h00m – 11h00m   |                                  |
| <b>Formadora:</b> Enfermeira Ana Rocha   |   |                                  |
| <b>Objetivo Geral</b>  | - Sensibilizar e capacitar grávidas e respetivos companheiros e pais/cuidadores de crianças e jovens até aos 12 anos, utentes da UCSP, para a segurança no transporte de crianças e jovens no automóvel de modo a prevenir acidentes rodoviários.   |                                  |
| <b>Objetivos Específicos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Que os formandos saibam referir os dois critérios que regulamentam a obrigatoriedade do uso de cadeira de segurança no transporte automóvel;</li> <li>❖ Que os formandos saibam mencionar os dois critérios através dos quais se adequam os sistemas de retenção às crianças/jovens;</li> <li>❖ Que os formandos saibam identificar o lugar do automóvel onde deve ser transportada a criança/jovem em função da idade e da cadeira que utilize;</li> <li>❖ Que os formandos saibam reconhecer os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança na mulher grávida;</li> <li>❖ Que os formandos saibam reconhecer os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança na criança/jovem.</li> </ul> |                                  |

| Etapas                 | Conteúdos   | Estratégias  |  |  |                    | Tempo             |
|------------------------|---|--|--|--|--------------------|-------------------|
|                        |   | Métodos e técnicas de ensino                       | Meios auxiliares de ensino   | Atividades de grupo  | Avaliação          |                   |
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da formadora ao grupo;</li> <li>- Exposição da temática a abordar e pertinência da mesma;</li> <li>- Menção dos objetivos da sessão;</li> <li>- Distribuição aos formandos um questionário de avaliação de conhecimentos (pré-teste).</li> </ul>  | <p>Oral</p> <p>Expositivo</p>                      | <p>Computador</p> <p>Videoprojetor</p> <p>Tela branca</p> <p>Microsoft Office (PowerPoint®)</p> <p>Questionário pré-teste</p>  | <p>Preenchimento do pré-teste</p>  | <p>Diagnóstica</p> | <p>15 minutos</p> |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados estatísticos sobre acidentes rodoviários em crianças e jovens;</li> <li>- Lesões mais frequentes decorrentes de acidentes rodoviários;</li> <li>- Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro – artigo 55.º;</li> <li>- Sistemas de retenção:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como escolher;</li> <li>- Quando trocar?</li> <li>- Como colocar?</li> </ul> </li> <li>- Importância dos pais/cuidadores na educação das crianças/jovens;</li> <li>- Como viajar de automóvel em segurança durante a gravidez.</li> </ul> | <p>Oral</p> <p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Computador</p> <p>Videoprojetor</p> <p>Tela branca</p> <p>Microsoft Office (PowerPoint®)</p>  | <p>Interação com o grupo com o intuito de perceber as suas práticas e conhecimentos acerca da temática</p>   | <p>Formativa</p>   | <p>25 minutos</p> |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese de aspetos relevantes da sessão;</li> <li>- Questões e esclarecimento de dúvidas ao grupo;</li> <li>- Avaliação dos objetivos programados para a sessão – preenchimento do questionário pós-teste;</li> <li>- Entrega de folheto informativo;</li> <li>- Entrega aos formandos do questionário para preenchimento para avaliação da sessão e posterior recolha dos mesmos preenchidos;</li> <li>- Conclusão da sessão.</li> </ul>  | <p>Interativo</p>                                  | <p>Computador</p> <p>Videoprojetor</p> <p>Tela branca</p> <p>Microsoft Office (PowerPoint®)</p> <p>Questionários (pós-teste) e (de avaliação da sessão)</p> <p>Canetas</p> | <p>Preenchimento do questionário pós-teste;</p> <p>Entrega de folheto informativo;</p> <p>Avaliação da sessão – preenchimento de questionário.</p> | <p>Sumativa</p>    | <p>20 minutos</p> |

## APÊNDICE 12 – Diapositivos da apresentação em suporte digital *PowerPoint*® para a sessão – UCSP



### Objetivos


- Referir os dois critérios que regulamentam a obrigatoriedade do uso de cadeira de segurança no transporte automóvel;
- Mencionar os dois critérios através dos quais se adequam os sistemas de retenção às crianças/jovens;
- Identificar o lugar do automóvel onde deve ser transportada a criança/jovem em função da idade e da cadeira que utilize;
- Reconhecer os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança na mulher grávida;
- Reconhecer os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança na criança/jovem.

2

### Vamos testar os vossos conhecimentos

#### Pré-teste

Transporte da criança/jovem:  
uma viagem em segurança



3



## Dados Estatísticos

- Entre 2011 e 2015, morreram **240** crianças e jovens nas estradas portuguesas e **dezenas de milhares** ficaram feridos;
- Entre 2012 e 2016, ocorreram **6548 internamentos** devido a acidentes rodoviários;
- **Últimos 20 anos: diminuição** significativa do n.º de crianças e jovens que **morreram** na sequência de acidentes rodoviários em Portugal

no entanto números atuais ainda elevados e alarmantes.

(Marujo et al., 2003; Waksman & Pirito, 2005; Martins et al., 2007; APSI, 2015; APSI, 2017) 5

## Lesões mais frequentes

**Até aos 2 anos: pescoço**  
causadas pelo tamanho da cabeça e fragilidade da coluna vertebral

**Dos 4 aos 10 anos: abdómen**  
maior risco de hemorragias internas ou lesões abdominais - órgãos insuficientemente fixados à estrutura abdominal

**Entre os 2 e os 4 anos: cabeça**  
as vértebras não são suficientemente fortes para suportar as desacelerações bruscas

(DGT, 2015) 6



## Prevenção

A correta utilização dos sistemas de retenção adequados ao peso e à idade da criança/jovem no transporte automóvel contribui para a diminuição das mortes (em 75%) e da gravidade dos ferimentos (em 90%) em caso de acidente.

(Martins et al., 2007; DGT, 2015) 8

### Decreto-Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro

#### Artigo 55.º - Transporte de crianças em automóvel

"1 – As crianças com **menos de 12 anos** de idade transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, desde que tenham **altura inferior a 135 cm**, devem ser **seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso.**"

"3 – Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança **é proibido** o transporte de crianças de **idade inferior a 3 anos.**"

"6 – Quem **infringir** o disposto nos números anteriores é **sancionado** com **coima** de (euro) 120 a (euro) 600 por cada criança transportada indevidamente."

"2 – O transporte das crianças (...) deve ser efetuado no **banco da retaguarda**, salvo nas seguintes situações:

- a) Se a criança tiver **idade inferior a 3 anos** e o transporte se fizer utilizando **sistema de retenção**, **não** podendo, neste caso, estar **ativada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro**;
- b) Se a criança tiver **idade igual ou superior a 3 anos** e o **automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda**, ou **não dispuser deste banco.**"

(AR, 2013) 9

## Como escolher os sistemas de retenção?



**0-13 kg**  
Até 1 ano de idade aprox.

**9-18 kg**  
Aprox. de 8 meses até 3/4 anos

**15-25 kg**  
Aprox. dos 3 até aos 7 anos

**22-36 kg**  
Aprox. dos 6 até aos 12 anos

**Até 135 cm de altura e/ou 12 anos**

Até 18 meses  
Virada para a retaguarda  
Banco da frente (airbag frontal inativo) ou traseiro

Virada para a frente  
Banco traseiro



Após os 18 meses aconselha-se que a criança viaje na cadeirinha virada para a retaguarda até à idade mais tardia possível 3/4 anos

Fonte: Fundación MAPFRE  
(Borges et al., 2005; Martins et al., 2007; DGS, 2010b)<sup>10</sup>

## Sistemas de retenção

Cadeiras de segurança

- seguras
- adequadas ao peso e idade da criança/jovem
- homologadas
- confortáveis
- adaptadas corretamente ao automóvel



**i-Size** Nome da Homologação  
**67 cm - 105 cm** Altura e peso da criança  
**< 18,5 kg**  
**E4** Local onde a homologação foi realizada, E: Europa 4: Holanda  
**129R-0000001** Número de aprovação  
**Nr. 000000** Número de série

Fonte: Fundación MAPFRE

Antes de comprar qualquer cadeira, experimente-a sempre no automóvel em que a vai usar e de preferência, com a criança que a vai utilizar.

(Borges et al., 2005; Martins et al., 2007) <sup>11</sup>


## Quando trocar a cadeira?

Quando o peso e/ou a idade da criança ultrapassar os limites máximos estabelecidos



Quando a cabeça da criança ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira

(APSI, s.d.) <sup>12</sup>



**“Por cada euro investido numa cadeirinha/banco de criança, poupa-se 32 euros em tratamentos e reabilitação.”**

(Nascimento, 2008 citando Estudo do Centre for Disease Control and Prevention, 2000) 13

## Como colocar o cinto de segurança?



Dois superiores  
Dois laterais  
Um inferior



















14

### 2 FILHOS

**Nos assentos traseiros obrigatoriamente com a cadeirinha.**

Em veículos de 9 lugares, as crianças com uma altura inferior ou igual a 135 cm devem viajar nos assentos traseiros, usando uma cadeirinha adaptada à sua altura e peso.

**Exceções:**

- Que o veículo não tenha assentos traseiros.
- Que todos os assentos traseiros estejam ocupados por outras crianças em suas cadeiras.
- Que não seja possível instalar os SRI nos assentos mencionados.

**3 FILHOS**

**3 crianças com cadeirinha nos assentos traseiros**

- Difícil em um carro de 5 lugares se todos eles utilizam o SRI.
- Nenhuma cadeirinha deve interferir na outra.
- Mais fácil se um for assento elevatório ou se uma das crianças já não precisar mais de cadeirinha.

**2 FILHOS**

**2 crianças no assento traseiro e uma no assento dianteiro**

- Se for impossível instalar 3 cadeiras no assento traseiro: 2 crianças no assento traseiro e uma no assento dianteiro.
- Só quando os assentos traseiros estiverem ocupados por crianças em suas cadeiras.

IMPORTANTE

No assento dianteiro do passageiro terá que ser desativado o airbag, especialmente quando a cadeirinha for virada para trás.

**4 FILHOS**

**Colocar três cadeiras juntas nos assentos traseiros e uma no assento dianteiro.**

- Três cadeiras juntas no assento traseiro e uma no assento dianteiro (de preferência o maior).
- Só em veículos de grande porte como uma mini furgão. Aqui podem até 6 crianças.

IMPORTANTE

Devemos ter conta que o número de pessoas transportadas em um veículo não pode ser superior ao número de lugares do mesmo. Num veículo de 5 lugares, só poderão viajar 4 crianças. Se vamos em uma furgão de 7 lugares, podemos transportar até 6 crianças.

## Maneiras de sentar no automóvel – famílias numerosas

Pais/Cuidadores

Responsáveis pelo desenvolvimento e educação das crianças/jovens

Hábitos Rotinas

OBRIGATÓRIO uso do cinto de segurança para todos

Ambiente de aprendizagem

Influência Exemplo

Comportamentos corretos

(ANSR, 2014; DGT, 2015; Fernandes, 2015) 16

## Sabia que...

Num acidente a 45 km/h a criança será projetada ou esmagada por uma força **20 vezes superior** ao seu próprio peso.

Em caso de acidente, uma criança que viaje à solta no automóvel, está sujeita a um risco de morte ou ferimentos graves **2 a 10 vezes superior** ao de uma criança que viaje com um sistema de retenção adequado.

Um acidente a **50 km/h** e a **80km/h** equivale a uma queda do **3º e 9º andar de um edifício**, respetivamente.

**Só a utilização de uma cadeirinha adequada até a criança ter 135 cm de altura ou 12 anos, a protegerá da melhor forma em caso de acidente.**

(Sandes & Levy, 2004) 17

## Durante a gravidez

As mulheres **grávidas** devem viajar utilizando **sempre o cinto de segurança corretamente**.

Como colocar o cinto de segurança:

- A **faixa horizontal** deve ser colocada **abaixo do abdómen**, ajustando-se o mais possível; nunca por cima da barriga.
- A **faixa diagonal** deve ser colocada sobre o ombro, sem passar junto ao pescoço, **entre os seios**, sem apoiar sobre eles.
- As **faixas** do cinto devem ficar **bem ajustadas** ao corpo, sem folgas.

É conveniente colocar o encosto do banco na **posição vertical** e o **banco** o mais **afastado** possível do **tablier**.

“Um cinto de segurança bem colocado pode salvar duas vidas”

(DGT, 2015) 18

## Atitudes incorretas - gravidez



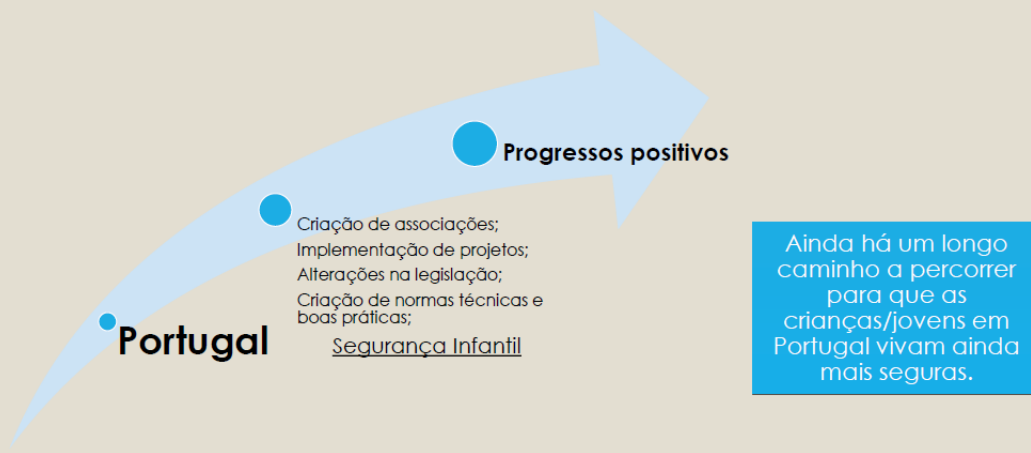
(DGT, 2015) 19

## Considerações Finais

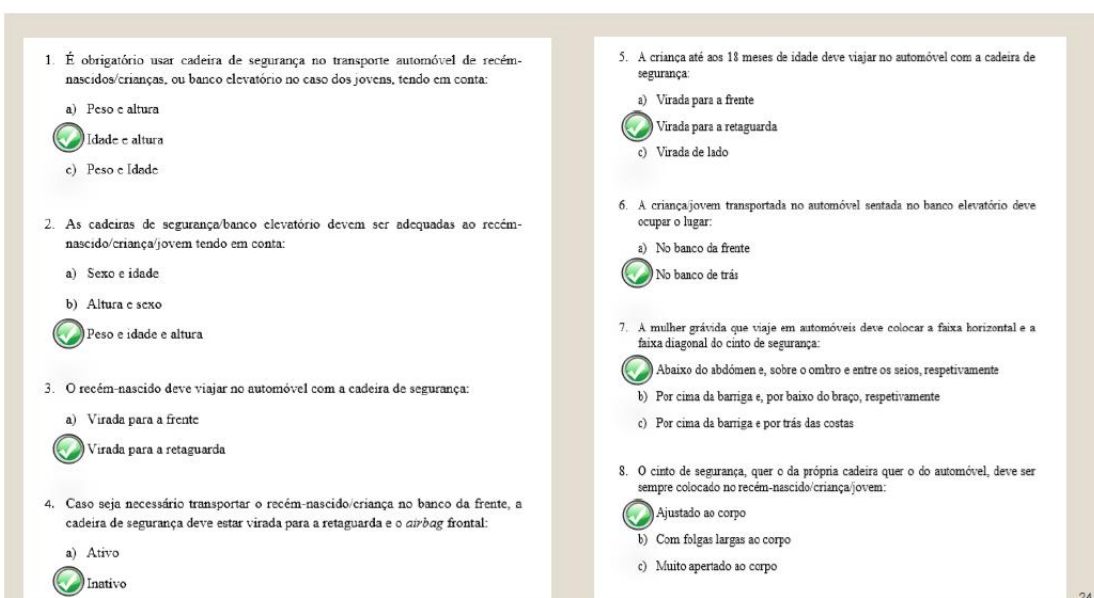
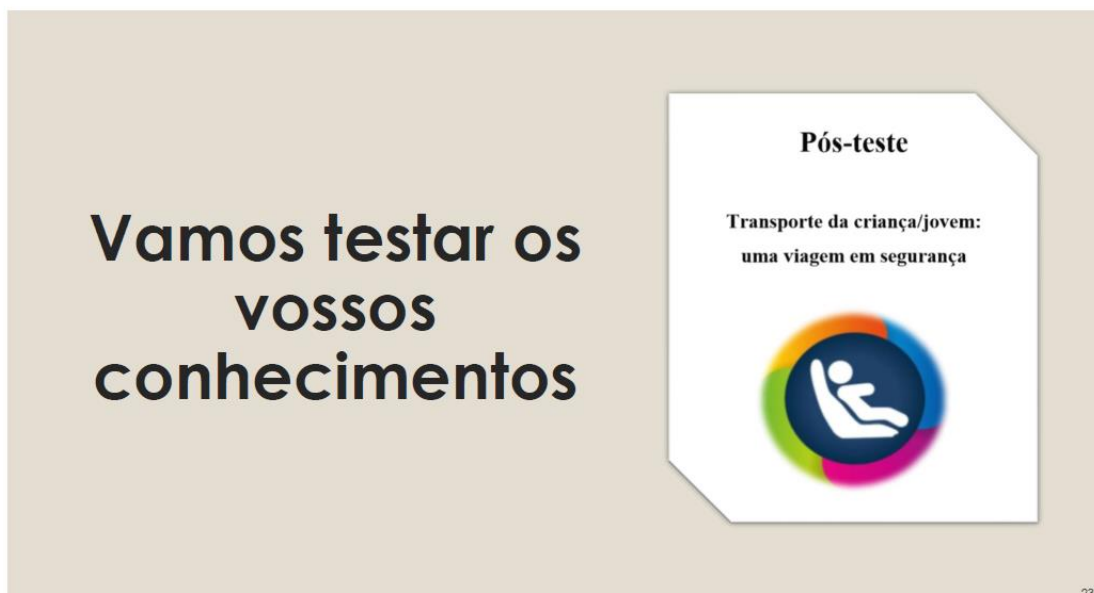
- Os **acidentes rodoviários** constituem ainda uma **importante causa de morte** nas crianças e jovens em Portugal;
- Por cada criança que morre muitas outras ficam feridas na sequência de acidentes rodoviários;
- Realidade preocupante** para toda a população podendo ser **alvo de intervenção** através de **medidas de prevenção**;
- Diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade infantil e juvenil** associadas a acidentes rodoviários com evidentes **ganhos em saúde** nesta população.

20

## Considerações Finais



21



## Regras de ouro

- ★ Ao transportar a criança/jovem no automóvel deve utilizar sempre, um sistema de retenção adequado ao peso e à idade da criança/jovem e corretamente instalado, seja qual for a velocidade ou a distância a percorrer.
- ★ Desde a gravidez, desde a sua primeira viagem no automóvel após a alta da maternidade até que a criança/jovem tenha 12 anos de idade ou 135 cm.
- ★ Assegure sempre a correta colocação da cadeira ao automóvel e da criança/jovem à cadeira antes de iniciar a viagem.
- ★ Dê o exemplo utilizando sempre o cinto de segurança.

(DGT, 2015) 25



Fonte: APSI



Fonte: APSI

26

## Referências Bibliográficas

- Assembleia da República [AR]. (3 de setembro de 2013). Lei n.º 72/2013 de 3 de setembro. Diário da República 1.ª série — n.º 169, 5446-5499
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (Janeiro de 2018). Acidentes Rodoviários com Crianças e Jovens (0-17anos) - Evolução nos últimos 16 anos (1998-2013) - Principais Resultados. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em: [http://apsi.org.pt/mages/Documents/Evolucaoacidentesrodoviarioscriancas\\_19982013.pdf](http://apsi.org.pt/mages/Documents/Evolucaoacidentesrodoviarioscriancas_19982013.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (Outubro de 2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação 2017. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em: [https://www.apsi.org.pt/mages/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_L2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/mages/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_L2017.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (s.d.). Estatísticas em Portugal. In Fundação MAPFRE. Disponível em: <https://cadeirasauto.fundacionmapfre.org/infantis/estudos-e-publicacoes/estatisticas/portugal/>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR]. (2 de agosto de 2014). Ficha Temática "Crianças até aos 14 anos (2004-2013)". In Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/FichasTematicas/Documents/2014/FICHA%20TEMATICA%20-%20CRIANCAS.pdf>
- Borges, A. C., Costa, E., Pinto, M. L., & Costa, M. (2005). Como transporta os seus filhos? NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia, 14(2), 73-79.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2010a). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016. In Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-desistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (16 de setembro de 2010b). Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. In Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directazes-da-dgs/orientacoes-circulares-informativas/orientacao-n-0012010-de-16092010.aspx>
- DGT. (2015). Disponível em: <http://www.dgt.es/PEVI/sf-2015/index.html>
- Fundación MAPFRE. (s.d.). Disponível em: [https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es\\_es/](https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/)
- Fernandes, M. H. (2015). Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido (Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.
- Martins, S., Gouveia, R., Sandes, A. R., Correia, S., Nascimento, C., Figueira, J., . . . Silva, L. J. (2007). Transporte automóvel de lactentes e crianças. Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. Acta Pediátrica Portuguesa, 38(4), 246-9.
- Marujo, A., Moleiro, P., & Faria, D. (setembro de 2003). Transporte de crianças em automóvel - O que fazem os nosso país. Saúde Infantil, 25(2), 25-37.
- Nascimento, S. (26 de maio de 2008). Acidentes Rodoviários com crianças e jovens: evolução e impacto das estratégias implementadas.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série — n.º 26, 4744-4750
- Sandes, A. R., & Levy, L. (2004). Segurança no Transporte de Crianças em Automóvel - Uma Longa Estrada a Percorrer. Acta Pediátrica Portuguesa, 5(4)(35), 435-439.
- Rebelo, C. T. (23 de maio de 2018). Transporte de crianças no automóvel. In metis. Disponível em: [http://metis.med.up.pt/index.php/transporte\\_de\\_crianças\\_no\\_automóvel](http://metis.med.up.pt/index.php/transporte_de_crianças_no_automóvel)
- Waxman, R. D., & Pinto, R. M. (2005). O pediatra e a segurança no trânsito. Jornal de Pediatria, 81(5), 5181-5188.

27

Obrigada pela  
participação!

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

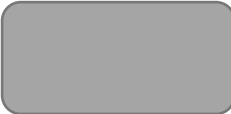
Unidade Curricular: Estágio I  
Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos; Enf. Esp. Laura Cachopas

TRANSPORTE DA CRIANÇA/JOVEM:  
UMA VIAGEM EM SEGURANÇA

Enfermeira Ana Rocha

18 junho 2019

**APÊNDICE 13 – Norma de procedimento de enfermagem: ‘Utilização do equipamento *Kidy Safe®* no transporte inter-hospitalar pediátrico’**

|   |   |                           |                         |
|---|---|---------------------------|-------------------------|
| <br>CENTRO HOSPITALAR<br>DE [ ] E.P.E. | <i>Procedimento de utilização do equipamento "Kidy safe®" no transporte inter-hospitalar pediátrico</i><br><br>Serviço de Pediatria | Data de entrada em vigor: | ---                     |
|   |   | Versão ##                 | ---                     |
|   |   | Próxima revisão:          | ---                     |
|   |   | Cód. Documento:           | PS.YYYY.00/<br>/XXXX.00 |

**1. Objetivo**

Uniformizar a utilização do equipamento "Kidy safe®" garantindo a segurança da criança durante o TIH pediátrico no [ ] E.P.E.

**2. Campo de aplicação**

Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica e Internamento de Pediatria do [ ] E.P.E.

**3. Siglas, abreviaturas e definições**

**Siglas**


- [ ]
- E.P.E. – Entidade Pública Empresarial
- [ ]
- TIH – Transporte Inter-Hospitalar

**Definições**

- Sistemas de retenção** - "(...) o conjunto de componentes, que pode incluir uma combinação de pretintas ou componentes flexíveis como uma fivela de aperto, dispositivo de regulação, acessórios e, nalguns casos, uma cadeira adicional e ou um escudo contra Impactes, capaz de ser fixado a um automóvel, sendo concebido de modo a diminuir o risco de ferimentos do utilizador em caso de colisão ou desaceleração do veículo através da limitação da mobilidade do seu corpo.";
- Kidy safe®** – sistema de retenção pediátrico para ambulâncias que garante a segurança da criança transportada;
- Transporte Inter-hospitalar pediátrico** – deslocação de crianças entre unidades de saúde.

**4. Referências**

Abecassis, F. (2008). Transporte Neonatal e Pediátrico: Organização e Perspectivas Actuais. *NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia*, vol XVII, n.º 3, pp. S162-S162.  
 Exclusivas Médicas. (s.d.). Kidy Safe, sistema de retenção pediátrico para camillas de ambulancias. In

|   |   |                           |                    |
|---|---|---------------------------|--------------------|
|  <p>CENTRO HOSPITALAR<br/>DE [redacted] E.P.E.</p> | <p><i>Procedimento de utilização do equipamento "Kidy safe®" no transporte inter-hospitalar pediátrico</i></p> <p><b>Serviço de Pediatria</b></p> | Data de entrada em vigor: | ---/---/---        |
|   |   | Versão ##                 | ---/---            |
|   |   | Próxima revisão:          | ---/---            |
|   |   | Cód. Documento:           | PS.YYYY.00/XXXX.00 |

Exclusivas Médicas Disponível em <http://www.exclusivasmedicas.com/productos/emergencias/refencionkidySAFE.pdf>

Faria, S., Lomba, L., Carvalhais, M., & Apóstolo, J. (2017). Transporte de Crianças em Ambulâncias Terrestres: Segurança e Conhecimentos dos Profissionais. *Rev Cuid*, 8(1), 1433-48.

Graça, A. C., Silva, N. A., Correia, T. I., & Martins, M. D. (Out/Nov/Dez de 2017). Transporte Inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV, n.º 15*, pp. 133-144.

Ministério da Administração Interna. (2005). Portaria n.º 311-A/2005 de 24 de março. *Diário da República, I SÉRIE-B, n.º 59, 2614-(7)-2614-(9)*.

Ministérios da Administração Interna e da Saúde. (2014). Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro. *Diário da República, 1.ª série, n.º 241, 6084-6095*.

Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República, 2.ª série, n.º 28, 3882-(2)-3882-(10)*.

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações – 2008. In *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*. Disponível em [https://spci.pt/files/2016/03/9764\\_miolo1.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf)

## 5. Responsabilidades

O Conselho de Administração pela ratificação junto dos serviços.


O Diretor do Serviço de Pediatria/Urgência Pediátrica e o Enfermeiro-Chefe do Serviço, pela sua divulgação, implementação e garantia do seu cumprimento, junto dos seus profissionais.

## 6. Procedimento

**Introdução:** O transporte de crianças entre unidades de saúde, na procura da melhor resposta às diferentes situações, é bastante frequente face à necessidade de assistência diferenciada a um nível superior ou, para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica.

Segundo o artigo 18.º alínea b) do Regulamento do Transporte de Doentes, as ambulâncias devem "(...) garantir, pelas suas características, a segurança e o conforto dos doentes; (...)." respeitando a norma europeia EN 1789 (relativa aos veículos de transporte sanitário e respetivos equipamentos – ambulâncias). Contudo, as ambulâncias não dispõem de todo o equipamento necessário para garantir a segurança da criança transportada, apesar de ser sua responsabilidade tal como corroborado por Abecassis (2008).

A segurança no TIH é da responsabilidade dos profissionais que o efetuam, pelo que se toma motivo de preocupação a falta de equipamentos adequados e especificações consistentes no transporte seguro da

|  |   |                           |                    |
|--|---|---------------------------|--------------------|
|  <p>CENTRO HOSPITALAR<br/>DE ... E.P.E.</p> | <p><i>Procedimento de utilização do equipamento "Kidy safe®" no transporte inter-hospitalar pediátrico</i></p> <p><b>Serviço de Pediatria</b></p> | Data de entrada em vigor: | --/--              |
|  |   | Versão ##                 | --/--              |
|  |   | Próxima revisão:          | --/--              |
|  |   | Cód. Documento:           | PS.YYYY.00/XXXX.00 |

criança em ambulâncias. Decorrente da falta de equipamentos nestes transportes, que salvaguardem a segurança da criança transportada, os Serviços de Urgência Pediátrica e de Internamento de Pediatria, adquiriram o equipamento "Kidy safe®" de modo a prevenir e minimizar os perigos que possam resultar do TIH para a saúde da criança transportada.


O "Kidy safe®" é um sistema de retenção pediátrico seguro, confortável, simples e fácil de manusear, adaptável às macas das ambulâncias garantindo a segurança da criança transportada. É composto por uma lona antiderrapante, dois cintos reguláveis longitudinalmente para sua fixação à maca e um amês ajustável, com fecho centralizado e botão de abertura rápido na região abdominal, para fixar a criança à lona, de forma cômoda e segura. Adapta-se a diferentes antropometrias. É um equipamento lavável, impermeável, resistente a microorganismos, substâncias (combustível, óleo, desinfetante, álcool, fluidos corporais) e temperaturas extremas (-30°C e +70°C).


Na base para a qualidade do transporte está a segurança da criança, nomeadamente, a forma como a mesma é transportada. O direito da criança a cuidados de qualidade, no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e a maior segurança possível e onde o nível de cuidados durante o mesmo nunca seja inferior ao da unidade de origem.

Cada vez mais, as organizações de saúde assentam numa cultura de segurança e qualidade nos cuidados pelo que importa desenvolver projetos focados no desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua. A criação desta norma de procedimento constitui uma ação contributiva para o alcance de um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020: "aumentar a cultura de segurança do ambiente Interno (...)."

**Material Necessário:**

- Equipamento Kidy safe®
- Redutor (se necessário)
- Maca

| Atuação do Enfermeiro  | Justificação                              |
|--|---|
| Identifique a criança a transportar  | Previne erros                             |
| Prepare o equipamento e leve para junto da criança   | Economiza tempo e facilita o procedimento |
| Retire o equipamento da mala de armazenamento  |   |
|  <p><b>Figura 1 - Mala de armazenamento</b><br/>(Fonte: Infarma - Equipamentos Médicos)</p> |   |

|   |   |  |                           |                        |
|---|---|--|---------------------------|------------------------|
| <br>CENTRO HOSPITALAR<br>DE E.P.E. | <b>Procedimento de utilização do equipamento "Kidy safe®" no transporte inter-hospitalar pediátrico</b><br>Serviço de Pediatria |  | Data de entrada em vigor: | ---/---/---            |
|   |   |  | Versão ##                 | ---/---/---            |
|   |   |  | Próxima revisão:          | ---/---/---            |
|   |   |  | Cód. Documento:           | PS.YYYY.00/<br>/XXX.00 |

Verifique a integridade e funcionamento do equipamento

Higienize as mãos

Explique o procedimento à criança, sempre que possível

Explique o procedimento aos pais/cuidadores

Adapte o equipamento à maca:

- Coloque a lona no centro da maca



Figura 2 – Posicionamento do equipamento na maca  
(Fonte: Centro de Estudos Rivas & Múrga)

- Fixe os cintos superiores (1) e inferiores (2) da lona à maca e ajuste-os (3 e 4) de modo a que fiquem sem folgas, tal como ilustra a figura 3. O sistema de encaixe dos cintos encontra-se ilustrado na figura 4 (3 encaixa no 4).

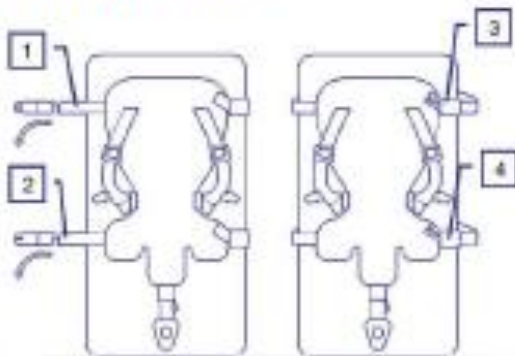


Figura 3 – Sistema de fixação de lona à maca  
(Fonte: Infante – Escolas Médicas)

Assegura a segurança da criança

Previne a contaminação

Prepara a criança, diminui a ansiedade, o medo e o desconforto físico. Obtém consentimento e a colaboração da criança

Instrui os pais/cuidadores sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança durante o procedimento

Assegura a segurança da criança

Assegura a segurança da criança

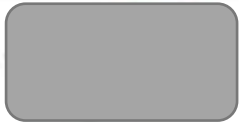
|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  <p>CENTRO HOSPITALAR<br/>DE [ ] E.P.E.</p> | <p><i>Procedimento de utilização do equipamento "Kidy safe®" no transporte inter-hospitalar pediátrico</i></p> <p><b>Serviço de Pediatria</b></p> |  | <p>Data de entrada em vigor: --/--</p>      |
|  |   |  | <p>Versão ## --/--</p>                      |
|  |   |  | <p>Próxima revisão: --/--</p>               |
|  |   |  | <p>Cód. Documento: [ ]/YYYY.00/ /XXX.00</p> |



Figura 4 – Sistema de fecho dos cintos longitudinais de lona  
(Fonte: Informe – Inclusiones Médicas)

Se a criança a transportar pesar até 9kg, utilize o redutor:



Figura 5 – Redutor Kidy safe®  
(Fonte: Smarby)

- Coloque o redutor por cima da lona
- Coloque a criança por cima do redutor



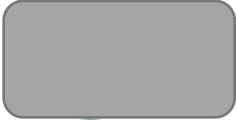
Figura 6 – Posicionamento da criança no Kidy safe® com redutor  
(Fonte: Diemer – Material Médico 24.03)

Se a criança a transportar pesar >9kg até 36kg utilize sem redutor

Adapta a criança ao equipamento salvaguardando a sua segurança

Adapta o sistema redutor à criança a transportar

Adapta o sistema à criança a transportar

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  <p>CENTRO HOSPITALAR DE E.P.E.</p> | <p><b>Procedimento de utilização do equipamento "Kidy safe®" no transporte inter-hospitalar pediátrico</b></p> <p><b>Serviço de Pediatria</b></p> |  | <p>Data de entrada em vigor: --/--</p>    |
|  |   |  | <p>Versão ## --/--</p>                    |
|  |   |  | <p>Próxima revisão: --/--</p>             |
|  |   |  | <p>Cód. Documento: PS.YYYY.00/XXXX.00</p> |

Posicione a criança na lona:

- Coloque os ombros por baixo dos cintos verticais e feche os encaixes horizontais (3-A e 1/2-B – Figura 7).

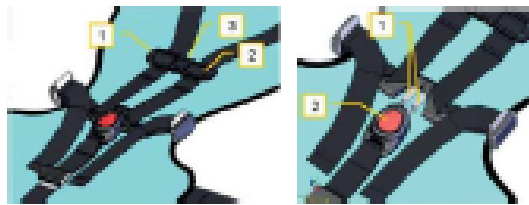


Figura 7 – Sistema de fecho do amês (Fonte: Informa – Escolas Médicas)

- Ajuste os cintos aos ombros, regiões pélvica e inguinal, para que não fiquem com uma folga superior a um dedo entre os cintos e o corpo da criança

- Ajuste os cintos laterais que prendem a criança à lona.

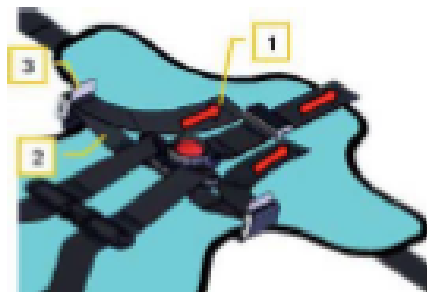


Figura 8 – Sistema de ajuste dos cintos do amês (Fonte: Informa – Escolas Médicas)

Verifique se a criança se encontra bem colocada e segura no equipamento

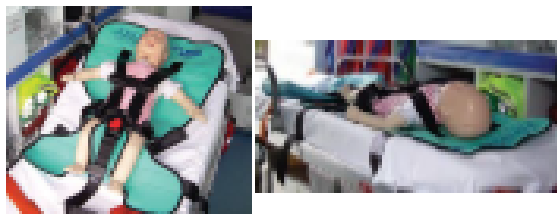


Figura 9 – Posicionamento da criança no kidy safe® (Fonte: Claris Health Care Products)

Avalie sinais de dor ou desconforto físico ou psicológico da criança


Assegura a utilização correta

Assegura a utilização correta

Assegura a utilização correta

Assegura a segurança da criança

Age em conformidade

|   |   |                           |                         |
|---|---|---------------------------|-------------------------|
| <br>CENTRO HOSPITALAR<br>DE E.P.E. | <b>Procedimento de utilização do<br/>                 equipamento "Kidy safe®" no<br/>                 transporte inter-hospitalar<br/>                 pediátrico</b><br><br><b>Serviço de Pediatria</b> | Data de entrada em vigor: | —/—/—                   |
|   |   | Versão ##                 | —/—/—                   |
|   |   | Próxima revisão:          | —/—/—                   |
|   |   | Cód. Documento:           | PS.YYYY.00/<br>/XXXX.00 |

|  |   |
|--|---|
| <p>Higienize as mãos</p> <p>Após o transporte, assegure a limpeza do equipamento e acondicione-o na mala de armazenamento</p> <p>Efetue os registos.</p> | <p>Previne a contaminação</p> <p>Assegura as condições de limpeza</p> <p>Regista as intervenções efetuadas e promove a continuidade dos cuidados.</p> |
|--|---|

## 7. Anexos

### Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

#### Versão:

| Versão | Data | A rever em | Descrição das Modificações | Autor(es) |
|--------|------|------------|----------------------------|-----------|
| 01     |      |            | Versão original            |           |
|        |      |            |                            |           |
|        |      |            |                            |           |

#### Revisão:

|              |  |                          |
|--------------|--|--------------------------|
| A rever por: | Cargo/Comissão com responsabilidade na revisão do documento no prazo máximo 3 anos | Data da próxima revisão: |
|--------------|--|--------------------------|

#### Aprovação/Ratificação:

|                 |   |       |
|-----------------|---|-------|
| Aprovado por:   | - De acordo com a Estrutura Hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional<br>Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. "Dependência Hierárquica e Funcional"<br>- Órgão/Comissão de Área (quando aplicável) | Data: |
|                 |   | Data: |
| Ratificado por: | Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autónoma   | Data: |

## APÊNDICE 14 – 1º e-mail de contacto com empresa Euraslog, fabricante do *Kidy Safe*®

Buenas tardes,

Mi nombre es Ana Rocha, soy enfermera en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Espírito Santo de Évora y actualmente estoy asistiendo al Máster en Enfermería, área de especialización en Enfermería de Salud Infantil y Pediátrica. En este contexto, estoy desarrollando un proyecto integrado en la línea de investigación 'Seguridad y calidad de vida', bajo el lema Promover la seguridad vial en el transporte de niños / jóvenes en automóviles, titulado 'Transporte de niños / jóvenes: un viaje seguridad' que tiene como objetivo general: Contribuir a la seguridad de los niños / jóvenes de hasta 12 años con respecto al transporte motorizado.

Según datos de la Asociación para la Promoción de la Seguridad Infantil (APSI) (2015), las altas tasas de mortalidad y morbilidad infantil y juvenil asociadas con los accidentes de tráfico son una realidad preocupante en la sociedad actual. En Portugal, los accidentes de tráfico representan el 66% del total de muertes en este grupo de edad (DGS, 2013). Los estudios han encontrado que el uso correcto de los sistemas de retención infantil reduce estas tasas. Sin embargo, lo que la literatura actual también demuestra es que el mayor desafío que enfrenta este problema es, además de la insuficiente conciencia y capacitación tanto de los padres / cuidadores como de los profesionales de la salud con respecto al uso correcto de las medidas de seguridad en el transporte de niños / jóvenes (Fernandes, 2015), **la falta de equipos adecuados para transportar niños / jóvenes, especialmente en camillas de ambulancia**. Por lo tanto, la evidencia apunta a, a pesar de las recomendaciones existentes, una diferencia sustancial entre lo que se recomienda y lo que se aplica en la práctica.

La base de la calidad del transporte es la seguridad del niño, es decir, la forma en que se transporta al niño. El derecho de los niños a una atención de calidad, donde la seguridad es un componente crítico, requiere que el transporte se realice con el menor riesgo y la mayor seguridad posible.

Cada vez más, las organizaciones de salud se basan en una cultura de seguridad y calidad en la atención, por lo que es importante desarrollar proyectos centrados en el desarrollo de estrategias de mejora continua, en las que este proyecto se está desarrollando.

En este sentido y para conocer el desempeño de los bomberos de la región del centro de Alentejo con respecto al transporte de niños en ambulancias, se desarrolló un estudio. Además de analizar las formas de transporte de las corporaciones en estudio, se analizaron los

sistemas de retención infantil existentes que revelaron **un bajo porcentaje de dispositivos adecuados para dichos transportes.**

Vengo aquí y, en el contexto del trabajo que estoy desarrollando, exponiendo la situación del servicio en el que trabajo: Servicio de Emergencia Pediátrica. **En este servicio, no tenemos este equipo, KIDY SAFE® u otro equipo similar disponible,** y después de analizar la existencia de estos SRC en corporaciones en la región del Alentejo Central, concluí que solo el 46.2% de los bomberos tienen SRC similares (**solo 1 corporación tiene KIDY SAFE®**) que garantiza la seguridad del niño transportado en una camilla de ambulancia. Estos datos son preocupantes porque revelan **que la mayoría de los niños transportados en camillas de ambulancia no son correcta y segura.** La seguridad del transporte es responsabilidad de los profesionales que la realizan, por lo que preocupa la falta de equipos adecuados y especificaciones consistentes para el transporte seguro de niños en ambulancias.

Existen varios equipos disponibles en el mercado que se adaptan a camillas de ambulancia para transportar niños, sin embargo, entre todos ellos, **el equipo KIDY SAFE®, dadas sus características, es lo que permite transportar a niños de diferentes grupos de edad en toda la gama en términos de peso (hasta 36 kg).** Después de haber tenido contacto con este equipo en otro hospital portugués, sé que el KIDY SAFE® es un sistema de seguridad pediátrico seguro, cómodo, simple y fácil de manejar, adaptable a camillas de ambulancia que garantiza la seguridad del niño transportado. Consiste en un lienzo antideslizante, dos cinturones ajustables longitudinalmente para la fijación a la camilla y un arnés ajustable, con cierre centralizado y botón de liberación rápida en la región abdominal, para asegurar al niño al lienzo, de manera cómoda y segura. Se adapta a diferentes antropometrías. Es lavable, resistente al agua, resistente a microorganismos, sustancias (combustible, aceite, desinfectante, alcohol, fluidos corporales) y temperaturas extremas (-30°C y + 70°C). **Por todas estas características es, sin duda, el equipo de elección para estas situaciones de transporte de niños en camillas de ambulancia.**

**Dado que el número de transferencias inter e intrahospitalarias que el Servicio de urgencia pediátrica y el Servicio de hospitalización pediátrica del hospital donde realizo son numerosas cada año,** es crucial contar con sistemas de retención adecuados para garantizar seguridad infantil para llevar. Dada la inexistencia de estos sistemas en los bomberos, si existen en el servicio que solicita el transporte del niño se puede utilizar para garantizar el transporte correcto y seguro del niño. Por lo tanto, reconociendo la importancia de los sistemas de retención infantil y su uso en el transporte en ambulancia, especialmente **KIDY SAFE®**, y debido a la falta de equipos en estos transportes para salvaguardar la seguridad de

los niños transportados, **los Servicios de Emergencia Pediátrica y Atención pediátrica para pacientes hospitalizados, tienen la intención de comprar equipos *KIDY SAFE*<sup>®</sup> y *KIDY SAFE REDUCTOR*<sup>®</sup>** para prevenir y minimizar los peligros que pueden resultar del transporte de niños en ambulancias para la salud del niño que se transporta.

**Mi contacto es solicitar, si es posible, patrocinio o algún apoyo para la compra de estos equipos *KIDY SAFE*<sup>®</sup> y *KIDY SAFE REDUCTOR*<sup>®</sup> para el Departamento de Emergencias Pediátricas y Emergencias Pediátricas del Hospital Espíritu Santo de Évora.**

Le agradezco de antemano su atención y disponibilidad para cumplir con mi solicitud. De esta manera, será posible actuar hacia la seguridad en el transporte de niños / jóvenes en ambulancias, favoreciendo la creación de un entorno seguro y la consiguiente reducción de accidentes y / o lesiones resultantes de ellos.

Estoy disponible para cualquier aclaración adicional que pueda necesitar.

Espero una respuesta.

Con mis sinceros saludos,

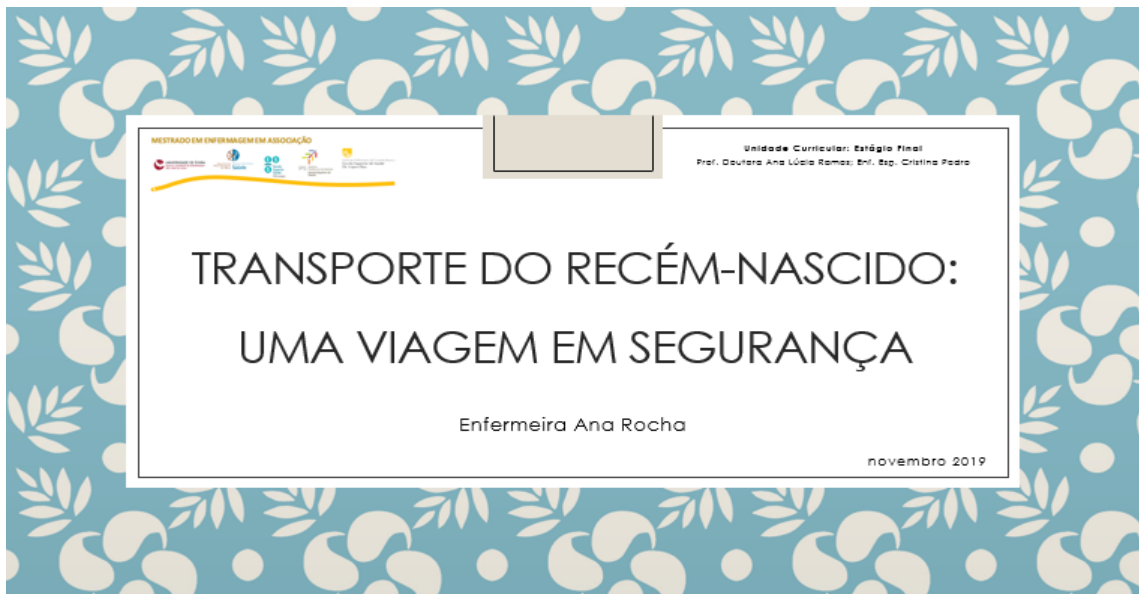
Ana Rocha.

## APÊNDICE 15 – Plano da sessão de capacitação para pais – UCIN

|   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <b>Plano:</b> Sessão de capacitação para a saúde                                  |   |                                     |
| <b>Tema da sessão: Transporte do recém-nascido: uma viagem em segurança</b>       |   |                                     |
| <b>População-alvo:</b> Pais de recém-nascidos que se encontrem internados na UCIN | <b>Duração:</b> 60 minutos  | <b>Data:</b> 20 de novembro de 2019 |
| <b>Local:</b> Sala de Pré-alta da UCIN  | <b>Horário:</b> 10h30m – 11h30m   |                                     |
| <b>Formadora:</b> Enfermeira Ana Rocha  |   |                                     |
| <b>Objetivo Geral</b>   | - Sensibilizar e capacitar pais de recém-nascidos, internados na UCIN, para a segurança no transporte de crianças no automóvel de modo a prevenir acidentes rodoviários.  |                                     |
| <b>Objetivos Específicos</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Que os formandos saibam mencionar os dois critérios através dos quais se adequam os sistemas de retenção às crianças;</li> <li>❖ Que os formandos saibam identificar o lugar do automóvel onde deve ser transportado o recém-nascido em função da idade e da cadeira que utilize;</li> <li>❖ Que os formandos saibam reconhecer os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança no recém-nascido.</li> </ul> |                                     |

| Etapas                 | Conteúdos   | Estratégias   |  |  |                    | Tempo             |
|------------------------|---|---|--|--|--------------------|-------------------|
|                        |   | Métodos e técnicas de ensino  | Meios auxiliares de ensino   | Atividades de grupo  | Avaliação          |                   |
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da formadora ao grupo;</li> <li>- Exposição da temática a abordar e pertinência da mesma;</li> <li>- Menção dos objetivos da sessão;</li> <li>- Distribuição aos formandos um questionário de avaliação de conhecimentos (pré-teste).</li> </ul>  | <p>Oral</p> <p>Expositivo</p>   | <p>Computador</p> <p>Videoprojetor</p> <p>Tela branca</p> <p>Microsoft Office (PowerPoint®)</p> <p>Questionário pré-teste</p>  | <p>Preenchimento do pré-teste</p>  | <p>Diagnóstica</p> | <p>15 minutos</p> |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados estatísticos sobre acidentes rodoviários em crianças e jovens;</li> <li>- Lesões mais frequentes decorrentes de acidentes rodoviários;</li> <li>- Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro – artigo 55.º;</li> <li>- Sistemas de retenção:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como escolher;</li> <li>- Quando trocar?</li> <li>- Como colocar?</li> </ul> </li> <li>- Transporte do bebé prematuro;</li> <li>- Importância dos pais/cuidadores na educação das crianças/jovens.</li> </ul> | <p>Oral</p> <p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p> <p>Demonstrativo</p> | <p>Computador</p> <p>Videoprojetor</p> <p>Tela branca</p> <p>Microsoft Office (PowerPoint®)</p> <p>Vídeo</p> <p>Sistema de retenção grupo 0+</p>                           | <p>Interação com o grupo com o intuito de perceber as suas práticas e conhecimentos acerca da temática</p>   | <p>Formativa</p>   | <p>25 minutos</p> |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese de aspetos relevantes da sessão;</li> <li>- Questões e esclarecimento de dúvidas ao grupo;</li> <li>- Avaliação dos objetivos programados para a sessão – preenchimento do questionário pós-teste;</li> <li>- Entrega de autocolante informativo;</li> <li>- Entrega aos formandos do questionário para preenchimento para avaliação da sessão e posterior recolha dos mesmos preenchidos;</li> <li>- Conclusão da sessão.</li> </ul>  | <p>Oral</p> <p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p>                      | <p>Computador</p> <p>Videoprojetor</p> <p>Tela branca</p> <p>Microsoft Office (PowerPoint®)</p> <p>Questionários (pós-teste) e (de avaliação da sessão)</p> <p>Canetas</p> | <p>Preenchimento do questionário pós-teste;</p> <p>Entrega de autocolante informativo;</p> <p>Avaliação da sessão – preenchimento de questionário.</p> | <p>Sumativa</p>    | <p>20 minutos</p> |

## APÊNDICE 16 – Diapositivos da apresentação em suporte digital *PowerPoint*® para a sessão – UCIN



### Objetivos

Mencionar os dois critérios através dos quais se adequam os sistemas de retenção às crianças;

Identificar o lugar do automóvel onde deve ser transportado o recém-nascido em função da idade e da cadeira que utilize;

Reconhecer os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança no recém-nascido.

2

## Vamos testar os vossos conhecimentos

### Pré-teste

Transporte do recém-nascido/criança:  
uma viagem em segurança



3



## Dados Estatísticos

- Entre 2011 e 2015, morreram **240** crianças e jovens nas estradas portuguesas e **dezenas de milhares** ficaram **feridos**;
  - Entre 2012 e 2016, ocorreram **6548 internamentos** devido a acidentes rodoviários;
  - **Últimos 20 anos: diminuição** significativa do n.º de **crianças e jovens** que **morreram** na sequência de acidentes rodoviários em Portugal
- no entanto números atuais ainda elevados e alarmantes.



(Marujo et al., 2003; Waksman & Pirito, 2005; Martins et al., 2007; APSI, 2015a; APSI, 2017) 5

## Lesões mais frequentes



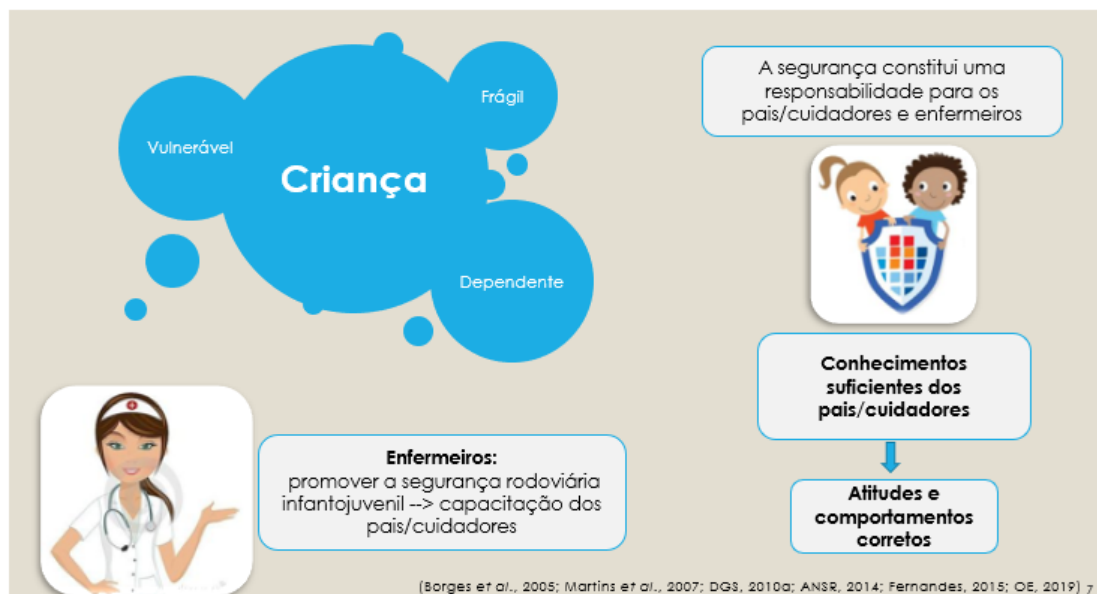
**Até aos 2 anos:  
pescoço**

causadas pelo tamanho da cabeça e fragilidade da coluna vertebral



**Cabeça grande e pesada**  
**Pescoço pequeno e frágil**

(DGT, 2015) 6



## Prevenção

A correta utilização dos sistemas de retenção adequados ao peso, à idade e ao tamanho da criança no transporte automóvel contribui para a diminuição das mortes (em 75%) e da gravidade dos ferimentos (em 90%) em caso de acidente.

(Martins et al., 2007; DGT, 2015) 8

### Decreto-Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro Artigo 55.º - Transporte de crianças em automóvel

"1 - As crianças com menos de 12 anos de idade transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, desde que tenham altura inferior a 135 cm, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso."

"2 - O transporte das crianças (...) deve ser efetuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:

- a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção, não podendo, neste caso, estar ativada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;
- b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco."

"3 - Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos."

"4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de (euro) 120 a (euro) 600 por cada criança transportada indevidamente."

(AR, 2013) 9

## Como escolher os sistemas de retenção?

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <b>GRUPO 0 ou 0+</b><br><b>0-13 kg</b><br><b>75cm</b><br>Até 12 meses | <b>GRUPO I</b><br><b>9-18 kg</b><br><b>105cm</b><br>Aprox. de 8 meses até 3/4 anos | <b>GRUPO II</b><br><b>15-25 kg</b><br>Aprox. dos 3 até aos 7 anos | <b>GRUPO III</b><br><b>22-36 kg</b><br>Aprox. dos 6 até aos 12 anos | <b>ASSENTOS ELEVATÓRIOS</b><br><b>22-36 kg</b><br>Aprox. 8/9 anos até 135 cm de altura e/ou 12 anos |
|---|--|---|---|---|

Fonte: Fundación MAPFRE

Acordelha-se que a criança viaja na cadeirinha virada para a retaguarda até à idade mais tardia possível 3/4 anos

Até 18/24 meses

Virada para a retaguarda  
Banco traseiro ou da frente  
(airbag frontal inativo)

Virada para a frente  
Banco traseiro

[Borges et al., 2005; Martins et al., 2007; DGS, 2010a] 10

## Sistemas de retenção

Cadeiras de segurança

- seguras
- adequadas ao peso, tamanho e idade da criança
- homologadas
- confortáveis
- adaptadas corretamente ao automóvel

|                |   |
|----------------|---|
| i-Size         | Nome da Homologação                     |
| 67 cm - 105 cm | Altura e peso da criança                |
| < 18,5 kg      | Local onde a homologação foi realizada. |
| <b>E4</b>      | E: Europa<br>4: Holanda                 |
| 129R-0000001   | Número de aprovação                     |
| Nr. 000000     | Número de série                         |

Antes de comprar qualquer cadeira, experimente-a sempre no automóvel em que a vai usar e de preferência, com a criança que a vai utilizar.

Fonte: Fundación MAPFRE


[Borges et al., 2005; Martins et al., 2007] 11

## Quando trocar a cadeira?

Quando o peso e/ou a idade da criança **ultrapassar os limites máximos estabelecidos**

Quando a cabeça da criança **ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira**

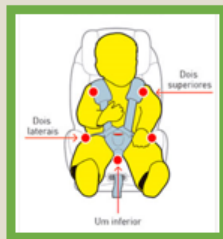
[APSI, s.d.] 12



**“Por cada euro investido numa cadeirinha/banco de criança, poupa-se 32 euros em tratamentos e reabilitação.”**

(Nascimento, 2008 citando Estudo do Centre for Disease Control and Prevention, 2000) 13

## Como colocar os cintos de segurança? no ovinho



- Colocar o bebê, bem sentado (glúteos apoiados no fundo da cadeira e coluna bem encostada atrás), no ovinho;
- Colocar os cintos internos superiores por cima dos ombros e unir as pontas do cinto para inserir no encaixe central;
- Ajustar os cintos puxando o cinto inferior.

O **cinto interno de segurança** deve ficar **ajustado ao corpo da criança** (folga de um dedo entre os cintos e o corpo da criança).  
Nunca deve estar torcido, dobrado nem com folgas.



**Evite roupas muito volumosas que possam dificultar a colocação e o ajuste correto do cinto interno da cadeira**

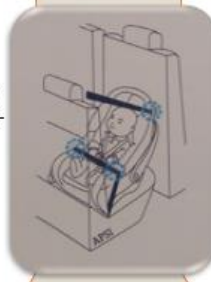
(DGS, 2010b) 14

## A cadeira no automóvel

### ONDE ?

Banco de trás  
(preferencialmente)

Banco da frente com airbag frontal inativo



### COMO ?

Virada para a  
retaguarda

até aos 3/4 anos  
(de preferência)  
mínimo 18/24meses



(DGS, 2010b) 15

<https://www.youtube.com/watch?v=Sg5i9YInU64>

## Grelha de observação e registo

no momento da alta hospitalar

TRANSPORTE DO BEBÉ NA CADEIRA - GRELHA DE OBSERVAÇÃO E REGISTO

Mãe  Pai  Pais  Outro familiar  \_\_\_\_\_

| OBSERVAÇÃO  | APRECIÇÃO |     |               |
|---|-----------|-----|---------------|
|   | Sim       | Não | Não aplicável |
| A cadeira é homologada (selo de segurança E - 0-750 ou 0-7-100)   |           |     |               |
| A cadeira é adequada ao peso, estatura e idade do bebé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui redutor interno</li> </ul>   |           |     |               |
| A cadeira é em segunda mão <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reúne condições de segurança (não apresenta danos visíveis nem falta de peças)</li> </ul>   |           |     |               |
| A/O mãe/pai sabe como e onde deve colocar corretamente a cadeira no automóvel<br><small>(consulte para a instalação, no banco de trás, profissionais/lojistas ou bancos da Porsche para airbag frontal inativo)</small> |           |     |               |

| OBSERVAÇÃO  | APRECIÇÃO  |                         |                         |
|---|------------|-------------------------|-------------------------|
|   | não cumpre | Cumprir com dificuldade | Cumprir sem dificuldade |
| Coloca o bebé bem sentado na cadeira<br><small>(glúteos apoiados no banco e coluna encostada atrás)</small>             |            |                         |                         |
| Coloca os cintos internos superiores por cima dos ombros do bebé  |            |                         |                         |
| Une as pontas dos cintos internos e prende no encaixe de segurança  |            |                         |                         |
| Ajusta os cintos internos ao corpo do bebé<br><small>(folga de 1 dedo entre a parte do bebé e o cinto)</small>          |            |                         |                         |
| Ajusta os revestimentos amoladores dos cintos internos superiores aos ombros-clavículas-parte superior do peito do bebé |            |                         |                         |
| Assegura que o bebé está bem colocado e em segurança na cadeira   |            |                         |                         |

Outros registos pertinentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR, À SAÍDA DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA:  
BEBÉ TRANSPORTADO EM SEGURANÇA NA CADEIRA

ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Autocolante informativo

colocar no ovinho



| GRUPO | PESO     | IDADE           | POSIÇÃO DA       | LUGAR  |
|-------|----------|-----------------|------------------|--|
| O+    | Até 13kg | Até 12-18 meses | Virada para trás | Banco traseiro (preferencialmente) ou Banco da frente com airbag frontal inativo |

Assegure que a cadeira tem a etiqueta E

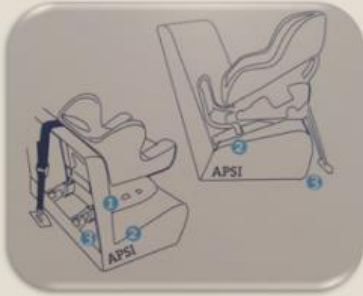
**COLOCAÇÃO CORRETA DO BEBÉ NA CADEIRA:**

- Colocar o bebé, bem sentado (rabo apoiado no fundo da cadeira e coluna bem encostada atrás) no ovinho
- Colocar os cintos internos superiores por cima dos ombros e unir as pontas do cinto para inserir no encaixe central
- Ajustar os cintos ao corpo do bebé puxando o cinto inferior (folga de um dedo entre os cintos e o corpo da criança)

**MUDE DE CADEIRA:**

- quando o **peso e/ou a idade** da criança **exceder os limites máximos estabelecidos;**
- se a **cabeça da criança ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira.**

## Sistema Isofix



Facilita a colocação e reduz os erros de instalação das cadeirinhas no automóvel

(APSI, 2015b) 19

## Transporte do bebé prematuro

**No serviço de Neonatologia**

- Experimentar a cadeira que o bebé irá usar;
- Colocar proteções na cabeça e lateralmente ao corpo do bebé ajustando-o à cadeira;
- Averiguar qual o plano de inclinação ideal para a cadeira do bebé;
- 1 semana antes da data prevista da alta ou no dia da alta: Monitorização dos sinais vitais do bebé sentado na cadeira durante 90 a 120 minutos;
  - Se durante a avaliação surgir alguma alteração dos sinais vitais, o bebé deve ser transportado em alfofa.
- Limitar as deslocações de carro o mais possível durante os primeiros meses;
- Evitar viagens longas em que o bebé tenha que permanecer durante mais do que 1 hora sentado na cadeira;
- Supervisionar permanentemente o bebé durante a viagem.



(SPN, 2016) 20

## A alfofa no automóvel

**ONDE ?**  
Banco de trás

**COMO ?**  
Virada de lado  
Cabeça do bebé para o interior do veículo

**UTILIZADA APENAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS**  
RN com hipotonia severa, problemas respiratórios em posição semi-sentada, cirurgia recente à coluna, aparelhos que impeçam a colocação do cinto da cadeira, colar cervical



**Tem que ter cintos internos de segurança**

(SPN, 2016) 21

## Cadeiras em 2.ª mão

- Utilize cadeiras novas. Em caso de empréstimo ou compra em segunda mão, nunca utilize cadeiras que tenham estado envolvidas em acidentes ou que apresentem danos;
- É essencial que contenham todas as peças e o manual de instruções;
- Não utilize cadeiras antigas, mais de quatro a seis anos de uso ou antiguidade;

[APSI, 2019] 22



[ANSR, 2014; DGT, 2015; Fernandes, 2015] 23

## Sabia que...



Num acidente a 45 km/h a criança será projetada ou esmagada por uma força **20 vezes superior** ao seu próprio peso.

Em caso de acidente, uma criança que viaje à solta no automóvel, está sujeita a um risco de morte ou ferimentos graves **2 a 10 vezes superior** ao de uma criança que viaje com um sistema de retenção adequado.

Um acidente a **50 km/h** e a **80km/h** equivale a uma queda do **3º e 9º andar de um edifício**, respetivamente.

**Só a utilização de uma cadeirinha adequada até a criança ter 135 cm de altura ou 12 anos, a protegerá da melhor forma em caso de acidente.**

[Sandes & Levy, 2004] 24

## Considerações Finais



[https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=39&v=mvznzOFBZSM&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?time_continue=39&v=mvznzOFBZSM&feature=emb_logo)

25

**As cadeiras de segurança infantis salvam a vida mas somente quando utilizadas de modo correto!**

26

**Dúvidas?**

**Questões?**



27

# Vamos testar os vossos conhecimentos

## Pós-teste

Transporte do recém-nascido/criança:  
uma viagem em segurança



28

1. É obrigatório usar cadeira de segurança no transporte automóvel de recém-nascidos/crianças, ou banco elevatório no caso dos jovens, tendo em conta:

a) Peso e altura

b) Idade e altura

c) Peso e Idade

2. As cadeiras de segurança/banco elevatório devem ser adequadas ao recém-nascido/criança/jovem tendo em conta:

a) Sexo e idade

b) Altura e sexo

c) Peso e idade e altura

3. O recém-nascido deve viajar no automóvel com a cadeira de segurança:

a) Virada para a frente

b) Virada para a retaguarda

4. Caso seja necessário transportar o recém-nascido/criança no banco da frente, a cadeira de segurança deve estar virada para a retaguarda e o *airbag* frontal:

a) Ativo

b) Inativo

5. A criança até aos 18 meses de idade deve viajar no automóvel com a cadeira de segurança:

a) Virada para a frente

b) Virada para a retaguarda

c) Virada de lado

7. O cinto de segurança, quer o da própria cadeira quer o do automóvel, deve ser sempre colocado no recém-nascido/criança/jovem:

a) Ajustado ao corpo

b) Com folgas largas ao corpo

c) Muito apertado ao corpo

29



Fonte: APSI



Fonte: APSI

30

## Referências Bibliográficas

- Assembleia da República (AR). (3 de setembro de 2013). Lei n.º 73/2013 de 3 de setembro. Diário da República 1.ª série — N.º 149, 5666-5699
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (API). (Janeiro de 2015b). Acidentes Rodoviários com Crianças e Jovens (0-17anos) - Evolução nos Últimos 14 anos (1998-2013) - Principais Resultados. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em: [http://api.org.pt/images/Documentos/RelacoesAnuais/RelacoesAnuais\\_17932013.pdf](http://api.org.pt/images/Documentos/RelacoesAnuais/RelacoesAnuais_17932013.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (API). (Janeiro de 2015a). A casinha da casinha adequada. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em [http://api.org.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&layout=article&Itemid=20&lang=pt](http://api.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&layout=article&Itemid=20&lang=pt)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (API). (Julho de 2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação 2017. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em [https://www.api.org.pt/images/25anos/PDF/APIS\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANT\\_LJ2017.pdf](https://www.api.org.pt/images/25anos/PDF/APIS_RELATORIO_SEGURANCA_INFANT_LJ2017.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (API). (Julho de 2019). Produtos para bebés e crianças - casinha correta e utilização segura.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (API). (s.d.). Estatísticas em Portugal. In Fundação MAPFRE. Disponível em: <https://estatisticas.fundacao-mapfre.org/infancia/estudo-e-publicacao/estatisticas/portugal/>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR). (2 de agosto de 2014). Fome familiar: Crianças até aos 14 anos (2004-2013). In Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Disponível em <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelacoesAnuais/Documentos/2014/FOME%20FAMILIAR%20-%20CRIANÇAS.pdf>
- Braga, A. C., Costa, E., Pinto, M. L., & Costa, M. (2005). Como transporta os seus filhos? NASCER E CRESCER - revista de hospital de crianças mais pgs. 14(2), 75-77.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2010a). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2014. In Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pagina-destacada/saude-do-p-04/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (14 de setembro de 2010a). Transporte de Crianças em Automóvel desde a sala de Maternidade. In Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directores-de-epi/infancia-e-criancas-informacao/infancia-02/2010-09-14/072010.aspx>
- DGT. (2015). Disponível em: <http://www.dgt.pt/pt/3015/index.html>
- Fundação MAPFRE. (s.d.). Disponível em: <https://www.fundacao-mapfre.org/fundacion/pt/pt/>
- Fernandes, M. N. (2015). Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido (Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.
- Martins, S., Oliveira, R., Sanches, A. R., Correia, S., Nascimento, C., Figueira, J., ... Silva, L. J. (2007). Transporte automóvel de lactentes e crianças: Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. Acta Paediatrica Portuguesa, 33(4), 314-9.
- Marujo, A., Valério, P., & Faria, D. (setembro de 2005). Transporte de crianças em automóvel - O que fazem os nossos pais. Saúde Infantil, 29(3), 25-37.
- Nascimento, S. (26 de maio de 2006). Acidentes Rodoviários com crianças e jovens: evolução e impacto das estratégias implementadas.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (4 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série — N.º 26, 4746-4750
- Sanches, A. R., & Levy, L. (2004). Segurança no transporte de Crianças em Automóvel - Uma Longa Estrada a Parar. Acta Paediatrica Portuguesa, 31(4(2)), 435-437.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN). (Julho de 2014). Manual completo. In Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Disponível em: <https://www.spn.pt/pt/wp-content/uploads/2014/10/Manual-completo.pdf>
- Rebelo, C. T. (23 de maio de 2018). Transporte de crianças no automóvel. In mais. Disponível em: [https://mais.moz.up.pt/index.php/transporte\\_de\\_crianças\\_no\\_automóvel](https://mais.moz.up.pt/index.php/transporte_de_crianças_no_automóvel)
- Wiseman, R. G., & Potts, R. M. (2005). O pediatra e a segurança no trânsito. Jornal de Pediatria, 81(5), 518-518.

31

Obrigada pela  
participação!

Mestrado em Enfermagem em Associação

Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Curricular: Estágio Final  
Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos: Enl. Esp. Cristina Pedro

# TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO: UMA VIAGEM EM SEGURANÇA

Enfermeira Ana Rocha

novembro 2019

**APÊNDICE 17 – Grelha de observação e registo: ‘Transporte do bebé no ‘ovinho’**

**TRANSPORTE DO BEBÉ NA CADEIRA - GRELHA DE OBSERVAÇÃO E REGISTO**

Mãe  Pai  Pais  Outro familiar  \_\_\_\_\_

| OBSERVAÇÃO   | APRECIACÃO |                        |                        |
|--|------------|------------------------|------------------------|
|  | Sim        | Não                    | Não aplicável          |
| A cadeira é homologada (possui etiqueta E – n.º 04 ou n.º 00)  |            |                        |                        |
| A cadeira é adequada ao peso, estatura e idade do bebé<br>• Possui redutor interno   |            |                        |                        |
| A cadeira é em segunda mão<br>• Reúne condições de segurança (não apresenta danos visíveis nem falta de peças)   |            |                        |                        |
| A/O mãe/pai sabe como e onde deve colocar corretamente a cadeira no automóvel<br><i>(virada para a retaguarda; no banco de trás preferencialmente, ou no banco da frente com airbag frontal inativo)</i> |            |                        |                        |
| OBSERVAÇÃO   | APRECIACÃO |                        |                        |
|  | Não cumpre | Cumpre com dificuldade | Cumpre sem dificuldade |
| Coloca o bebé bem sentado na cadeira<br><i>(glúteos apoiados no fundo e coluna encostada atrás)</i>  |            |                        |                        |
| Coloca os cintos internos superiores por cima dos ombros do bebé   |            |                        |                        |
| Une as pontas dos cintos internos e prende no encaixe de segurança   |            |                        |                        |
| Ajusta os cintos internos ao corpo do bebé<br><i>(folga de 1 dedo entre o corpo do bebé e os cintos)</i>   |            |                        |                        |
| Ajusta os revestimentos almofadados dos cintos internos superiores aos ombros-clavículas-parte superior do peito do bebé   |            |                        |                        |
| Assegura que o bebé está bem colocado e em segurança na cadeira  |            |                        |                        |

Outros registos pertinentes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR, À SAÍDA DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA:**

**BEBÉ TRANSPORTADO EM SEGURANÇA NA CADEIRA**

ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE 18 – Plano da sessão de capacitação para pais/cuidadores – Serviço de Internamento de Pediatria

|  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <b>Plano:</b> Sessão de capacitação para a saúde   |  |                                    |
| <b>Tema da sessão: Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança</b>  |  |                                    |
| <b>População-alvo:</b> Pais/Cuidadores de crianças e jovens até aos 12 anos, presentes no serviço de internamento de Pediatria | <b>Duração:</b> 60 minutos   | <b>Data:</b> 17 de janeiro de 2020 |
| <b>Local:</b> Sala de espera do serviço de internamento de Pediatria   | <b>Horário:</b> 11h30m – 12h30m  |                                    |
| <b>Formadoras:</b> Enfermeira Ana Rocha  |  |                                    |
| <b>Objetivo Geral</b>  | - Sensibilizar e capacitar pais/cuidadores de crianças e jovens até aos 12 anos, presentes no serviço de internamento de Pediatria, para a segurança no transporte de crianças e jovens no automóvel de modo a prevenir acidentes rodoviários.   |                                    |
| <b>Objetivos Específicos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Que os formandos saibam referir os dois critérios que regulamentam a obrigatoriedade do uso de cadeira de segurança no transporte automóvel;</li> <li>❖ Que os formandos saibam mencionar os dois critérios através dos quais se adequam os sistemas de retenção às crianças/jovens;</li> <li>❖ Que os formandos saibam identificar o lugar do automóvel onde deve ser transportada a criança/jovem em função da idade e da cadeira que utilize;</li> <li>❖ Que os formandos saibam reconhecer os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança na criança/jovem.</li> </ul> |                                    |

| Etapas                 | Conteúdos  | Estratégias  |  |   |                                 | Tempo      |            |
|------------------------|--|--|--|---|---------------------------------|------------|------------|
|                        |  | Métodos e técnicas de ensino   | Meios auxiliares de ensino   | Atividades de grupo   | Avaliação                       |            |            |
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da formadora ao grupo;</li> <li>- Exposição da temática a abordar e pertinência da mesma;</li> <li>- Menção dos objetivos da sessão;</li> <li>- Distribuição aos formandos um questionário de avaliação de conhecimentos (pré-teste).</li> </ul>   | <p style="text-align: center;">Oral</p> <p style="text-align: center;">Expositivo</p>          | <p style="text-align: center;">Computador</p> <p style="text-align: center;">Videoprojetor</p> <p style="text-align: center;">Tela branca</p> <p style="text-align: center;">Microsoft Office (PowerPoint®)</p> <p style="text-align: center;">Questionário pré-teste</p>  | Preenchimento do pré-teste  | Diagnóstica                     | 15 minutos |            |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados estatísticos sobre acidentes rodoviários em crianças e jovens;</li> <li>- Lesões mais frequentes decorrentes de acidentes rodoviários;</li> <li>- Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro – artigo 55.º;</li> <li>- Sistemas de retenção:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como escolher;</li> <li>- Quando trocar?</li> <li>- Como colocar?</li> </ul> </li> <li>- Importância dos pais/cuidadores na educação das crianças/jovens.</li> </ul> | <p style="text-align: center;">Oral</p> <p style="text-align: center;">Expositivo</p>          | <p style="text-align: center;">Computador</p> <p style="text-align: center;">Videoprojetor</p> <p style="text-align: center;">Tela branca</p> <p style="text-align: center;">Microsoft Office (PowerPoint®)</p> <p style="text-align: center;">Vídeo</p>   | Interação com o grupo com o intuito de perceber as suas práticas e conhecimentos acerca da temática | Formativa                       | 25 minutos |            |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese de aspetos relevantes da sessão;</li> <li>- Questões e esclarecimento de dúvidas ao grupo;</li> <li>- Avaliação dos objetivos programados para a sessão – preenchimento do questionário pós-teste;</li> <li>- Entrega de folheto informativo;</li> <li>- Entrega aos formandos do questionário para preenchimento para avaliação da sessão e posterior recolha dos mesmos preenchidos;</li> <li>- Conclusão da sessão.</li> </ul>   | <p style="text-align: center;">Interrogativo</p> <p style="text-align: center;">Interativo</p> | <p style="text-align: center;">Computador</p> <p style="text-align: center;">Videoprojetor</p> <p style="text-align: center;">Tela branca</p> <p style="text-align: center;">Microsoft Office (PowerPoint®)</p> <p style="text-align: center;">Questionários (pós-teste) e (de avaliação da sessão)</p> <p style="text-align: center;">Canetas</p> | Preenchimento do questionário pós-teste;  | Entrega de folheto informativo; | Sumativa   | 20 minutos |

## APÊNDICE 19 – Diapositivos da apresentação em suporte digital *PowerPoint*® para a sessão – Serviço de Internamento de Pediatria



### Objetivos


- Referir os dois critérios que regulamentam a obrigatoriedade do uso de cadeira de segurança no transporte automóvel;
- Mencionar os dois critérios através dos quais se adequam os sistemas de retenção às crianças/jovens;
- Identificar o lugar do automóvel onde deve ser transportada a criança/jovem em função da idade e da cadeira que utilize;
- Reconhecer os posicionamentos corretos e incorretos do uso do cinto de segurança na criança/jovem.

2

### Vamos testar os vossos conhecimentos

**Pré-teste**

Transporte da criança/jovem:  
uma viagem em segurança



3



## Dados Estatísticos

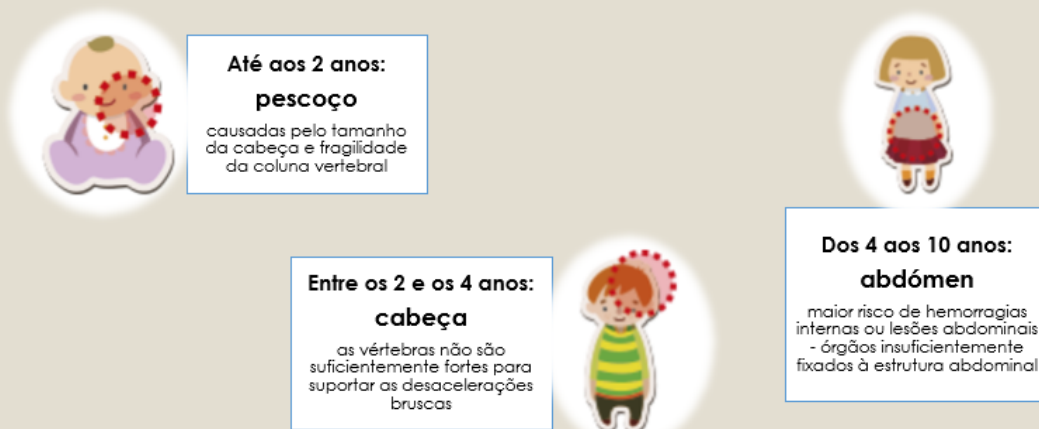
- Entre 2011 e 2015, morreram **240** crianças e jovens nas estradas portuguesas e **dezenas de milhares** ficaram **feridos**;
- Entre 2012 e 2016, ocorreram **6548 internamentos** devido a acidentes rodoviários;
- **Últimos 20 anos: diminuição** significativa do n.º de **crianças e jovens** que **morreram** na sequência de acidentes rodoviários em Portugal

no entanto números atuais ainda elevados e alarmantes.

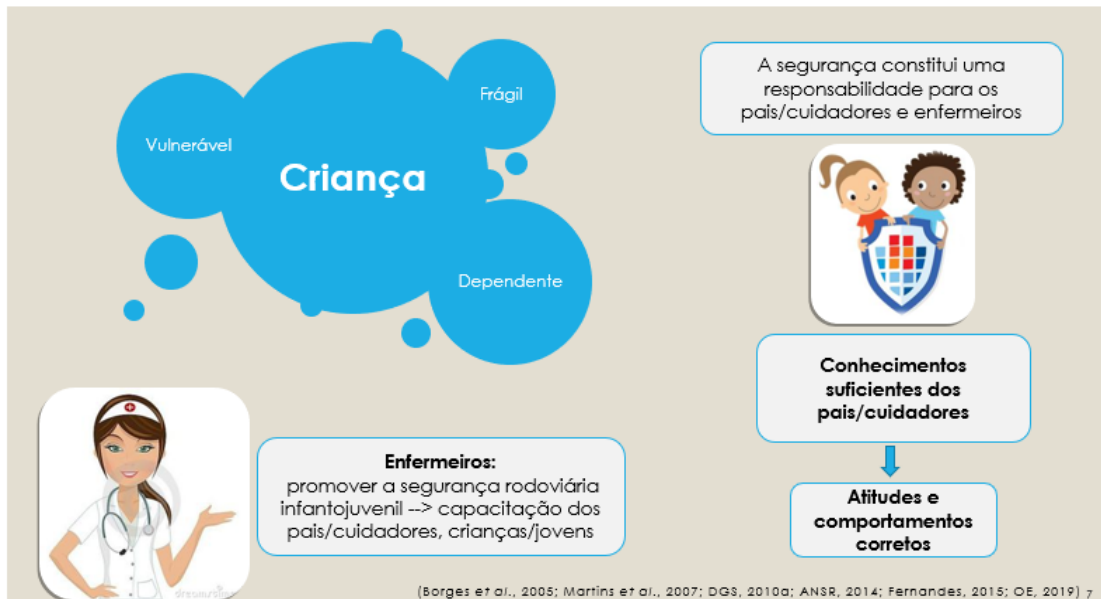


(Marujo et al., 2003; Waksman & Pirito, 2005; Martins et al., 2007; APSI, 2015a; APSI, 2017) 5

## Lesões mais frequentes



(DGT, 2015) 6



## Prevenção

A correta utilização dos sistemas de retenção adequados ao peso, à idade e ao tamanho da criança no transporte automóvel contribui para a diminuição das mortes (em 75%) e da gravidade dos ferimentos (em 90%) em caso de acidente.

(Martins et al., 2007; DGT, 2018) 8

## Decreto-Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro

### Artigo 55.º - Transporte de crianças em automóvel

"1 – As crianças com **menos de 12 anos** de idade transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, desde que tenham **altura inferior a 135 cm**, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso."

"2 – O transporte das crianças (...) deve ser efetuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:

- a) Se a criança tiver **idade inferior a 3 anos** e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção, não podendo, neste caso, estar atizada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;
- b) Se a criança tiver **idade igual ou superior a 3 anos** e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco."

"3 – Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de **idade inferior a 3 anos**."

"6 – Quem **infringir** o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de (euro) 120 a (euro) 600 por cada criança transportada indevidamente."

(AR, 2013) 9

## Sistemas de retenção

**Cadeiras de segurança**

- seguras
- adequadas ao peso, tamanho e idade da criança
- homologadas
- confortáveis
- adaptadas corretamente ao automóvel



|                          |  |
|--------------------------|--|
| i-Size                   | Nome da Homologação  |
| 67 cm - 105 cm < 18,5 kg | Altura e peso da criança   |
| E4                       | Local onde a homologação foi realizada:<br>E: Europa<br>4: Holanda |
| 129R-0000001             | Número de aprovação  |
| Nr. 000000               | Número de série  |

Fonte: Fundación MAPFRE




**Antes de comprar** qualquer cadeira, experimente-a sempre no automóvel em que a vai usar e de preferência, com a criança que a vai utilizar.

(Borges et al., 2005; Martins et al., 2007)10

## Como escolher os sistemas de retenção?

GRUPO 0 ou 0+0    GRUPO I    GRUPO II    GRUPO III    ASSENTOS ELEVATÓRIOS




**0-13 kg**  
**75cm**  
Até 12 meses

**9-18 kg**  
**105cm**  
Aprox. de 1 até 3/4 anos

**15-25 kg**  
Aprox. dos 3 até aos 7 anos

**22-36 kg**  
Aprox. dos 6 até aos 12 anos

**22-36 kg**  
Aprox. 8/9 anos até 135 cm de altura e/ou 12 anos



Aconselha-se que a criança viaje na cadeirinha virada para a retaguarda até à idade mais tardia possível - 3/4 anos

(Borges et al., 2005; Martins et al., 2007; DGS, 2010b)11

## Quando trocar a cadeira?

Quando o peso e/ou a idade da criança **ultrapassar os limites máximos estabelecidos**



Quando a cabeça da criança **ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira**

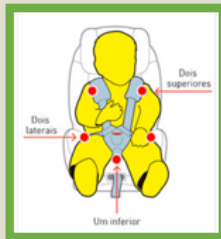
(APSI, s.d.)12



**“Por cada euro investido numa cadeirinha/banco de criança, poupa-se 32 euros em tratamentos e reabilitação.”**

(Nascimento, 2008 citando Estudo do Centre for Disease Control and Prevention, 2000) 13

## Como colocar os cintos de segurança? no ovinho



- Colocar o bebé, bem sentado (glúteos apoiados no fundo da cadeira e coluna bem encostada atrás), no ovinho;
- Colocar os cintos internos superiores por cima dos ombros e unir as pontas do cinto para inserir no encaixe central;
- Ajustar os cintos puxando o cinto inferior.

O **cinto interno de segurança** deve ficar ajustado ao corpo da criança (folga de um dedo entre os cintos e o corpo da criança). Nunca deve estar torcido, dobrado nem com folgas.



Evite roupas muito volumosas que possam dificultar a colocação e o ajuste correto do cinto interno da cadeira

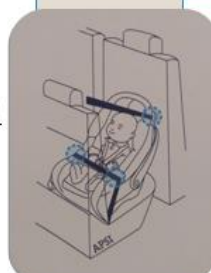
(DGS, 2010b) 14

## A cadeira no automóvel

### ONDE ?

Banco de trás  
(preferencialmente)

Banco da frente com airbag frontal inativo



### COMO ?

Virada para a  
retaguarda

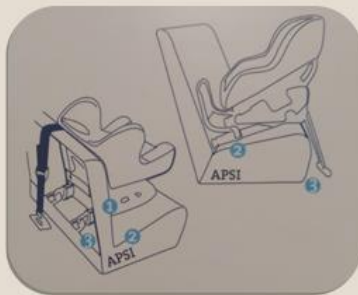
até aos 3/4 anos  
(de preferência)  
mínimo 18/24meses



(DGS, 2010b) 15

<https://www.youtube.com/watch?v=Sg5i9YInU64>

## Sistema Isofix



Facilita a colocação  
e reduz os erros de  
instalação das  
cadeirinhas no  
automóvel

[APSI, 2015b] 17

## A cadeira no automóvel

**ONDE ?**

Banco de trás



**COMO ?**

Virada para a  
frente



[DGS, 2010c] 18

## Como colocar o cinto de segurança? do automóvel



19

## Cadeiras em 2.ª mão


- Utilize cadeiras novas. Em caso de empréstimo ou compra em segunda mão, nunca utilize cadeiras que tenham estado envolvidas em acidentes ou que apresentem danos;
- É essencial que contenham todas as peças e o manual de instruções;
- Não utilize cadeiras antigas, mais de quatro a seis anos de uso ou antiguidade.

[APSI, 2019] 20



[ANSR, 2014; DGT, 2015; Fernandes, 2015] 21

## Sabia que...




Num acidente a 45 km/h a criança será projetada ou esmagada por uma força **20 vezes superior** ao seu próprio peso.

Em caso de acidente, uma criança que viaje à solta no automóvel, está sujeita a um risco de morte ou ferimentos graves **2 a 10 vezes superior** ao de uma criança que viaje com um sistema de retenção adequado.

Um acidente a **50 km/h** e a **80km/h** equivale a uma queda do **3º e 9º andar de um edifício**, respetivamente.

**Só a utilização de uma cadeirinha adequada até a criança ter 135 cm de altura ou 12 anos, a protegerá da melhor forma em caso de acidente.**



[Sandes & Levy, 2004] 22

## Considerações Finais

- Os **acidentes rodoviários** constituem ainda uma **importante causa de morte** nas crianças e jovens em Portugal;
- Por cada criança que morre muitas outras ficam feridas na sequência de acidentes rodoviários;
- Realidade preocupante** para toda a população podendo ser **alvo de intervenção** através de **medidas de prevenção**;
- Ao **transportar a criança** (até 12 anos ou com altura inferior a 135 cm) num **veículo** deve **utilizar sempre**, um **sistema de retenção adequado** ao **peso** e à **idade** da criança e **corretamente instalado**, seja qual for a velocidade ou a distância a percorrer.
- Diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade infantil e juvenil** associadas a acidentes rodoviários têm evidentes **ganhos em saúde** nesta população.

23

## Dúvidas? Questões?



24

# Vamos testar os vossos conhecimentos

## Pós-teste

Transporte da criança/jovem:  
uma viagem em segurança



25

1. É obrigatório usar cadeira de segurança no transporte automóvel de recém-nascidos/crianças, ou banco elevatório no caso dos jovens, tendo em conta:

- a) Peso e altura
- b) Idade e altura
- c) Peso e Idade

2. As cadeiras de segurança/banco elevatório devem ser adequadas ao recém-nascido/criança/jovem tendo em conta:

- a) Sexo e idade
- b) Altura e sexo
- c) Peso e idade e altura

3. O recém-nascido deve viajar no automóvel com a cadeira de segurança:

- a) Virada para a frente
- b) Virada para a retaguarda

4. Caso seja necessário transportar o recém-nascido/criança no banco da frente, a cadeira de segurança deve estar virada para a retaguarda e o *airbag* frontal:

- a) Ativo
- b) Inativo

5. A criança até aos 18 meses de idade deve viajar no automóvel com a cadeira de segurança:

- a) Virada para a frente
- b) Virada para a retaguarda
- c) Virada de lado

6. A criança/jovem transportada no automóvel sentada no banco elevatório deve ocupar o lugar:

- a) No banco da frente
- b) No banco de trás

7. O cinto de segurança, quer o da própria cadeira quer o do automóvel, deve ser sempre colocado no recém-nascido/criança/jovem:

- a) Ajustado ao corpo
- b) Com folgas largas ao corpo
- c) Muito apertado ao corpo

26



Fonte: APSI



Fonte: APSI

27

## Referências Bibliográficas

- Assembleia da República (AR). (3 de setembro de 2013). Lei n.º 73/2013 de 3 de setembro. Diário da República 1.ª série — N.º 149, 5666-6197
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). (Janeiro de 2018a). Acidentes Rodoviários com Crianças e Jovens (0-17anos) - Evolução nos Últimos 14 anos (1998-2013) - Principais Resultados. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em: [http://apsi.org.pt/imagens/Documentos/EvolucaoAcidentesRodoviariosInfancia\\_19982013.pdf](http://apsi.org.pt/imagens/Documentos/EvolucaoAcidentesRodoviariosInfancia_19982013.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). (Janeiro de 2018b). A escolha do cadeirinho adequada. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em: <http://apsi.org.pt/imagens/Documentos/EscolhaCadeirinhoAdequada>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). (Julho de 2017). 28 Anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação 2017. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em: [https://www.apsi.org.pt/imagens/28anos/PDF/APS\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/imagens/28anos/PDF/APS_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). (Julho de 2019). Práticas para bebés e crianças – escolha correta e utilização segura.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). (s.d.). Estatísticas em Portugal. In Fundação MAPFRE. Disponível em: <https://estatisticas.fundacionmapfre.org/Infancia/boavista-publicacao/estatisticas/portugal/>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR). (3 de agosto de 2014). Plano Temático "Crianças até aos 14 anos (2004-2013)". In Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Disponível em: [http://www.ansr.pt/Estatisticas/PlanosTematicos/Documentos/2014/PCMAS2008/ARTICULO\\_20-202008/ANQAS.pdf](http://www.ansr.pt/Estatisticas/PlanosTematicos/Documentos/2014/PCMAS2008/ARTICULO_20-202008/ANQAS.pdf)
- Borges, A. C., Costa, E., Pinto, M. L., & Costa, M. (2005). Como transporta os seus filhos? NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças matão pla. 14(2), 73-79.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2010a). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2014. In Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgsi.pt/pagina-acidentes/saude-de-a-e/s-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (14 de setembro de 2010b). Transporte de Crianças em Automóvel desde a sala de Maternidade. In Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgsi.pt/estatisticas-de-dgs/orientacoes-educativas-informativas/orientacoes-n-201010-as-14092010.aspx>
- DGT. (2015). Disponível em: <http://www.dgt.pt/PTV/an-2015/index.html>
- Fundação MAPFRE. (s.d.). Disponível em: [https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/pt\\_es/](https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/pt_es/)
- Fernandes, M. N. (2015). Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes das pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido (Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.
- Martins, S., Gouveia, R., Sanches, A. R., Correia, S., Nasimbenito, C., Figueira, J., . . . Silva, L. J. (2007). Transporte automóvel de lactentes e crianças: Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. Acta Paediatrica Portuguesa, 35(4), 254-9.
- Marujo, A., Monteiro, P., & Faria, D. (setembro de 2003). Transporte de crianças em automóvel - O que fazem os pais. Saúde Infantil, 25(2), 25-37.
- Nascimento, S. (26 de maio de 2008). Acidentes Rodoviários com crianças e jovens: evolução e impacto das estratégias implementadas.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série — N.º 26, 4744-4750
- Sanches, A. R., & Levy, L. (2004). Segurança no Transporte de Crianças em Automóvel - Uma Longa Bitarda a Pensar. Acta Paediatrica Portuguesa, 5(435), 435-439.
- Rebelo, C. T. (23 de maio de 2018). Transporte de crianças no automóvel. In mãe. Disponível em: [http://mae.mad.uq.pt/index.php/transporte\\_de\\_crianças\\_no\\_automóvel](http://mae.mad.uq.pt/index.php/transporte_de_crianças_no_automóvel)
- Wolman, R. D., & Pitts, R. M. (2005). O Pediatra e a segurança na infância. Jornal de Pediatria, 81(5), 3181-3185.

28

Obrigada pela participação!

## Folheto informativo

Pais/Cuidadores





## APÊNDICE 20 – Plano de sessão formativa para a equipa de enfermagem – UUP

|  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <b>Plano:</b> Sessão de formação em serviço  |  |                                    |
| <b>Tema da sessão: Transporte do recém-nascido: uma viagem em segurança</b>                  |  |                                    |
| <b>População-alvo:</b> Equipa de enfermagem da UUP e do Serviço de Internamento de Pediatria | <b>Duração:</b> 30 minutos   | <b>Data:</b> 10 de outubro de 2019 |
| <b>Local:</b> Sala de reuniões do Serviço de Internamento de Pediatria                       | <b>Horário:</b> 14h30m – 15h00m  |                                    |
| <b>Formadora:</b> Enfermeira Ana Rocha   |  |                                    |
| <b>Objetivo Geral</b>  | - Contribuir para a segurança dos recém-nascidos no transporte rodoviário.   |                                    |
| <b>Objetivos Específicos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reforçar conhecimentos sobre regras de segurança no transporte rodoviário;</li> <li>❖ Demonstrar o manuseamento do equipamento 'Kidy Safe®';</li> <li>❖ Apresentar a norma de utilização do 'Kidy Safe®' no transporte inter-hospitalar pediátrico;</li> <li>❖ Apresentar o folheto informativo para capacitação dos pais/cuidadores no que respeita ao transporte das crianças em segurança no automóvel.</li> </ul> |                                    |

| Etapas                 | Conteúdos   | Estratégias  |  |  |             | Tempo      |
|------------------------|---|--|--|--|-------------|------------|
|                        |   | Métodos e técnicas de ensino                       | Meios auxiliares de ensino   | Atividades de grupo  | Avaliação   |            |
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da formadora ao grupo;</li> <li>- Exposição da temática a abordar e pertinência da mesma;</li> <li>- Menção dos objetivos da sessão;</li> </ul>   | <p>Oral</p> <p>Expositivo</p>                      |  |  | Diagnóstica | 5 minutos  |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico de situação;</li> <li>- Segurança no transporte rodoviário;</li> <li>- Legislação existente;</li> <li>- Sistemas de retenção para crianças:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo 0/I/II/III;</li> <li>- <i>Kidy Safe</i><sup>®</sup>;</li> </ul> </li> <li>- Manuseamento do '<i>Kidy Safe</i><sup>®</sup>;</li> <li>- Norma de utilização do '<i>Kidy Safe</i><sup>®</sup>;</li> <li>- Folheto informativo para pais/cuidadores;</li> </ul> | <p>Oral</p> <p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Computador</p> <p>Microsoft Office (<i>PowerPoint</i><sup>®</sup>)</p> <p>Norma de procedimento</p> <p>Folheto informativo</p> <p>Vídeo</p>                                 | <p>Interação com o grupo com o intuito de perceber as suas práticas e conhecimentos acerca da temática</p> | Formativa   | 15 minutos |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese de aspetos relevantes da sessão;</li> <li>- Questões e esclarecimento de dúvidas ao grupo;</li> <li>- Entrega aos formandos do questionário para preenchimento para avaliação da sessão e posterior recolha dos mesmos preenchidos;</li> <li>- Conclusão da sessão.</li> </ul>   | <p>Interativo</p>                                  | <p>Computador</p> <p>Videoprojetor</p> <p>Tela branca</p> <p>Microsoft Office (<i>PowerPoint</i><sup>®</sup>)</p> <p>Questionários (de avaliação da sessão)</p> <p>Canetas</p> | <p>Avaliação da sessão – preenchimento de questionário</p>   | Sumativa    | 10 minutos |

## APÊNDICE 21 – Diapositivos de apresentação em suporte digital *PowerPoint*® para a sessão – UUP



### Sumário

- Objetivos: Geral e Específicos
- Diagnóstico de situação
- Segurança no transporte rodoviário
- Kidy safe® - norma de procedimento
- Folheto informativo
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas

2

### Objetivos

#### Geral

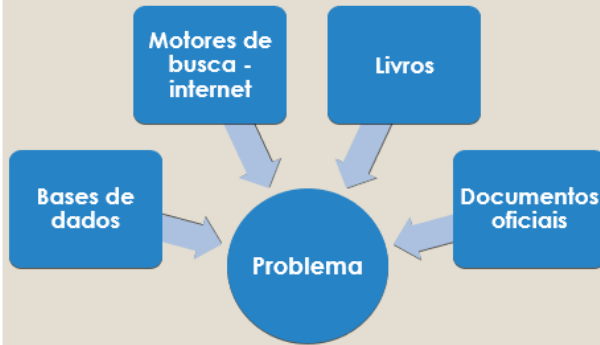
Contribuir para a segurança das crianças e jovens no transporte rodoviário

#### Específicos

- 1:** Reforçar conhecimentos sobre regras de segurança no transporte rodoviário;
- 2:** Demonstrar o manuseamento do equipamento 'kidy safe®';
- 3:** Apresentar a norma de utilização do 'kidy safe®' no transporte inter-hospitalar pediátrico;
- 3:** Apresentar o folheto informativo para capacitação dos pais/cuidadores no que respeita ao transporte das crianças em segurança no automóvel.

3

## Diagnóstico de situação



**'elevadas taxas de mortalidade e morbilidade infantil e juvenil associadas a acidentes rodoviários em Portugal'**

2011 a 2015, morreram **240** crianças e jovens  
2012 a 2016, ocorreram **6548** internamentos

(Bacalhau et al., 2010; APSI, 2017) 4



A correta utilização dos sistemas de retenção adequados ao peso e à idade da criança no transporte automóvel contribui para a diminuição das mortes (em 75%) e da gravidade dos ferimentos (em 90%) em caso de acidente.

A segurança constitui uma responsabilidade para os pais/cuidadores e enfermeiros




**Conhecimentos suficientes dos pais/cuidadores e enfermeiros**

**Atitudes e comportamentos corretos**

(Martins et al., 2007; DGS, 2010; ANSR, 2014; DGT, 2015; Fernandes, 2015) 5

## Legislação

| PORTUGAL  | EUA   |   |   |   |   |                                  |  |
|---|---|---|---|---|---|----------------------------------|--|
| <p>"1 – As crianças com menos de 12 anos de idade transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, desde que tenham altura inferior a 135 cm, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso."</p> <p>Decreto-Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro - Artigo 55.º - Transporte de crianças em automóvel</p> <p>As ambulâncias devem "(...) garantir, pelas suas características, a segurança e o conforto dos doentes;" e "Nas ambulâncias e nos VDTD é obrigatório o cumprimento do disposto no Regulamento de Homologação dos Cintos de Segurança e Sistemas de Retenção dos Automóveis em vigor (...)."</p> | <p><b>Recomendações NHTSA sobre o transporte seguro de crianças em ambulâncias</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Transporte de criança doente e/ou ferida</td> <td>na maca com SRC adequado:<br/>- deitada com o SRC adequado à maca;</td> </tr> <tr> <td>Transporte de criança que requer monitorização contínua</td> <td>- sentada com o SRC em cima da maca e preso com os cintos de segurança;</td> </tr> <tr> <td>Transporte de múltiplas crianças</td> <td>Individualmente em diferentes ambulâncias.</td> </tr> </table> | Transporte de criança doente e/ou ferida                                | na maca com SRC adequado:<br>- deitada com o SRC adequado à maca; | Transporte de criança que requer monitorização contínua | - sentada com o SRC em cima da maca e preso com os cintos de segurança; | Transporte de múltiplas crianças | Individualmente em diferentes ambulâncias. |
| Transporte de criança doente e/ou ferida  |   | na maca com SRC adequado:<br>- deitada com o SRC adequado à maca;       |   |   |   |                                  |  |
| Transporte de criança que requer monitorização contínua   |   | - sentada com o SRC em cima da maca e preso com os cintos de segurança; |   |   |   |                                  |  |
| Transporte de múltiplas crianças  | Individualmente em diferentes ambulâncias.  |   |   |   |   |                                  |  |
| <p><b>Inexistência</b> de legislação e <i>guidelines</i> sobre o transporte de crianças em maca em ambulância</p>    |   |   |   |   |   |                                  |  |

[U.S. Department of transportation, NHTSA, 2012; AR, 2013; Ministérios da Administração Interna e da Saúde, 2014) 6

## Ambulâncias



## Sistemas de retenção

Transporte da criança sentada

| GRUPO | PESO     | IDADE           | POSIÇÃO DA CADEIRA                       | LUGAR  | IMAGEM |
|-------|----------|-----------------|--|--|--------|
| O     | Até 10kg | Até 1 ano       | Virada de lado                           | Banco traseiro<br>Apenas em situações especiais              |        |
| O+    | Até 13kg | Até 12-18 meses | Virada para trás                         | Banco traseiro ou Banco da frente com airbag frontal inativo |        |
| I     | 9-18kg   | 1-3/4 anos      | Virada para trás ou Virada para a frente | Banco traseiro ou Banco da frente com airbag frontal inativo |        |
| II    | 15-25kg  | 3-6 anos        | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |        |
| III   | 22-36kg  | 6-12 anos       | Virada para a frente                     | Banco traseiro   |        |



RN com hipotonia severa, problemas respiratórios em posição semi-sentada, cirurgia recente à coluna, aparelhos que impeçam a colocação do cinto da cadeira, colar cervical.



O cinto de segurança deve ficar ajustado ao corpo da criança (folga de um dedo entre os cintos e o corpo da criança)

Fonte: Guia Criança Segura no carro, 2013

Fonte: Sociedade Portuguesa de Neonatologia

8

Seguro

Cómodo

Fácil de manusear

Adaptável

Segurança da criança

## Kidy safe®

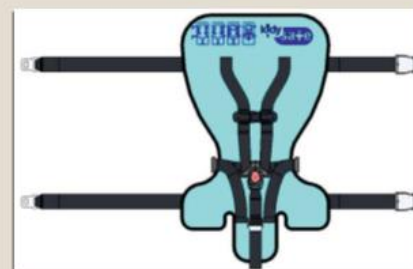
Sistema de retenção pediátrico para macas de ambulância

Até 9kg



Fonte: Informa - Inclusive Médicas

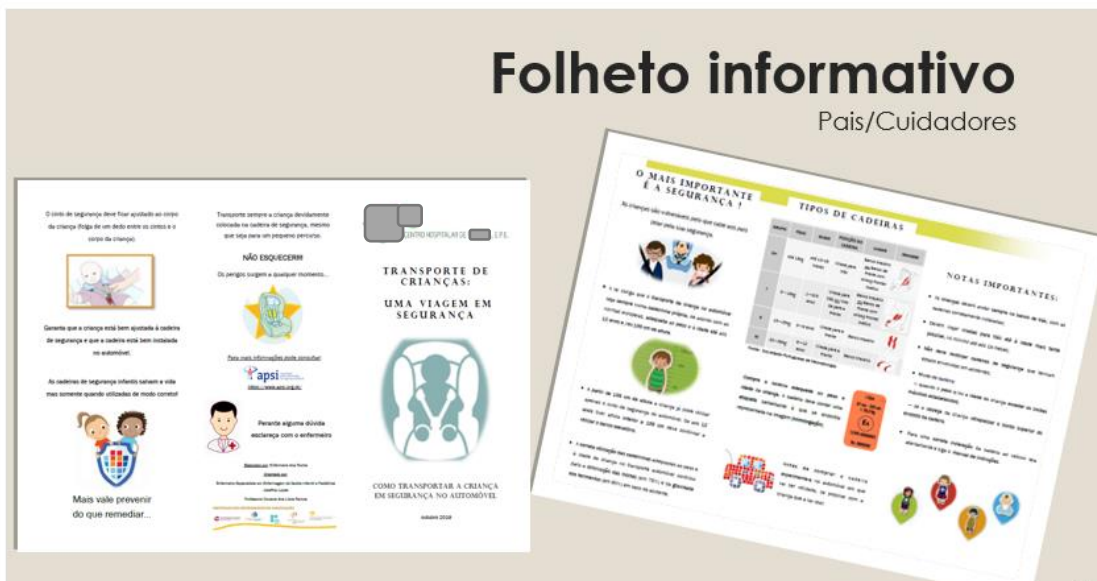
9 - 36kg



Fonte: Informa - Inclusive Médicas

9





## Considerações Finais

- Os **acidentes rodoviários** constituem ainda uma **importante causa de morte** nas crianças e jovens em Portugal;
- Por cada criança que morre muitas outras ficam feridas na sequência de acidentes rodoviários;
- Realidade preocupante** para toda a população podendo ser **alvo de intervenção** através de **medidas de prevenção**;
- Ao **transportar a criança** (até 12 anos ou com altura inferior a 135 cm) num **veículo** deve **utilizar sempre**, um **sistema de retenção adequado ao peso e à idade** da criança e **corretamente instalado**, seja qual for a velocidade ou a distância a percorrer.
- Diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade infantil e juvenil** associadas a acidentes rodoviários têm evidentes **ganhos em saúde** nesta população.

14

## Referências Bibliográficas

- Assembleia da República [AR]. (3 de setembro de 2013). Lei n.º 72/2013 de 3 de setembro. Diário da República 1.ª série — N.º 169, 5446-5499
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). (outubro de 2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação 2017. In Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Disponível em: [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_L\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_L_2017.pdf)
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR]. (2 de agosto de 2014). Ficha Temática "Crianças até aos 14 anos (2004-2013)". In Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/FichasTematicas/Documents/2014/FICHA%20TEMATICA%20-%20CRIANÇAS.pdf>
- Bacalhau, S., Luz, A., & Gama, E. (abril de 2010). Sistemas de retenção para crianças: questionário aos pais. Saúde Infantil, 32(1), pp. 33-36.
- Criança Segura Safe Kids Brasil. (2013). Guia Criança Segura no Carro. São Paulo: ABRAPUR.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016. In Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-desistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- DGT. (2018). Disponível em: <http://www.dgt.es/PEVI/srfi-2018/index.html>
- Exclusivas Médicas. [s.d.]. Kiddy Safe, sistema de retenção pediátrico para oamílias de ambulâncias. In Exclusivas Médicas. Disponível em <http://www.exclusivasmédicas.com/productos/emergencias/retencion/kidysafe.pdf>
- Fernandes, M. H. (2015). Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido (Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.
- Martins, S., Gouveia, R., Sandes, A. R., Correia, S., Nascimento, C., Figueira, J., ... Silva, L. J. (2007). Transporte automóvel de lactentes e crianças. Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. Acta Pediátrica Portuguesa, 38(6), 246-9.
- Ministérios da Administração Interna e da Saúde. (2014). Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 241, 6084-6095.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (outubro de 2016). Transporte do recém-nascido no automóvel. In Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>
- U.S. Department of transportation, NHTSA. (setembro de 2012). Working group best practice - recommendations for safety transporting children in specific situations in emergency ground ambulances. 1-43.

15



Obrigada pela participação!

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Unidade Curricular: Sétimo Final  
Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos:  
Josefina Lopes - Mestre em Enfermagem e SUp. em Saúde Infantil e Pediátrica

TRANSPORTE DA CRIANÇA/JOVEM:  
UMA VIAGEM EM SEGURANÇA

Enfermeira Ana Rocha

10 outubro 2019

## APÊNDICE 22 – Vídeo informativo para os bombeiros: ‘Transporte de Crianças em Ambulâncias’



## APÊNDICE 23 – Questionário de avaliação das sessões formativas

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

| AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE FORMATIVA – REAÇÃO DO FORMANDO    |       |   |
|--|-------|---|
| (Preenchimento imediatamente após a atividade formativa) |       |   |
| LOCAL:   |       |   |
| TEMA DA ATIVIDADE FORMATIVA:                             |       |   |
| FORMADORA:   | DATA: | CARGA HORÁRIA:<br>_____ Hora (s). _____ Minutos |

**Legenda A:** 1= Nada; 2= Pouco; 3= Satisfatório; 4= Totalmente

| Itens Avaliados  |   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------|---|---|---|---|---|
| Avaliação Global | Globalmente a ação de formação agradou-lhe:                       |   |   |   |   |
|                  | Os objetivos propostos foram alcançados:                          |   |   |   |   |
|                  | A atividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais: |   |   |   |   |

**Legenda B:** 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

|                                       |  |     |     |  |  |  |
|---------------------------------------|--|-----|-----|--|--|--|
| Conteúdos                             | O nível de conhecimentos adquiridos foi:   |     |     |  |  |  |
|                                       | A pertinência e utilidade do tema abordado foi:  |     |     |  |  |  |
|                                       | A profundidade do tema abordado foi:   |     |     |  |  |  |
|                                       | O nível das matérias abordadas foi adequado ao seu nível de conhecimento:  |     |     |  |  |  |
| Desempenho da formadora               | A identificação dos objetivos foi:   |     |     |  |  |  |
|                                       | O domínio das matérias ministradas foi:  |     |     |  |  |  |
|                                       | A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:   |     |     |  |  |  |
|                                       | A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:  |     |     |  |  |  |
|                                       | O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:   |     |     |  |  |  |
|                                       | A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real foi:   |     |     |  |  |  |
|                                       | Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referências bibliográficas, sites, outros)? |     | Sim |  |  |  |
|                                       |  | Não |     |  |  |  |
| Organização da atividade formativa    | Foi distribuída documentação de apoio?   |     | Sim |  |  |  |
|                                       |  |     | Não |  |  |  |
|                                       | A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:   |     |     |  |  |  |
| A duração da atividade formativa foi: |  |     |     |  |  |  |

Em que situações/atividades profissionais prevê vir a aplicar os conhecimentos que adquiriu?

Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real?

Outros comentários ou sugestões (opcional):

Nome:  
(Opcional)

---

**APÊNDICE 24 – Questionário de avaliação de conhecimentos da sessão de capacitação  
para pais/cuidadores**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



## Pré-teste e pós-teste

### Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança



Assinale com um  a resposta que considera correta

| Pré-teste | Pós-teste |
|-----------|-----------|
|           |           |
|           |           |
|           |           |

1. É obrigatório usar cadeira de segurança no transporte automóvel de recém-nascidos/crianças, ou banco elevatório no caso dos jovens, tendo em conta:

- a) Peso e altura
- b) Idade e altura
- c) Peso e Idade

| Pré-teste | Pós-teste |
|-----------|-----------|
|           |           |
|           |           |
|           |           |

2. As cadeiras de segurança/banco elevatório devem ser adequadas ao recém-nascido/criança/jovem tendo em conta:

- a) Sexo e idade
- b) Altura e sexo
- c) Peso, idade e altura

| Pré-teste | Pós-teste |
|-----------|-----------|
|           |           |
|           |           |

3. O recém-nascido deve viajar no automóvel com a cadeira de segurança:

- a) Virada para a frente
- b) Virada para a retaguarda

| Pré-teste | Pós-teste |
|-----------|-----------|
|           |           |
|           |           |

4. Caso seja necessário transportar o recém-nascido/criança no banco da frente, a cadeira de segurança deve estar virada para a retaguarda e o *airbag* frontal:

- a) Ativo
- b) Inativo

| Pré-teste | Pós-teste |
|-----------|-----------|
|           |           |
|           |           |
|           |           |

5. A criança até aos 18 meses de idade deve viajar no automóvel com a cadeira de segurança:

- a) Virada para a frente
- b) Virada para a retaguarda
- c) Virada de lado

| Pré-<br>teste | Pós-<br>teste |
|---------------|---------------|
|               |               |
|               |               |

6. A criança/jovem transportada no automóvel sentada no banco elevatório deve ocupar o lugar:

- a) No banco da frente
- b) No banco de trás

| Pré-<br>teste | Pós-<br>teste |
|---------------|---------------|
|               |               |
|               |               |
|               |               |

7. A mulher grávida que viaje em automóveis deve colocar a faixa horizontal e a faixa diagonal do cinto de segurança:

- a) Abaixo do abdómen e, sobre o ombro e entre os seios, respetivamente
- b) Por cima da barriga e, por baixo do braço, respetivamente
- c) Por cima da barriga e por trás das costas

| Pré-<br>teste | Pós-<br>teste |
|---------------|---------------|
|               |               |
|               |               |
|               |               |

8. O cinto de segurança, quer o da própria cadeira quer o do automóvel, deve ser sempre colocado no recém-nascido/criança/jovem:

- a) Ajustado ao corpo
- b) Com folgas largas ao corpo
- c) Muito apertado ao corpo

---

**APÊNDICE 25 – Estudo de caso**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



---

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO 2018-2019**

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

**Unidade Curricular:** Estágio I

**Regente:** Professor António Casa Nova

**ESTUDO DE CASO**

**Orientadora:**

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

**Supervisora:**

Enfermeira Especialista Laura Cachopas

**Discente:**

Ana Rocha

**junho**

**2019**

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio I

Regente: Professor António Casa Nova

Orientadora: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Supervisora: Enfermeira Especialista Laura Cachopas

## **Estudo de caso**

Discente

Ana Rocha, n.º 19327

junho

2019

*“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família em qualquer contexto em que se encontrem promovendo o mais elevado estado de saúde possível”*

Ordem dos Enfermeiros, 2018

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**APA** – *American Psychological Association*

**BCG** – Vacina contra a tuberculose

**bc/min** – batimentos cardíacos por minuto

**BSIJ** – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

**CIPE®** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**cm** – centímetros

**cr/min** – ciclos respiratórios por minuto

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**DTPa** – Vacina contra a Difteria, tétano e tosse convulsa acelular

**EEESIP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**E.P.E.** – Entidade Pública Empresarial

**gr** – gramas

**HESE** – Hospital do Espírito Santo de Évora

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**kg** – quilograma

**kg/m<sup>2</sup>** – quilograma por metro quadrado

**MCAF** – Modelo *Calgary* de Avaliação da Família

**mg/dL** – miligramas por decilitro

**mmHg** – milímetros de mercúrio

**MS** – Ministério da Saúde

**n.º** – número

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**PNV** – Programa Nacional de Vacinação

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**VASPR** – Vacina contra Sarampo, Parotidite epidémica e rubéola

**VHB** – Vacina anti-hepatite B

**VIP** – Vacina inativada contra a poliomielite

## ÍNDICE

|   |            |
|---|------------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>253</b> |
| <b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>   | <b>257</b> |
| <b>2.1. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA .....</b>                                  | <b>257</b> |
| 2.1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA .....  | 258        |
| 2.1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA.....                                       | 258        |
| 2.1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA.....  | 259        |
| <b>2.2. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA IDADE PRÉ-ESCOLAR .....</b>                         | <b>259</b> |
| <b>2.3. CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL NA IDADE PRÉ-ESCOLAR.</b>                | <b>270</b> |
| <b>3. ESTUDO DE CASO.....</b>   | <b>274</b> |
| <b>3.1. APRECIÇÃO INICIAL .....</b>   | <b>274</b> |
| 3.1.1. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA .....   | 275        |
| 3.1.2. AVALIAÇÃO DA CRIANÇA .....   | 281        |
| 3.1.2.1. CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL DA MENINA B.E. .                        | 283        |
| <b>3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM .....</b>   | <b>293</b> |
| <b>3.3. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS .....</b>                                | <b>295</b> |
| <b>3.4. AVALIAÇÃO .....</b>   | <b>313</b> |
| <b>4. CONCLUSÃO.....</b>  | <b>315</b> |
| <b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>317</b> |
| <b>6. APÊNDICES.....</b>  | <b>322</b> |
| Apêndice 1 – Consentimento Informado.....   | 322        |
| Apêndice 2 – Curvas de Crescimento, adotadas pela OMS, da menina B.E. ....                | 323        |
| <b>7. ANEXOS .....</b>  | <b>326</b> |
| Anexo 1 – Modelo <i>Calgary</i> de Avaliação da Família.....                              | 326        |
| Anexo 2 – Tabela de Snellen para crianças .....   | 327        |
| Anexo 3 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 5 Anos..... | 328        |
| Anexo 4 – Escala de Graffar Adaptada.....   | 329        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Anexo 5 – Valores de referência da frequência respiratória segundo a idade .....</b>                 | <b>330</b> |
| <b>Anexo 6 – Valores de referência da tensão arterial e da frequência cardíaca segundo a idade.....</b> | <b>331</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1** – Genograma da família V.E.

**Figura 2** – Ecomapa da família V.E.

## ÍNDICE DE TABELAS

**Tabela 1** – Registo de valores antropométricos referentes à menina B.E.

**Tabela 2** – Diagnósticos de enfermagem referentes à família V.E.

**Tabela 3** – Plano de cuidados

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio I do 1º ano – 2º semestre, do 3º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Decorre no período compreendido entre 20 de maio a 28 de junho de 2019 no Centro de Saúde de Redondo – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] sob supervisão da Enfermeira Especialista [REDACTED] e orientação académica da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos.

Este trabalho, desenvolvido em contexto de cuidados de saúde primários [CSP] e onde ocorreu o contacto com a família e a criança alvo de avaliação e estudo, consiste na avaliação e intervenção junto de uma criança que se encontra em idade pré-escolar e respetiva família tendo por base as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP], nomeadamente às competências “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018: 19192) e “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (OE, 2018: 19192).

Em Portugal, a saúde exibe-se como um direito constitucionalmente garantido e um recurso fundamental do indivíduo, assim como de toda a população e comunidade. A proteção da saúde, segundo a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, “constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado (...) nos termos da Constituição e da lei.” (Assembleia da República, 1990: 3452). Neste sentido, os CSP definidos, na conferência de Alma-Ata em 1978, como cuidados essenciais de saúde colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, são parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde não apenas em casos de doença, mas também enquanto indivíduos saudáveis, e atuando não só a nível individual como familiar, e até em comunidade (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1978; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Reconhecendo a importância dos CSP e assumindo-os como o elemento do sistema de saúde que mais tem contribuído para a melhoria do estado de saúde da população mundial [diminuição da taxa de mortalidade infantil: em 2016 era de 3,2 óbitos por 1.000 nados-vivos, e no ano de 2017 diminuiu para 2,62 por 1.000 nados-vivos (DGS, 2018)], o governo procedeu à sua reorganização em 2008 agrupando os centros de saúde por áreas geográficas, dividindo-os em unidades funcionais - Decreto-Lei n.º 28/2008 (Ministério da Saúde [MS], 2008; Henriques, Garcia & Bacelar, 2011; MS, 2011). A UCSP define-se, segundo o Decreto-

Lei n.º 28/2008, como uma unidade que presta cuidados personalizados de qualidade à população da sua área abrangente, garantindo a sua acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos, contribuindo para a melhoria do estado de saúde dessa população e conseqüentemente ganhos em saúde (MS, 2008). Neste contexto, os enfermeiros têm um relacionamento próximo com os indivíduos, famílias e comunidades que lhes permite perceber as alterações que nelas ocorrem atuando mediante os recursos disponíveis (Potter & Perry, 2009). Têm como foco de atenção primordial a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença e incapacidade dessas populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania (Henriques *et al.*, 2011). Proporcionam serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, no sentido de melhorar a saúde e bem-estar (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Os cuidados de saúde em Portugal têm evoluído ao longo dos anos, contudo a vigilância da saúde da criança sempre foi uma prioridade (Branco & Ramos, 2001; Henriques *et al.*, 2011). A criança é vista como um organismo em desenvolvimento, onde o crescimento ocorre através de comportamentos e reações que decorrem da interação entre fatores biológicos, anatómicos, psicológicos e sociais (OE, 2010). O crescimento e desenvolvimento infantojuvenil têm vindo a ser ao longo do tempo alvo de maior atenção. Estes, são importantes indicadores da qualidade de vida e da saúde das crianças e jovens pelo que a sua avaliação se constitui essencial nas consultas periódicas de vigilância de saúde infantil e juvenil que se efetuam pelo EEESIP em contexto de CSP de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] (Gaíva, Monteschio, Moreira & Salge, 2018).

Os enfermeiros integram o grupo profissional com maior relevância na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, tendo o EEESIP, independentemente do contexto em que trabalha, mas em especial em contexto de CSP, um papel fundamental junto da criança e respetiva família atuando junto delas ao longo de todo o ciclo vital e de desenvolvimento. É da sua responsabilidade trabalhar em parceria com a criança e família capacitando-as para a adoção de comportamentos promotores de um crescimento e desenvolvimento saudáveis e em segurança incutindo cuidados antecipatórios e avaliando o estado de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança na consulta de enfermagem (OE, 2018). A atuação do EEESIP é crucial na vigilância dos diferentes aspetos do crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente, na deteção precoce dos desvios da normalidade e na orientação atempada para uma intervenção eficaz atingindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento (Pinto, 2009; OE, 2018). A família deve participar ativamente na elaboração e implementação de planos de cuidados personalizados a cada criança/família (OE, 2017).

O objetivo geral deste trabalho consiste em elaborar um estudo de caso referente a uma criança e respetiva família. O estudo de caso é um dos métodos utilizados em enfermagem e pode ser definido como a exploração de um caso de um indivíduo e/ou família obtido através de uma colheita de dados detalhada que envolve múltiplas fontes de informação (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Segundo Ponte (2006) citado por Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira & Pinto (2008) o estudo de caso é uma investigação que se debruça sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse. Permite identificar necessidades, estabelecer diagnósticos, planear intervenções ao nível das necessidades identificadas e avaliar o resultado das intervenções realizadas, se colmataram as necessidades (Galdeano *et al.*, 2003). De certo modo, permite assistir o indivíduo e a família de uma forma individual e personalizada (Freitas & Carmona, 2011). Neste processo, a aplicação efetiva do processo de enfermagem, uma vez que traduz uma série de etapas e ações dinâmicas, planeadas e interrelacionadas, dirigidas à satisfação das necessidades e à resolução de problemas dos indivíduos, conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica (Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi & Rabelo, 2009). O processo de enfermagem é uma abordagem em cinco etapas para tomar decisões clínicas, que inclui apreciação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste caso, recorrendo ao processo de enfermagem e às competências específicas do EEESIP, será analisada a situação da criança e tudo o que a envolve e serão planeados os cuidados tendo em conta as necessidades identificadas com vista à resolução das mesmas.

Para alcançar o objetivo geral delinear-se-ão como objetivos específicos: recolher dados acerca da família em estudo e avaliá-la segundo o Modelo *Calgary* de Avaliação da Família [MCAF]; avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança em estudo recorrendo às curvas de crescimento da OMS e à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, respetivamente, bem como à análise dos registos no programa informático SClinico® e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil [BSIJ] da criança, através de uma consulta de vigilância tendo por base as idades-chave segundo o PNSIJ, como é o caso da consulta dos 5 anos; abordar todos os aspetos que devem ser avaliados no decorrer da consulta de vigilância de saúde infantil, bem como promover a importância do papel dos pais no crescimento e desenvolvimento da criança aproveitando o momento da consulta como oportunidade para realizar ensinamentos e esclarecer dúvidas; definir diagnósticos de enfermagem, planear intervenções de enfermagem e intervir junto da família e da criança em estudo tendo

em conta as necessidades identificadas; e, avaliar o resultado das intervenções implementadas.

O trabalho encontra-se dividido em sete partes, a primeira é a introdução onde é realizada uma breve nota introdutória da temática e são delineados os objetivos do trabalho. Em seguida é feito um enquadramento teórico onde se aborda o MCAF, o desenvolvimento da criança em idade pré-escolar bem como os aspetos que devem ser tidos em conta durante a consulta de vigilância de saúde infantil. No terceiro ponto é apresentada a avaliação da família e da criança em estudo, e ainda definidos os diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas, planeadas as intervenções a realizar para dar resposta a essas necessidades, de acordo com as competências do EEESIP e teoricamente fundamentadas, e por último avaliados os resultados obtidos após as intervenções realizadas. Na conclusão é realizada uma breve síntese dos aspetos significativos abordados ao longo do trabalho. Surge posteriormente, as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração deste trabalho e por último, em apêndices e anexos, apresentam-se documentos elaborados no âmbito e com relevância para este trabalho.

O presente trabalho foi elaborado segundo as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* [APA] – 6.<sup>a</sup> edição e redigido segundo o acordo ortográfico em vigor, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta secção serão abordados: o MCAF, as fases de desenvolvimento da criança em idade pré-escolar bem como a importância da realização das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil.

### 2.1. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

Apesar de existir uma ideia de família, há uma grande dificuldade em elaborar uma definição da mesma, pois a palavra família estabelece associações com outros termos como casamento, filhos, casa ou parentesco, e na realidade esses são elementos que aparecem em muitas definições de família (Amaro, 2004). “(...) a família é o que cada pessoa considera que é.” (Hockenberry & Wilson, 2014: 49).

Tradicionalmente, a família era definida com base na família nuclear, constituída por dois adultos que viviam juntos num mesmo agregado com os seus filhos biológicos ou adotados. Ao longo dos anos, a família tem sofrido mudanças e uma das consequências das mudanças familiares e do aparecimento de outras formas familiares é a crescente dificuldade em definir família. A forma como a família é definida determina, em alguns casos, o grau de como são descritas pela sociedade as funções e os papéis familiares. O conceito de família é muito subjetivo e são várias as formas através das quais as famílias são definidas (Stanhope & Lancaster, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014). A família é considerada um espaço de cuidados, constituída por um grupo de pessoas que podem ou não ter laços de consanguinidade, experienciam a vida em diferentes ciclos e convivem com demanda de papéis, funções e influência exercida uns sobre os outros (Monteiro, Moraes, Costa, Gomes, França & Oliveira, 2016; Souza, Costa & Carvalho, 2017a).

Existem vários tipos de família entre eles, nuclear, alargada, monoparental, reconstituída, poligâmica, homossexual (Hockenberry & Wilson, 2014). Atualmente, as perspetivas para as famílias do século XXI são numerosas pelo surgimento de mais formas alternativas de família (Stanhope & Lancaster, 2011; Hockenberry & Wilson, 2014).

O MCAF é uma estrutura multidimensional, integrada, baseada em sistemas, cibernética, comunicação e fundamentos teóricos em mudança (Wright & Leahey, 2012). O MCAF consiste em três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional, e cada categoria contém várias subcategorias [ANEXO 1]. Este modelo é fundamental para a avaliação da família porque permite analisá-la como um todo avaliando as relações entre os seus elementos, procurando detetar as suas necessidades e problemas, os seus recursos para

enfrentar os problemas e os suportes sociais comunitários disponíveis (Souza, Melo, Costa & Carvalho, 2017b). Deste modo, permite que seja feita uma avaliação correta e adequada às necessidades da família em causa. É importante que o enfermeiro decida quais as subcategorias que são relevantes e apropriadas para a exploração e avaliação junto de cada família e em cada momento de tempo. Nem todas as subcategorias necessitam ser avaliadas num primeiro contacto com a família, e algumas nunca precisarão de ser avaliadas. Contudo, a avaliação do maior número de categorias permite obter mais dados, e desta forma é possível apreciar e avaliar melhor a família em estudo, ou seja, obtém-se um estudo mais completo. Pelo contrário, a discussão de poucas categorias quer pela família quer pelo enfermeiro pode provocar uma visão distorcida da realidade e da situação familiar. As famílias são, obviamente, compostas por indivíduos, mas o foco de uma avaliação familiar concentra-se menos em pessoas e mais na interação entre todos os seus membros (Wright & Leahey, 2012).

#### 2.1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA

Ao avaliar uma família, é necessário analisar a sua estrutura, sabendo quem são os elementos que a constituem, qual o vínculo afetivo entre eles em comparação com os indivíduos de fora da família, e qual é o contexto onde se inserem. A estrutura familiar divide-se em 3 categorias: interna [6 subcategorias: composição da família; género; orientação sexual; ordem de nascimento; subsistemas; limites], externa [2 subcategorias: família extensa; sistemas mais amplos] e o contexto [5 subcategorias: etnia; raça; classe social; religião e espiritualidade; ambiente]. São necessários para fazer a avaliação da estrutura externa e interna da família, dois instrumentos: o genograma e o ecomapa. Ambos são úteis para modificar comportamentos, relacionamentos e eliminar ou regularizar ideias das famílias acerca delas mesmas (Silva, Bousso & Galera, 2009; Wright & Leahey, 2012; Cecilio, Santos & Marcon, 2014; Souza *et al.*, 2017a).

#### 2.1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Para avaliar uma família, além da avaliação estrutural também é necessário perceber o desenvolvimento do ciclo vital da mesma. Essa avaliação assenta no percurso construído pela família durante as fases do ciclo da vida e que é modelado por situações previsíveis e imprevisíveis e tendências sociais que implicam mudanças no funcionamento da família, na sua estrutura e nos seus processos de interação (Figueiredo & Martins, 2010; Wright & Leahey, 2012; Cecilio *et al.*, 2014). De acordo com o MCAF, o desenvolvimento familiar contempla três subcategorias: estágios; tarefas; e vínculos.

### 2.1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

Para fazer uma avaliação de uma família segundo o MCAF, para além dos dois parâmetros já descritos é também necessário avaliar funcionalmente a família. A avaliação funcional diz respeito aos detalhes sobre a forma como os indivíduos da família interagem uns com os outros. De acordo com o MCAF, a avaliação funcional abrange duas subcategorias: funcionamento instrumental, referente às atividades da vida cotidiana; e funcionamento expressivo, que se refere aos papéis familiares, aos estilos de comunicação e à resolução de problemas (Silva *et al.*, 2009; Figueiredo & Martins, 2010; Wright & Leahey, 2012; Cecilio *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2017a).

### 2.2. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

As etapas do desenvolvimento são as ações que um indivíduo é capaz de realizar e vão atuar como indicadores de progresso relativamente ao desenvolvimento (Opperman & Cassandra, 2001). O EEESIP deve ter conhecimentos aprofundados no que respeita ao desenvolvimento da criança, neste caso em idade pré-escolar, para que consiga realizar uma correta avaliação e implementar intervenções no sentido da otimização do crescimento e desenvolvimento da criança e da maximização da saúde (OE, 2010). O desenvolvimento da criança/adolescente é influenciado pela interação de vários fatores: hereditariedade, maturação biológica, meio físico e social que o rodeia (Opperman & Cassandra, 2001).

Dos 3 aos 5 anos, período denominado por pré-escolar, as crianças passam da primeira para a segunda infância. As aquisições biológicas, psicossociais, cognitivas, espirituais e sociais combinadas durante este período preparam as crianças para a mudança mais significativa no seu estilo de vida – a entrada para a escola. Os seus sistemas corporais começam a ser controlados, a experiência da separação dos pais por períodos curtos e prolongados, a capacidade de interagir de forma cooperativa com outras crianças/adultos, o uso da linguagem para o simbolismo mental e o espetro de atenção e a memória aumentados capacitam-nas para o próximo período importante – os anos escolares. Os seus corpos tornam-se mais delgados, as suas capacidades motoras e mentais mais aguçadas e a sua personalidade e relacionamentos mais complexos. A consecução bem sucedida dos níveis prévios de crescimento e desenvolvimento é fundamental para que as crianças aperfeiçoem muitas das tarefas que foram adquiridas nos anos anteriores (Coll, Marchesi & Palacios, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014).

### **Desenvolvimento Biológico e Psicomotor:**

Neste período de desenvolvimento, as crianças crescem num ritmo mais lento do que anteriormente e fazem progressos significativos no desenvolvimento e na coordenação dos músculos, capacitando-as para a realização de muito mais tarefas. À medida que se desenvolvem fisicamente aumenta a sua capacidade de coordenação corporal. Quanto ao desenvolvimento motor, ocorre um aumento da força muscular e o refinamento das habilidades previamente aprendidas (Papalia, Olds & Feldman, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014). No entanto, o desenvolvimento muscular e o crescimento ósseo ainda se encontram imaturos (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo Opperman & Cassandra (2001) as crianças em idade pré-escolar têm os músculos do motor grosso bem controlados que lhes permite trepar, saltar, correr, pular e andar de bicicleta. A capacidade motora fina também é desenvolvida, constatando-se este facto pela destreza que adquirem nas tarefas de coordenação visual-manual tais como atar os atacadores ou utilizar tesouras (Papalia *et al.*, 2006). Segundo Hockenberry & Wilson (2014), a maior parte dos sistemas do organismo já tem capacidade para se adaptar a mudanças moderadas. Isto proporciona a prontidão para aprender e a independência para ingressar na escola.

#### - Aspetos Físicos

Na idade pré-escolar, a velocidade de crescimento físico [em altura] e ponderal [em termos de massa corporal] é mais lenta do que nos primeiros dois anos de vida. Em média, a partir dos três anos, as crianças crescem de 6,5 a 9 cm por ano e aumentam o seu peso de 2 a 3kg por ano, de forma muito regular e estável (Coll *et al.*, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014). As crianças tendem a comer menos nesta fase, dado o seu tamanho e a velocidade de crescimento. No entanto, a obesidade é um problema comum nesta faixa etária pelo que é indicado tratar-se estes problemas, caso existam, pois a alimentação é ainda sujeita à influência e controlo dos pais. Em relação ao crescimento e às mudanças corporais ambos são constantes, observando-se o adelgaçamento do corpo e uma aproximação das proporções corporais com as do adulto. Essas mudanças, coordenadas pela maturação do cérebro e do sistema nervoso, promovem o desenvolvimento de uma vasta diversidade de habilidades motoras (Papalia *et al.*, 2006).

Aos 3 anos a criança já tem todos os dentes de leite. Os dentes permanentes ou definitivos começam a surgir por volta dos 6 anos. As cáries dentárias são um grande problema entre crianças. Mais de 90% de crianças entre os 3 e 5 anos que participam em programas governamentais educacionais têm cáries. As cáries nesta faixa etária devem-se muitas vezes, ao consumo excessivo de leite e bebidas açucaradas durante o primeiro ano de vida, aliado à falta de higiene dentária regular. A dor decorrente da infeção dentária pode

contribuir para um atraso no crescimento da criança pela interferência na sua alimentação e no seu sono (Papalia *et al.*, 2006).

Os padrões de sono vão-se alterando ao longo da vida e a segunda infância tem os seus próprios ritmos. As crianças precisam de menos horas de sono do que em anos anteriores e tendem a desenvolver mais problemas de sono. Até aproximadamente aos 5 anos, a maioria delas ainda necessita de repousar ou dormir uma sesta durante o dia. É bastante frequente nesta fase, andar e falar durante o sono, e geralmente isso não é prejudicial. Contudo, perturbações persistentes do sono podem indicar um problema emocional que precise ser avaliado (Papalia *et al.*, 2006).

As crianças habitualmente adquirem o controlo de ambos os esfíncteres [uretral e anal] entre os 2 e os 3 anos (Coll *et al.*, 2004). Entre os 3 e os 5 anos, a enurese é comum principalmente à noite (Papalia *et al.*, 2006).

#### - Controlo do corpo e da atividade psicomotora

Nesta fase continuam a ocorrer mudanças no cérebro, algumas das quais têm importantes repercussões para a psicomotricidade e para outras funções psicológicas, tais como os processos cognitivos. O desenvolvimento das áreas sensória e motora do córtex permite uma melhor coordenação entre o que as crianças querem fazer e o que sabem fazer (Papalia *et al.*, 2006). Os progressos ocorrem na aquisição de destrezas motoras globais, que afetam a motricidade grossa e o controlo postural; e, na aquisição de destrezas segmentadas, que afetam a motricidade fina e o controlo óculo-manual (Coll *et al.*, 2004). Por volta dos 5 anos, a criança consegue saltar em pés alternados, saltar obstáculos e começar a nadar [motricidade grossa]. Começa também a ficar mais ágil no desenho e no vestir-se [motricidade fina] (Papalia *et al.*, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014).

As mudanças mais importantes relacionadas com o desenvolvimento psicomotor centram-se no progresso das capacidades de independência e coordenação. A independência é a capacidade para controlar separadamente cada segmento motor [fazer movimentos complexos com uma mão sem mover a outra, por exemplo] e a coordenação supõe um processo aparentemente oposto, em que padrões motores originalmente independentes se encadeiam e se associam formando movimentos compostos muito mais complexos do que os originais. Esta sequência automatiza-se permitindo a sua execução sem que o indivíduo tenha que gastar nele recursos de atenção. Ocorre uma progressiva independência e diferenciação dos movimentos assim como um controlo e uma coordenação cada vez mais afinados (Coll *et al.*, 2004).

No que se refere ao controlo da atividade corporal, as mudanças mais importantes afetam a psicomotricidade invisível: estruturação do espaço e do tempo, controlo do tónus muscular,

equilíbrio e respiração. Por fim, surge o conceito psicomotricidade visível, que remete para avanços nas conquistas psicomotoras que se observam na atividade motora, nas ações em si mesmas e na sua correta utilização (Coll *et al.*, 2004).

As crianças variam em competência, dependendo da sua herança genética e das suas oportunidades para aprender e praticar as habilidades motoras (Papalia *et al.*, 2006).

#### - Estabelecimento do domínio lateral direito-esquerdo

Ainda que morfologicamente simétrico, o corpo humano é claramente assimétrico do ponto de vista funcional, na medida em que a maior parte das pessoas utiliza o braço e a perna direitos mais do que os mesmos membros simétricos do hemicorpo esquerdo. Estas preferências laterais podem ser homogêneas ou cruzadas. Na maior parte das pessoas, o hemisfério dominante é o esquerdo, já que o controlo do cérebro sobre o movimento é contralateral. A lateralização é produzida entre os 3-6 anos (Coll *et al.*, 2004; Papalia *et al.*, 2006).

#### **Desenvolvimento Psicossocial**

Consiste no processo das alterações mentais, motivacionais e comportamentais que o indivíduo atravessa enquanto aprende a viver com as expectativas de um grupo ou da sociedade (Opperman & Cassandra, 2001). Quando as crianças na segunda infância dominam as tarefas do período anterior estão preparadas para lidar com os desafios do desenvolvimento deste estágio. A principal tarefa psicossocial deste período é, segundo Erikson, adquirir o sentido de iniciativa. As crianças estão numa fase de aprendizagem intensa. Elas brincam, trabalham, vivem a plenitude e têm uma sensação real de concretização e de satisfação nas suas atividades. O conflito origina-se quando as crianças excedem os limites das suas capacidades e investigações, experimentando uma sensação de culpa por não se terem comportado ou agido da maneira adequada. Os sentimentos de culpa, ansiedade e medo também podem resultar de pensamentos diferentes do comportamento esperado. É fulcral esclarecer as crianças de que os desejos podem não realizar a ocorrência de eventos, ajudando-as a ultrapassar as culpas e ansiedades (Opperman & Cassandra, 2001; Hockenberry & Wilson, 2014). A culpa é um sentimento que tem de ser experimentado, segundo Opperman & Cassandra (2001), porque faz parte do sistema de controlo que avalia os comportamentos e as escolhas durante a vida. O desenvolvimento do super-ego, ou consciência, tem os seus princípios no final da primeira infância e é uma tarefa importante para a segunda infância. A aprendizagem do que é certo e errado, do que é bom e mau constitui o início da moralidade. É importante a existência de

regras e disciplina como linhas orientadoras para as crianças aprenderem comportamentos aceitáveis (Opperman & Cassandra, 2001; Hockenberry & Wilson, 2014).

### **Desenvolvimento Cognitivo**

Segundo Opperman & Cassandra (2001), este tipo de desenvolvimento, refere-se às capacidades intelectuais para desenvolver o raciocínio, a capacidade de aprender, resolver problemas e de concetualizar. Relativamente ao desenvolvimento cognitivo considera-se uma evolução que vai desde a inteligência pré-operatória ao processamento de informação. As crianças também fazem enormes avanços na capacidade de pensar, falar e lembrar. Uma das tarefas relacionadas com esta etapa é a preparação para a escola. Muitos dos processos de pensamento deste período são cruciais para a consecução desta destreza, e é intencional o facto de a criança começar a escola entre os 5 e os 6 anos e não numa idade mais precoce (Hockenberry & Wilson, 2014).

Piaget designou a segunda infância como a etapa pré-operacional. Neste segundo grande estágio de desenvolvimento cognitivo, que dura aproximadamente dos 2 aos 7 anos, as crianças tornam-se gradualmente mais sofisticadas no uso do seu pensamento simbólico, que surge no final do estágio sensório-motor. Contudo, segundo Piaget, elas não são capazes de pensar logicamente antes do estágio das operações concretas na terceira infância (Papalia *et al.*, 2006). Até aos 5 anos é ainda visível um egocentrismo marcado, no entanto, a mudança do pensamento totalmente egocêntrico para a consciência social e para a capacidade de considerar outros pontos de vista ocorre durante esta etapa (Hockenberry & Wilson, 2014).

A linguagem continua a desenvolver-se durante este período e a fala permanece principalmente como veículo da comunicação egocêntrica. Nesta fase as crianças presumem que todos pensam como elas e que uma breve explicação dos seus pensamentos faz com que os outros compreendam o que elas querem transmitir. Não têm maturidade suficiente para conseguir concetualizar que há mais do que uma perspectiva. É necessário explorar e compreender o pensamento das crianças através de condutas não-verbais, como jogos e brincadeiras. É um método eficaz e esclarecedor e ajuda-as a elaborar e ajustar-se às experiências de vida. Elas utilizam cada vez mais a linguagem sem compreender o significado das palavras e podem empregar corretamente os conceitos, mas apenas nas circunstâncias em que foram aprendidos (Hockenberry & Wilson, 2014).

A causalidade assemelha-se ao pensamento lógico e as crianças explicam os conceitos como os ouvirem descritos, porém a sua compreensão é limitada. O pensamento das crianças nesta segunda infância é descrito como mágico por causa do seu egocentrismo e do raciocínio transdutivo. Este pensamento coloca-as numa posição vulnerável por se sentirem culpadas e responsáveis por maus pensamentos, que podem coincidir com a ocorrência de um evento

desejado. As suas incapacidades de raciocinar logicamente sobre a causa e o efeito de um acontecimento dificulta a compreensão desse evento por parte delas (Coll *et al.*, 2004; Papalia *et al.*, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014).

Devido à imaturidade cognitiva algumas ideias ilógicas sobre o mundo são produzidas pelas crianças, tais como: a atribuição de vida a objetos inanimados [animismo]; a não compreensão de que algumas ações podem ser revertidas, recuperando a situação inicial; a não compreensão do significado das transformações entre estados, como o facto de verter um líquido de um recipiente para outro e não mudar a sua quantidade; a incapacidade de concentração em vários aspetos de uma situação, centrando-se apenas num e negligenciando outros; a não utilização de um pensamento dedutivo ou intuitivo, identificando causas onde elas não existem pois saltam detalhes; a incapacidade de distinguirem o que é real com a aparência externa (Papalia *et al.*, 2006).

Aos 5 anos muitas crianças já sabem contar até pelo menos 20. Durante a segunda infância as crianças começam a reconhecer os princípios básicos da aritmética (Papalia *et al.*, 2006).

À medida que o tempo passa, a criança vai-se tornando cada vez mais estável ao nível da atenção. Aos 5-6 anos a atenção das crianças consegue ser mais focalizada e de maior duração. A atenção da criança vai ganhando adaptabilidade e flexibilidade, para além de um maior controlo, na presença de determinadas situações ou tarefas. As crianças quando crescem começam a utilizar uma estratégia de atenção mais seletiva, usando-a ainda de forma incoerente. O processamento de informação vai sendo otimizado pela constante interação da atenção com outros processos cognitivos como a memória, o raciocínio e a resolução de problemas (Coll *et al.*, 2004). As capacidades de recordar e reconhecer são também desenvolvidas (Papalia *et al.*, 2006). Uma grande maioria das atividades de aprendizagem que as crianças realizam está baseada na utilização de estratégias de memorização, por repetição e organização (Coll *et al.*, 2004).

### **Desenvolvimento da Linguagem**

Durante a fase pré-escolar, a linguagem torna-se mais aprimorada e complexa. Tanto a capacidade cognitiva como o ambiente influenciam o vocabulário, o discurso e a compreensão. A linguagem torna-se o principal meio de comunicação e interação social, e o seu desenvolvimento durante esta fase estabelece o estágio para o futuro sucesso na escola. O vocabulário aumenta drasticamente de 300 palavras aos 2 anos de idade para mais de 2.100 palavras no final dos 5 anos. A estrutura frásica, o uso gramatical e a inteligibilidade também avançam para um nível mais desenvolvido. A partir da linguagem, as crianças aprendem a expressar sentimentos de frustração ou raiva, sem representações (Coll *et al.*,

2004; Hockenberry & Wilson, 2014). Dos 4 aos 5 anos de idade, a fala das crianças já é semelhante à dos adultos, utilizando frases mais longas e complexas com mais palavras para transmitir uma mensagem (Papalia *et al.*, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014). Elas respondem a questões descrevendo ações e o padrão de fazer perguntas está no auge, repetindo-as até obterem uma resposta (Hockenberry & Wilson, 2014).

### **Desenvolvimento Moral**

#### **- Nível pré-convencional ou pré-moral [Kohlberg]**

Kohlberg estrutura o desenvolvimento humano através da aquisição do raciocínio moral investigando a forma como a criança se subordina e posiciona relativamente às diretrizes e valores morais impostas pelos outros, até adquirir a sua autonomia. Segundo Opperman & Cassandra (2001) trata-se de um processo através do qual o indivíduo aumenta a sua capacidade de tomar decisões com base nos valores e princípios morais que construiu e assimilou ao longo da sua vida, e são evidenciados através do seu comportamento. Nesta fase, o desenvolvimento do julgamento moral de uma criança encontra-se no nível mais básico. A base dos seus julgamentos morais são os julgamentos daqueles que são, para eles, as figuras de autoridade. Quando existente, a preocupação sobre o porquê de algo estar errado é pouca. Elas comportam-se mediante a liberdade ou restrição que é feita sobre as suas ações. Na orientação de punição e obediência, as crianças julgam se uma ação é boa ou má dependendo do seu resultado [recompensa ou castigo] (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Coll *et al.* (2004), a partir dos 4 anos, parece começar a surgir um valor moral no levar a cabo destas ações, movido pelo desenvolvimento da compreensão empática daquilo que os outros sentem, e por aquilo que são os comportamentos observados e os discursos ouvidos, provindos dos adultos. Na área do desenvolvimento das normas e valores encontra-se o raciocínio moral pró-social, ou seja, aquilo que as crianças julgam ser preciso fazer no sentido de agir proativamente perante a necessidade do outro. Assim, entre os 4 e os 6 anos as crianças parecem agir tendo em conta as necessidades físicas ou psicológicas do outro. Contudo, em situações que geram conflitos de interesses, verifica-se que as crianças com estas idades tendem a agir no sentido daquilo que pressupõe benefício próprio, diminuindo a ação no sentido pró-social. No que diz respeito à capacidade que a criança tem para conhecer e compreender aquilo que são as experiências e as perspetivas das outras pessoas, Piaget considera esta fase de desenvolvimento predominantemente egocêntrica mas entre os 4 e os 5 anos começam a aparecer indícios da percepção, através de um conjunto organizado de conhecimentos, de que os outros possuem estados mentais que podem não ser idênticos aos seus, conseguindo também associar diferentes formas de experienciar algo tendo em conta o estado mental prévio à respetiva experiência.

As crianças com esta idade revelam o desenvolvimento da compreensão de que os estados mentais influenciam o comportamento, e que, devido a isso, diferentes pessoas com diferentes estados mentais prévios vão vivenciar e comportar-se de forma diferente perante a mesma situação. A caracterização dos outros é, porém ainda frequentemente limitada às características externas e aparentes, e os atributos psicológicos que surgem são maioritariamente globais e pouco precisos (Coll *et al.*, 2004).

### **Desenvolvimento Espiritual**

O conhecimento das crianças sobre a fé e religião é aprendido a partir de outras pessoas significativas nos seus ambientes, geralmente a partir dos pais e das suas práticas e crenças religiosas. Entretanto, a compreensão da espiritualidade por parte das crianças é influenciada pelos seus níveis cognitivos. As crianças da segunda infância, possuem um conceito concreto de um Deus com características físicas que, geralmente é semelhante a um amigo imaginário. Elas compreendem histórias bíblicas simples e memorizam orações curtas, mas a compreensão dos significados destes rituais é limitada pelo que beneficiam de representações concretas das práticas religiosas [figuras do presépio, por exemplo]. Mesmo sem entenderem o significado das práticas religiosas as crianças imitarão os atos dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

O desenvolvimento da consciência está fortemente ligado ao desenvolvimento espiritual. Nesta idade as crianças começam a aprender entre o certo e o errado e comportam-se de forma correta para evitarem a punição. Os atos errados provocam sentimentos de culpa, e elas interpretam a doença como castigo por uma transgressão real ou imaginária. É importante que as crianças vejam Deus como aquele que ama incondicionalmente e não como um juiz dos comportamentos bons ou maus. Orar para Deus, observar as tradições religiosas e participar em comunidades religiosas pode ajudar as crianças a atravessar períodos stressantes como a hospitalização e a doença e outros eventos traumáticos. Em muitos grupos religiosos, as práticas cultural e religiosa estão intimamente relacionadas e são uma parte importante da vida da criança e da família (Hockenberry & Wilson, 2014).

### **Desenvolvimento da Imagem Corporal e do Autoconceito**

A fase pré-escolar desempenha um importante papel no desenvolvimento da imagem corporal. Com o aumento da compreensão da linguagem, as crianças reconhecem que as pessoas têm aparências desejáveis e indesejáveis. Reconhecem as diferenças da cor da pele e a identidade racial e estão vulneráveis a aprender sobre preconceitos e tendências. Estão conscientes do significado das palavras 'bonito' ou 'feio' e refletem sobre as opiniões dos outros em relação à sua própria aparência. Aos 5 anos, as crianças comparam o seu tamanho

ao dos seus colegas e podem tomar consciência de que são grandes ou pequenos, principalmente se outras pessoas se referem a eles como 'tão grande' ou 'tão pequeno' para a sua idade. Apesar dos avanços no desenvolvimento da imagem corporal, as crianças da segunda infância, não têm uma boa definição do contorno do corpo e têm muito pouco conhecimento da sua anatomia interna. Experiências invasivas são assustadoras, especialmente as que afetam a integridade da pele, tais como injeções e cirurgias (Hockenberry & Wilson, 2014).

O autoconceito está ligado à imagem que a criança tem de si mesma e refere-se ao conjunto de características ou de atributos que utiliza para se definir como indivíduo e para se diferenciar dos outros. A construção do autoconceito é resultado de um processo ativo pelo sujeito ao longo do seu desenvolvimento, começando durante a primeira infância e atingindo o seu auge nos restantes anos da infância e adolescência. Varia de forma sistemática de uma idade para a outra, tanto em função do nível de desenvolvimento cognitivo alcançado como das experiências sociais (Coll *et al.*, 2004). É uma construção cognitiva que irá determinar a relação que a criança tem consigo própria, orientado as suas ações, tendo um importante aspeto social. O autoconceito vai ficando mais claro e necessário à medida que a criança adquire habilidades cognitivas e lida com tarefas de desenvolvimento da infância, adolescência e, mais tarde, da idade adulta. As características que as crianças na 2ª infância utilizam para se descreverem são normalmente fundamentadas em factos observáveis e concretos, características externas, preferências, entre outras, sendo, portanto, uma autodescrição irrealisticamente positiva (Papalia *et al.*, 2006).

### **Desenvolvimento da Sexualidade**

O desenvolvimento sexual durante estes anos é uma fase importante para a identidade sexual geral de uma pessoa e para as suas crenças. Nesta fase, as crianças começam a formar fortes ligações com o elemento parental do sexo oposto e ao mesmo tempo identificam-se com o elemento parental do mesmo sexo. A tipificação sexual ocorre através de vários mecanismos durante esta fase. Provavelmente, os mais poderosos são a educação dos filhos e as imitações. A identificação do género é o resultado de complexos fatores psicológicos pré e pós-natais, bem como os fatores genéticos ou biológicos. A maioria das crianças do pré-escolar está consciente do seu sexo e dos comportamentos relacionados com ele (Hockenberry & Wilson, 2014).

Conforme ocorre o desenvolvimento da identidade sexual, para além do reconhecimento do sexo, a mutilação pode tornar-se uma preocupação. As imitações dos papéis sexuais e 'vestir-se' como a mãe ou como o pai são atividades importantes. As atitudes e respostas de outras pessoas podem influenciar a forma como a criança se vê a si mesma e aos outros

['meninos não brincam com bonecas' pode influenciar o autoconceito de masculinidade do menino] (Hockenberry & Wilson, 2014).

A exploração sexual pode ser mais evidente agora do que antes, particularmente em termos de exploração e manipulação dos genitais [fase fálica, segundo Freud]. As questões sobre a reprodução sexual podem iniciar-se devido à procura destas crianças pelo seu entendimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

### **Desenvolvimento Social**

Durante a fase pré-escolar, o processo de separação-individualização está quase concluído. Estas crianças superam muita da ansiedade associada a estranhos e ao medo da separação que ocorria nos anos anteriores. Facilmente se relacionam com pessoas desconhecidas e toleram breves separações dos pais com pouca ou nenhuma contestação. Contudo, ainda necessitam da segurança, tranquilidade, orientação e aprovação dos pais, especialmente quando entram na pré-escola ou na escola primária. As separações prolongadas como as hospitalizações são difíceis, mas estas crianças respondem bem à preparação antecipada e à explicação concreta. Nesta fase, enfrentam melhor as mudanças na rotina diária apesar de poderem desenvolver mais os medos imaginários. Elas encontram segurança e conforto nos objetos familiares, como brinquedos, bonecas ou fotografias dos membros da família. São capazes de superar muitos dos seus medos não resolvidos, fantasias e ansiedade por meio de brincadeiras principalmente se guiados por brinquedos adequados que representam os membros da família, profissionais de saúde e outras crianças (Hockenberry & Wilson, 2014).

### **Desenvolvimento Emocional**

Sendo as emoções um dos elementos centrais por detrás de todas as atividades humanas, elas são essenciais na compreensão do funcionamento da personalidade.

Desde o nascimento é possível experienciar emoções, que vão progressivamente dar passagem desde muito cedo a emoções mais específicas. As primeiras emoções são indispensáveis para que desta forma os pais possam perceber o que é necessário à criança. É a partir dos 4-5 anos que as emoções começam a ser contextualizadas, possibilitando à criança compreender e explicar os estados emocionais relativos a cada situação. A partir dos 5-6 anos, as crianças começam a compreender realmente a diferença entre uma emoção real e uma expressa, sendo já capazes de esconder de forma deliberada muitos sentimentos com o objetivo de confundi-los para se ajustarem às normas sociais (Coll *et al.*, 2004).

Para o desenvolvimento emocional é necessário um constante envolvimento social, e tendo em conta que nos primeiros anos de vida o envolvimento social da criança é quase

exclusivamente parental, o papel da família revela-se imprescindível para o contexto de socialização e troca de afetividades. Os estilos educativos que têm por base afeto, comunicação, controlo e exigências têm um papel fundamental no desenvolvimento da criança, podendo refletir-se em 4 estilos principais: estilo democrático, autoritário, permissivo e negligente. No estilo democrático, a criança está sujeita a elevados níveis de afeto e comunicação, mas também de controlo e exigência. Este estilo parental origina crianças que se superam continuamente e são capazes de enfrentar as situações diárias com confiança (Coll *et al.*, 2004).

### **Brincadeira**

Vários tipos de brincadeiras são típicos desta fase, porém as crianças da segunda infância geralmente gostam de brincadeiras associativas – o grupo brinca em atividades semelhantes ou idênticas, mas sem organização ou regras rígidas. A brincadeira deve proporcionar o desenvolvimento físico, social e mental. As brincadeiras que promovem o crescimento físico e o refinamento de habilidades motoras incluem pular, correr e subir. O desporto, a ginástica, as atividades em meio aquático podem ajudar a desenvolver os músculos e a coordenação. Brinquedos de manipulação, construtivos, criativos e educacionais proporcionam atividades tranquilas, o desenvolvimento motor fino e a autoexpressão. Jogos eletrónicos e programas de computador são especialmente valiosos para ajudar as crianças a aprender habilidades básicas como letras e palavras simples (Hockenberry & Wilson, 2014).

Provavelmente, a atividade mais característica das crianças nesta fase é a brincadeira imitativa, imaginativa e dramática. Brinquedos que imitam utilidades domésticas, brinquedos de madeira, telefones, animais, carros, camiões, aviões, proporcionam horas de autoexpressão. Provavelmente, em nenhuma outra fase a reprodução do comportamento do adulto é tão fidedigna e absorvente como nestas crianças de 4-5 anos. Perto do final desta etapa as crianças satisfazem-se menos com o faz de conta ou com brinquedos que imitam objetos dos adultos e preferem atividades reais como auxiliar nas tarefas domésticas. A televisão e os vídeos também têm lugar nas suas brincadeiras e os pais devem supervisionar e limitar o tempo de realização destas atividades (Hockenberry & Wilson, 2014).

A brincadeira é uma parte tão grande da vida de uma criança que a realidade e a fantasia se confundem. Os amigos imaginários surgem por volta dos 2-3 anos e desaparecem por volta dos 5-6 anos. As crianças também beneficiam das brincadeiras que ocorrem entre elas e os pais. Estas favorecem o desenvolvimento, proporcionam enriquecedoras oportunidades de aprendizagem e estimulam interações positivas entre os pais e as crianças fortalecendo o seu relacionamento. Os pais podem proporcionar experiências táteis e cinestésicas,

maximizar a capacidade verbal e de linguagem, e estimular a exploração do mundo (Hockenberry & Wilson, 2014).

### 2.3. CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

A criança é considerada um ser vulnerável, não apenas pela sua condição humana, mas também pelas suas características específicas, sendo um dever “(...) proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados directos como os principais promotores desse desenvolvimento.” (OE, 2010: 69).

Em Portugal, a população tem alcançado ganhos em saúde ao longo dos anos, particularmente nas duas primeiras décadas do ciclo de vida dos indivíduos. Este facto pode ser justificado pela aplicação do PNSIJ, pois as instituições de saúde atualmente têm uma vigilância de saúde infantil e juvenil mais adequada e eficaz, de modo a promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis de todas as crianças e jovens, sem ter em conta os contextos socioeconómicos das famílias (DGS, 2013). Os indicadores como são o caso da esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade perinatal, neonatal e infantil são prova da evolução que tem ocorrido na área da saúde. Dados da PORDATA revelam que em Portugal a taxa de mortalidade infantil diminuiu em larga escala de 77,5‰ em 1960 para 2,7‰ em 2017 (PORDATA, 2019).

A conceção de infância tem vindo a alterar-se ao longo dos anos, uma vez que no passado a criança era vista como um adulto em miniatura e atualmente alguns modelos desenvolvidos consideram as crianças como um ser com características próprias (OE, 2010).

Considera-se a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil como sendo um momento excecional de triagem, avaliação, intervenção e orientação em situações delicadas. O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, bem como a implementação prévia de estratégias preventivas e terapêuticas devem ser vistas como uma prioridade (DGS, 2013).

É fundamental avaliar em todas as consultas de vigilância as preocupações dos pais, ou da própria criança/adolescente, em relação à sua saúde; as intercorrências desde a última consulta, frequência de outras consultas e medicação atual; a frequência e adaptação a ambientes sociais como é o caso do infantário e escola; hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres; a dinâmica do crescimento e desenvolvimento, abordando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos importantes do desenvolvimento psicossocial e ainda, o cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação [PNV] (DGS, 2013).

As idades que estão preconizadas para a realização das consultas de vigilância não são

inflexíveis, por isso se uma criança/jovem por algum motivo tiver de ir a uma consulta antes ou depois da idade preconizada, caso a situação clínica permita deve ser realizado nesse momento, o exame indicado para essa idade. Assim, com estes exames de saúde chamados oportunistas, diminui-se o número de deslocações e aumenta-se o número de crianças/jovens em que a saúde é vigiada de forma regular (DGS, 2013).

A equipa de saúde deve ter o cuidado de realizar a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte social e familiar no momento que em se tem algum contacto com o binómio criança/família. É imprescindível que se estabeleça uma colaboração entre os vários serviços ou níveis de cuidados uma vez que o processo de referenciação e encaminhamento da criança/jovem é fundamental para uma melhor prestação de cuidados (DGS, 2013).

Os primeiros anos de vida consideram-se uma das etapas essenciais para a saúde da criança, uma vez que é nesta fase que acontecem os processos vitais no crescimento e desenvolvimento. Neste período as crianças começam a descobrir o mundo à sua volta, desenvolvem habilidades cada vez mais complexas e estabelecem os valores de referência. Como é considerado um período em que as alterações são constantes e importantes para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, é indispensável um acompanhamento rigoroso, de modo a prevenir ou minimizar possíveis efeitos negativos para a sua saúde. O papel do enfermeiro torna-se desta forma imprescindível no que diz respeito à vigilância da saúde da criança/jovem, nomeadamente nos CSP, com o intuito de se alcançar um melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e por sua vez uma melhoria na qualidade de vida no que se refere a esta população (Reichert, Almeida, Souza, Silva & Collet, 2012). Relativamente à saúde infantil e juvenil, cabe aos enfermeiros educar e aconselhar os pais, fazendo parte das suas competências avaliar o estado de saúde, o crescimento e o nível de desenvolvimento da criança/jovem através das consultas de enfermagem estabelecidas para as respetivas idades (OE, 2010).

Aos 5 anos de idade está preconizada a realização de uma consulta de vigilância de saúde infantil pois é considerada uma idade-chave e incorpora o plano de avaliações periódicas pediátricas definido pela DGS, tendo como intuito avaliar se existem ou não condições físicas e de desenvolvimento psicomotor apropriadas para a nova fase de aprendizagem da criança – a entrada para a escola (Tavares *et al.*, 2010). A finalidade da consulta de vigilância de saúde infantil aos 5 anos é analisar a existência de competências para o início da aprendizagem (DGS, 2013).

O início da escolaridade considera-se uma fase de grandes alterações na vida de uma criança, uma vez que esta se depara com um conjunto de novas rotinas e metodologias de ensino, que por vezes não se encontram adaptadas às especificidades de cada criança. Como tal, esta fase é considerada um momento de enorme *stress*, em que as suas capacidades de

desempenho em variadíssimas áreas são colocadas à prova, como é o caso da memória, do raciocínio e das competências sociais (Tavares *et al.*, 2010).

Os parâmetros que devem ser avaliados na consulta de vigilância aos 5 anos de idade são: o **peso**, a **altura**, o **índice de massa corporal [IMC]**, a **tensão arterial**, a **postura**, a **dentição** [verificar o estado dentário – em caso de cárie dentária seguir as indicações do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral], a **visão** [recorrendo às tabelas de *Snellen* – ANEXO 2], a **audição** [de acordo com os critérios previstos na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada – ANEXO 3], o **exame físico**, a **linguagem/dificuldades específicas de aprendizagem** [linguagem compreensível ou incompreensível], o **desenvolvimento** [através da aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, sendo um dos sinais de alerta uma linguagem incompreensível], o **cumprimento do PNV**, a **relação emocional/comportamento** [os sinais de alerta devem ser: existência de agressividade, violência e oposição persistentes, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade, ansiedade, preocupações ou medos excessivos, dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes, dificuldade na socialização, com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos], o **risco de maus tratos** [deve-se verificar se existem sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar, devendo-se consultar o guia ‘Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção’], e por fim a **segurança do ambiente** [onde se deve avaliar a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel, risco de acidentes domésticos/rodoviários/lazer, exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente] (DGS, 2013).

No que diz respeito aos cuidados antecipatórios, as temáticas que são recomendadas podem ser tratadas de forma individual ou em grupo, em vários contextos, como por exemplo nas salas de espera com a disponibilização de material informativo, ou então em sessões de educação para a saúde orientadas para os pais ou cuidadores. Alguns destes temas podem ser também dinamizados pela Saúde Escolar, abrangendo as crianças, os jovens e as famílias. Os cuidados antecipatórios que devem ser abordados na consulta de vigilância aos 5 anos são: a **alimentação** [com a restrição de alimentos açucarados/fritos/sumos/gorduras, reforçar a importância do pequeno-almoço e do lanche a meio da manhã], a **saúde oral**, o **infantário/escola** [conversar sobre o infantário ou a escola, preparar a criança para a entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e promoção do sucesso escolar, postura correta], o **desenvolvimento**, a **relação emocional/comportamento** [deve ter-se em conta os sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida, bem como a competitividade/prazer em jogos de regras], os **acidentes e segurança** [caminho que a

criança percorre para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras], as **atividades desportivas e culturais**, e, os **hábitos de sono** [abordar as horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta] (DGS, 2013).

No que respeita à vigilância da saúde da criança cada momento em que ocorra um contato entre a criança/família e os serviços de saúde, deve ser aproveitado para realizar uma avaliação da criança/família promovendo a saúde (Reichert *et al.*, 2012).

As curvas de crescimento são um elemento basilar do PNSIJ, pelo que durante as consultas de vigilância é importante que se efetue o seu preenchimento. Como tal, são um instrumento essencial que permite a monitorização do estado de nutrição e o crescimento das crianças/jovens. O desenvolvimento equilibrado das crianças/jovens é considerado primordial para que alcancem uma vida adulta saudável (DGS, 2013).

O EEESIP utiliza um modelo concetual focado na criança e na família encarando ambos como beneficiários dos seus cuidados. Responsabiliza-se pela intervenção em torno de uma fase fundamental do ciclo de vida, que se inicia no nascimento e termina aos 18 anos. Em determinados casos, como na doença crónica, incapacidade ou deficiência, pode prolongar-se até aos 21 ou 25 anos, quando a transição para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (OE, 2018).

O EEESIP tem como objetivo promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente, mas também educar para a saúde assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família (OE, 2018).

Para que o EEESIP preste cuidados especializados com elevado grau de diferenciação a nível humano e técnico-científico à criança/jovem e família deve deter vastos conhecimentos e habilidades que lhes permita atuar com segurança e competência satisfazendo as necessidades da criança/jovem e família. A atualização e aquisição de conhecimentos deve ser constante e contínua ao longo da vida do EEESIP para que desta forma possa acompanhar a inovação e progresso tecnológico e científico na área da saúde e, prestar cuidados de excelência.

### 3. ESTUDO DE CASO

O presente estudo de caso encontra-se estruturado tendo por base as etapas do processo de enfermagem uma vez que, como mencionado anteriormente, constitui uma metodologia cientificamente aceite para orientar e qualificar os cuidados de enfermagem de forma sistemática e dinâmica. Nesta secção será apresentada a avaliação inicial da família e da criança em estudo; a consulta de vigilância de saúde infantil que foi realizada a esta criança abordando os seguintes aspetos: avaliação antropométrica, exame físico, avaliação do desenvolvimento, cuidados antecipatórios; e ainda, os diagnósticos de enfermagem estabelecidos, o planeamento das intervenções de enfermagem a executar e a avaliação dos resultados.

O desenvolvimento do presente estudo de caso decorre da interação com a criança e respetiva família no contexto de CSP. A criança e família alvo deste estudo foi escolhida em conjunto com a EEESIP, tendo sido alvo de escolha pelo facto de recorrer de forma regular à instituição de saúde supramencionada, permitindo um acompanhamento frequente, e por apresentar necessidades já identificadas nas quais se deve intervir no sentido de maximizar a sua saúde e qualidade de vida. Importa salientar que o sigilo e a privacidade da criança e família foram respeitados, salvaguardando a sua identidade sendo referidas apenas as iniciais dos seus nomes ao longo do trabalho: Sr.<sup>a</sup> G.V – mãe., Sr. R.E. – pai, e B.E. – criança.

#### 3.1. APRECIACÃO INICIAL

Seguindo as etapas do processo de enfermagem, a primeira corresponde à apreciação inicial da família e da criança em estudo. Esta apreciação envolve a colheita, verificação e análise de todos os dados a fim de identificar as necessidades percebidas do indivíduo e família, dos seus problemas de saúde e das suas respostas a esses problemas (Hockenberry & Wilson, 2014). Os dados obtêm-se através de diferentes fontes de informação: entrevistas, observação, exame físico, consulta de registos em programas informáticos e/ou suporte papel e diálogo com outras pessoas significativas, caso seja possível (Yin, 1994, citado por Galdeano *et al.*, 2003). A colheita inicial de dados ocorre quando o indivíduo entra no sistema de cuidados de saúde, quer por motivo de doença ou apenas por procura de adesão aos serviços. No entanto, a recolha de dados é um processo permanente que é atualizado sempre que o enfermeiro interage com o indivíduo e/ou família. Em suma, para formular um diagnóstico de enfermagem, é necessário avaliar criticamente o indivíduo, validar os dados, interpretar as informações colhidas e procurar indicações diagnósticas que leve o enfermeiro a identificar os problemas do indivíduo e/ou família (Potter & Perry, 2009)

Através da colheita de dados realizada à criança e respetiva família em estudo, por meio de uma entrevista à mãe e à criança, pela observação da interação entre ambas, pela avaliação da criança e da família no âmbito da consulta de enfermagem e, pela consulta e análise dos dados relativos aos membros da família registados no programa informático SClínico® e à criança no BSIJ, vai ser possível estabelecer os diagnósticos de enfermagem específicos para as suas necessidades e elaborar o planeamento de intervenções a executar junto das mesmas. De modo a cumprir os princípios éticos, a mãe da criança em estudo foi previamente informada acerca da recolha de dados a efetuar bem como dos objetivos da mesma, tendo autorizado e dado o seu consentimento informado, livre e esclarecido de forma escrita para colaborar neste estudo [APÊNDICE 1]. Segundo Fortin (2003), para que o investigador possa desenvolver conhecimento tem que, previamente, obter por parte dos participantes este tipo de consentimento informado.

### 3.1.1. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

Em Pediatria, a prestação de cuidados envolve uma parceria da qual faz parte a família. A família é um elemento imprescindível no cuidado à criança e com influência no seu crescimento e desenvolvimento pelo que a avaliação da dinâmica familiar e a sua relação com o meio envolvente e comunidade em que se inserem é inseparável da avaliação da criança, sendo parte integrante deste estudo de caso (Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2017). “A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família.” (DGS, 2013: 12)

Para avaliar a família V.E. foi utilizado o MCAF como referencial teórico. O índice socioeconómico da família foi avaliado com recurso à Escala de *Graffar* Adaptada [ANEXO 4].

No que diz respeito à estrutura interna da família V.E., esta é composta por três elementos, um casal heterossexual que vive em união de facto, o Sr. R.E. - pai; a Sr.<sup>a</sup> G.V. - mãe, e a filha B.E. Trata-se de uma família nuclear, que de acordo com Hockenberry & Wilson (2014: 53) se caracteriza por ser “(...) composta por dois pais e os seus filhos. (...) Os pais não são necessariamente casados. Não existem outros familiares ou não familiares presentes no agregado familiar.”.

A Sr.<sup>a</sup> G.V., do sexo feminino, tem 35 anos, vive em união de facto, refere como habilitações literárias [REDACTED] e é [REDACTED] trabalha por conta de outrem [REDACTED]. Refere que tem sido saudável, sem antecedentes de saúde relevantes e,

atualmente também não refere qualquer patologia. Refere não tomar medicação habitualmente.

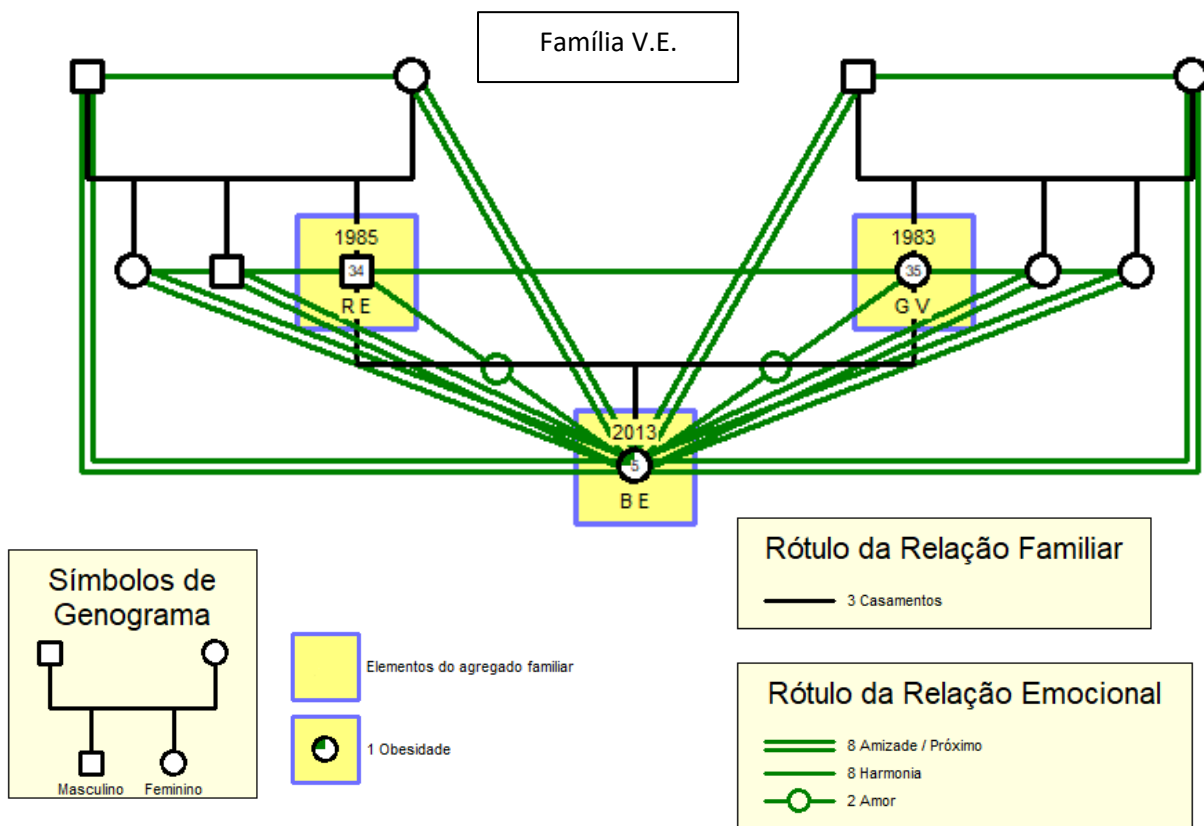
O Sr. R.E., do sexo masculino, tem 34 anos, vive em união de facto, as suas habilitações literárias são [REDACTED] e é [REDACTED]. Como antecedentes pessoais refere intervenções cirúrgicas ao joelho e punho direitos por lesões decorrentes de uma atividade de lazer que já não pratica, [REDACTED]. Não toma medicação habitualmente.

A B.E., do sexo feminino, tem 5 anos e encontra-se a frequentar o ensino pré-escolar. É a primeira filha do casal.

No caso da Família V.E. as díades familiares existentes são: Mãe (G.V.) - Filha (B.E.); Pai (R.E.) – Filha (B.E.); Marido (R.E.) – Mulher (G.V.). A Sr.<sup>a</sup> G.V. afirma que na sua relação com a filha existe um vínculo forte, evidenciando uma relação de amor, carinho, proteção, respeito, e de certo modo dependência da B.E. em relação à Sr.<sup>a</sup> G.V. O mesmo relata no que diz respeito à relação existente entre o Sr. R.E. e a B.E. Entre casal, a relação existente é de amizade, companheirismo, ajuda, respeito e confiança.

No que diz respeito à imposição de limites e regras, a B.E. refere que é a mãe quem as impõe. Os limites estabelecidos são permeáveis, uma vez que os elementos do agregado familiar mantêm uma relação de grande proximidade física, afetiva e emocional. As regras existentes são discutidas e podem ser alteradas conforme as circunstâncias. Este tipo de limites favorece o bom relacionamento familiar tendo em conta que ambas as gerações tentam compreender-se e respeitar os valores individuais e também funciona como instrumento educativo (Wright & Leahey, 2012).

No sentido de facilitar a visualização da estrutura interna da família em estudo, foi elaborado com recurso ao *software GenoPro*<sup>®</sup>, o genograma da família V.E. O genograma é um diagrama que apresenta informação importante, numa representação visual, sobre os membros da família e as suas relações em pelo menos três gerações. Mostra a história da família e informação sobre a saúde, constituindo uma mais valia para o planeamento de intervenções pois facilitam o julgamento clínico pela relação que estabelecem entre a história clínica e a estrutura familiar (Hanson, 2005; Silva *et al.*, 2009; Wright & Leahey, 2012; Cecilio *et al.*, 2014; Sousa, Costa & Carvalho, 2017).



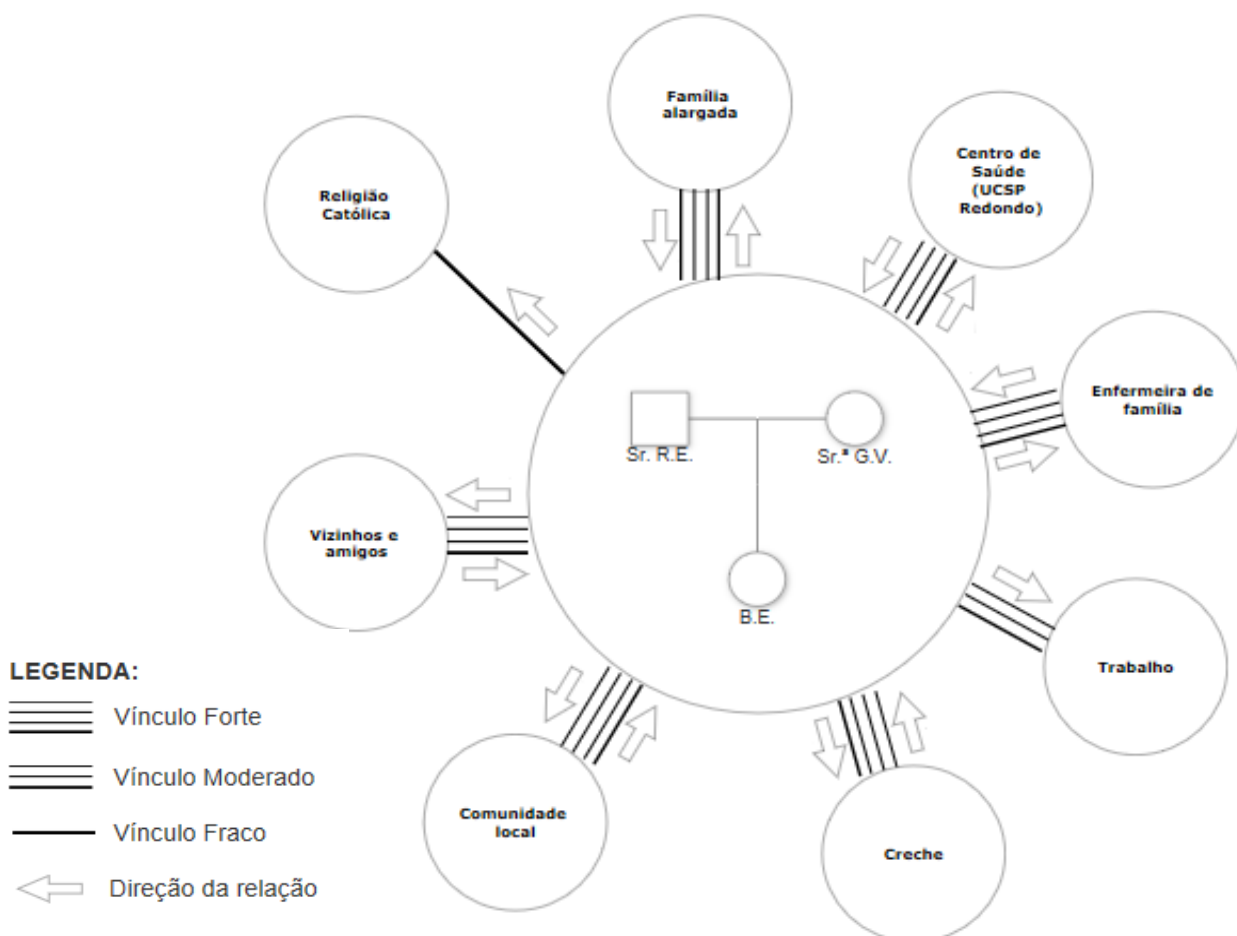
**Figura 1** – Genograma da família V.E.

No que diz respeito à avaliação da estrutura externa da família, esta incide na avaliação da relação entre os membros da família com aqueles que não pertencem ao agregado familiar mas participam na vida da família e servem de apoio e suporte à mesma, e, na relação da família com os sistemas sociais e comunitários que influenciam os comportamentos e as escolhas da família. Relativamente a esta estrutura, a família extensa da família V.E. engloba três gerações. Todos os membros que compõem a família extensa mantêm uma forte relação de proximidade e contacto diário com os elementos do agregado familiar. Vivem todos geograficamente próximos, à exceção de uma tia da B.E. que vive numa localidade geograficamente mais distante, no [redacted]. Apesar disso, o contacto físico entre estes elementos é frequente, através de visitas quinzenais, e mantêm uma comunicação regular por telefone e internet. A mãe refere que toda a família extensa é bastante presente, mantêm uma boa relação com o agregado familiar e ajudam-se mutuamente, sentindo-se apoiada.

No que respeita aos sistemas mais amplos, podemos identificar algumas pessoas e instituições que são importantes para a família V.E. Esta família tem uma relação próxima e um vínculo forte com a família alargada. Também têm um vínculo forte com o sistema de

saúde, mais propriamente com a unidade local de saúde – UCSP, à qual recorre com regularidade quer para vigilância de saúde quer para situações de doença aguda. Têm um vínculo forte com a enfermeira de referência. Quer a Sr.<sup>a</sup> G.V. quer o Sr. R.E. têm um vínculo moderado com o trabalho e um vínculo forte com os seus colegas de trabalho. Com o sistema educativo, a B.E. tem um vínculo forte quer com os seus amigos quer com as professoras. Todos os elementos do agregado familiar têm um vínculo forte com os vizinhos e amigos. Esta família tem uma boa integração social e boa interação com a comunidade. Quanto à religião católica, embora os membros do agregado familiar sejam católicos não são praticantes pelo que o vínculo entre eles é fraco.

Para uma melhor compreensão da estrutura externa da família em estudo foi elaborado com recurso ao programa *Smartdraw*, o Ecomapa da família V.E. O ecomapa trata-se de um diagrama visual representativo das relações significativas da família com outras unidades ou subsistemas existentes na comunidade (Hanson, 2005; Silva *et al.*, 2009; Wright & Leahey, 2012; Cecilio *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2017b).



**Figura 2** – Ecomapa da família V.E.

A análise do contexto em que a família está inserida também é um fator relevante na avaliação da família pois o contexto permeia e circunscreve o indivíduo e a família. Os membros da família V.E. são de raça caucasiana, nacionalidade portuguesa e residem numa vivenda própria com rés-de-chão e primeiro andar, no distrito de Évora. A zona onde se localiza a casa é muito calma e segura, permitindo à B.E. brincar com os vizinhos na rua em segurança. A mãe refere que a habitação é nova e dispõe de condições básicas necessárias [saneamento e eletricidade] e adequadas ao número de elementos do agregado familiar. É constituída por 10 divisões: 3 quartos, 2 casas-de-banho, sala, cozinha, despensa, arrumos e quintal. Existem escadas dentro da habitação com presença de dois corrimãos. A família V.E. encontra-se adaptada ao local onde reside, tendo boa relação com os vizinhos e integrada na comunidade envolvente. Quanto à religião, o casal é católico não praticante e a B.E. é batizada. Não frequentam a igreja, porém dão importância às festividades religiosas, nomeadamente o Natal e a Páscoa, e respeitam estas mesmas datas.

Para avaliar o nível socioeconómico da família V.E. utilizou-se a Escala de *Graffar* Adaptada. Segundo este instrumento, a família em estudo situa-se no nível III que corresponde à classe média.

Para além da avaliação estrutural da família considerou-se pertinente avaliar também o desenvolvimento do ciclo vital da família em estudo. De acordo com Wright & Leahey (2012), a família V.E. encontra-se no estágio 3 de desenvolvimento – família com filhos pequenos. Neste estágio, o processo emocional central relaciona-se com a aceitação de novos membros na família e o casal necessita de adotar novos papéis no que respeita à parentalidade efetiva [união na educação dos filhos], no ajuste de rotinas e na divisão de tarefas. Surge também a necessidade de realinhamento de relacionamentos com a família extensa. Dos dados recolhidos, foi possível perceber que esta família está bem adaptada ao ciclo vital familiar em que se encontra, existindo uma relação harmoniosa e um vínculo forte entre a tríade ‘pai-mãe-filha’ e uma partilha de tarefas e responsabilidades. A Sr.<sup>a</sup> G.V. refere ser a principal responsável pela gestão financeira e que o seu companheiro colabora diariamente nas tarefas domésticas e quaisquer outras que sejam necessárias realizar.

Segundo o MCAF, para que a avaliação da família seja completa é necessário também avaliar a família quanto à sua funcionalidade, ou seja, ao modo como os elementos da família interagem uns com os outros. Quanto às atividades de vida quotidianas, no que diz respeito à qualidade do ar no domicílio da família V.E., apesar do Sr. R.E. ter hábitos tabágicos frequentes, não fuma dentro de casa tendo em atenção os restantes elementos do agregado familiar. Tanto a companheira como a filha alertam-no para os malefícios que o tabaco provoca e incentivam-no para deixar de fumar. Quer a mãe quer o pai se preocupam com a manutenção de um ambiente seguro em casa, tomando medidas preventivas no sentido de

diminuir o risco de acidentes pelo que os utensílios/materiais que possam trazer algum perigo de lesões para a B.E. estão guardados sempre em local seguro, fora do alcance da criança. Todos os membros do agregado familiar apresentam grande facilidade na comunicação, quer entre si quer com aqueles que os rodeiam. A B.E. é bastante comunicativa expressando as suas ideias e sentimentos, facto observado aquando o contacto com a mesma na UCSP. Nenhum membro da família V.E. apresenta qualquer tipo de alteração relativamente ao padrão respiratório sendo todos eles independentes nesta atividade de vida. Relativamente à alimentação, a Sr.<sup>a</sup> G.V. refere que a família segue uma alimentação saudável e equilibrada. As refeições são confeccionadas maioritariamente por ela existindo preocupação com a quantidade de sal, gorduras e fritos, evitando-os frequentemente. Realizam diariamente cerca de 5 refeições, não tomam ceia. Apesar dos cuidados que a mãe refere ter com a alimentação, a B.E. apresenta um IMC acima do percentil 97. Por vezes ingere alimentos ricos em açúcar e em hidratos de carbono apesar de a mãe exercer um elevado controlo e restringir o consumo de muitos alimentos potenciadores de excesso de peso. Relativamente ao padrão de eliminação vesical e intestinal, todos os elementos do agregado familiar têm um padrão de eliminação considerado normal, de acordo com a sua alimentação e ingestão de líquidos. Quanto aos cuidados de higiene corporal, são prática diária na família V.E. apresentando uma higiene cuidada. Referem também hábitos regulares de higiene oral. Vestem roupas e calçam sapatos adequados às condições climatéricas. A higienização da roupa é feita diariamente utilizando a máquina de lavar e fica a cargo da Sr.<sup>a</sup> G.V. No que respeita à temperatura corporal, esta é avaliada através de um termómetro digital quando surgem sinais/sintomas indicativos de alterações na temperatura corporal. No domicílio, utilizam equipamentos de aquecimento e refrigeração consoante as necessidades. A família V.E. desloca-se frequentemente em automóvel próprio e ocasionalmente a pé. Relativamente aos hábitos de lazer, a família V.E. costuma realizar passeios ao fim-de-semana. Durante a semana o tempo livre é pouco devido ao trabalho e às tarefas domésticas, mas ao serão aproveitam para ver televisão. Quanto à expressão da sexualidade, o casal tem apenas uma filha mas refere estar nos seus planos futuros ter mais um filho. No que diz respeito aos hábitos de sono e repouso, todos os elementos do agregado familiar dormem o tempo adequado às suas necessidades, sem problemas de insónias. A B.E. apenas adormece na presença da mãe mas dorme sozinha no seu quarto. Até ao momento, a família V.E. não passou por perdas significativas de ente-queridos.

Por último, a avaliação da dimensão expressiva da família refere-se aos padrões de interação entre os membros da família. O relacionamento de afetividade, demonstração de emoções, o ato de acarinhar verificam-se na tríade 'pai-mãe-filha'. Existe uma grande relação de entajuda, confiança, preocupação comum e frequente com o bem-estar uns dos outros.

A comunicação verbal entre os membros do agregado familiar é adequada e falam abertamente sobre qualquer tema. Existe congruência e adequação entre a comunicação verbal e a comunicação não verbal. Na base da comunicação está o respeito e a compreensão. A Sr.<sup>a</sup> G.V. refere que tanto ela como o companheiro têm a capacidade de identificar problemas, procurar soluções e adotar as melhores formas de resolução dos mesmos. Sempre que a filha B.E. tem um problema recorre à mãe para a ajudar a resolvê-lo. No seio da família V.E., a Sr.<sup>a</sup> G.V. assume o papel de mãe, esposa e dona de casa. O Sr. R.E. assume o papel de pai e esposo colaborando também nas tarefas domésticas. Ambos contribuem para o governo e suporte financeiro da família, e para garantir o equilíbrio e a satisfação de grande parte das necessidades dos membros da família. A B.E. assume o papel de filha. Relativamente ao poder no seio da família V.E. identifica-se uma maior autoridade nos elementos G.V. e R.E. sob o elemento B.E., existindo um grande respeito e obediência por parte da filha em relação ao poder que os pais exercem. Quanto à expressão da espiritualidade e crenças, a Sr.<sup>a</sup> G.V. e o Sr. R.E. acreditam num ser superior que transcende o ser humano, apoiando e ajudando-os a ultrapassar situações complicadas. Todos os elementos da família V.E. estão unidos, não só por laços de sangue, mas também por laços de amor familiar.

### 3.1.2. AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

A menina B.E. nasceu em setembro de 2013 no Hospital do Espírito Santo de Évora [HESE] - Entidade Pública Empresarial [E.P.E.] de parto eutócico às 38 semanas de gestação, sem intercorrências. A gravidez foi planeada, vigiada por médico particular com 4 consultas de vigilância. Durante a gravidez a mãe refere ter sido diagnosticada placenta prévia aos 5 meses de gestação levando-a a ficar em repouso, ausente do trabalho, até ao final da gestação, que decorreu sem complicações. Os dados antropométricos ao nascer: peso 2770gr, comprimento 46,5cm e perímetro cefálico 34cm. O índice de *Apgar* foi de 10 ao primeiro minuto e 10 ao quinto minuto de vida. A mãe e a menina B.E. permaneceram no hospital cerca de 48 horas após o parto. Na maternidade foram administradas as vacinas: contra a tuberculose [BCG] e anti-hepatite B [VHB], de acordo com o PNV à data do nascimento. Para além das vacinas contempladas no PNV foram administradas 3 tomas de prevenar + 3 anti-meningite B. No segundo dia de vida, na maternidade, foi realizado o rastreio auditivo que não revelou quaisquer alterações. O rastreio de doenças metabólicas foi realizado ao 4º dia de vida no centro de saúde, cujo resultado não revelou alterações. Relativamente à avaliação antropométrica, através da análise dos registos no BSIJ, os valores referentes ao peso no primeiro ano de vida encontravam-se maioritariamente entre o percentil

15 e o percentil 50, tendo alterado progressivamente para os percentis superiores durante o 1º e 4º anos de vida. Por outro lado, em relação ao comprimento/altura foi oscilando de percentil ao longo dos anos. Através do cálculo do IMC, foi possível verificar que os valores no primeiro ano de vida se encontravam entre o percentil 50 e o percentil 85. Do primeiro ano até ao quarto ano de vida, o valor do IMC aumentou fixando-se acima do percentil 97. Todos os valores referentes à avaliação antropométrica da B.E. podem ser consultados na tabela abaixo apresentada.

| <b>IDADE</b>     | <b>PESO<br/>(Kg)</b> | <b>PERCENTIL<br/>(OMS)</b> | <b>COMPRIMENTO/<br/>ALTURA (CM)</b> | <b>PERCENTIL<br/>(OMS)</b> | <b>IMC<br/>(Kg/m2)</b> | <b>PERCENTIL<br/>(OMS)</b> |
|------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Ao nascer</b> | 2,770                | -----                      | 46,5                                | -----                      | -----                  | -----                      |
| <b>4 Dias</b>    | 2,620                | 3 a 15                     | -----                               | -----                      | -----                  | -----                      |
| <b>10 Dias</b>   | 2,850                | 3 a 15                     | -----                               | -----                      | -----                  | -----                      |
| <b>16 Dias</b>   | 3,100                | 3 a 15                     | 49,5                                | 3 a 15                     | 12,65                  | 15 a 50                    |
| <b>21 Dias</b>   | 3,250                | 3 a 15                     | -----                               | -----                      | -----                  | -----                      |
| <b>25 Dias</b>   | 3,380                | 3 a 15                     | 50,5                                | 3 a 15                     | 13,25                  | 15 a 50                    |
| <b>1 Mês</b>     | 3,700                | 3 a 15                     | -----                               | -----                      | -----                  | -----                      |
| <b>2 Meses</b>   | 4,520                | 15 a 50                    | 54                                  | 3 a 15                     | 15,5                   | 15 a 50                    |
| <b>3 Meses</b>   | 5,410                | 15 a 50                    | 56,5                                | 3 a 15                     | 16,95                  | 50 a 85                    |
| <b>4 Meses</b>   | 6,050                | 15 a 50                    | 60                                  | 15 a 50                    | 16,81                  | 50 a 85                    |
| <b>5 Meses</b>   | 6,910                | 15 a 50                    | 62,5                                | 3 a 15                     | 17,69                  | 50 a 85                    |
| <b>6 Meses</b>   | 7,200                | 15 a 50                    | 64                                  | 15 a 50                    | 17,58                  | 50 a 85                    |
| <b>9 Meses</b>   | 8,240                | 15 a 50                    | 67                                  | 3 a 15                     | 18,36                  | 50 a 85                    |
| <b>12 Meses</b>  | 9,880                | 50 a 85                    | 69,5                                | 3 a 15                     | 20,45                  | > 97                       |
| <b>15 Meses</b>  | 10,800               | 50 a 85                    | 76                                  | 15 a 50                    | 18,70                  | 85 a 97                    |
| <b>18 Meses</b>  | 11,600               | 50 a 85                    | 79                                  | 15 a 50                    | 18,59                  | 85 a 97                    |
| <b>2 Anos</b>    | 13,910               | 85 a 97                    | 83                                  | 15 a 50                    | 20,19                  | > 97                       |
| <b>3 Anos</b>    | 19,200               | > 97                       | 96                                  | 50 a 85                    | 20,83                  | > 97                       |
| <b>5 Anos</b>    | 29,200               | > 97                       | 118                                 | 50 a 85                    | 20,97                  | > 97                       |

**Tabela 1** – Registo de valores antropométricos referentes à menina B.E.

No que respeita à alimentação, a menina B.E. fez aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade mas continuou o aleitamento materno até cerca dos 3 anos de idade. Durante o primeiro ano de vida, iniciou a diversificação alimentar de acordo com as orientações do pediatra, sem intercorrências [sem alergias nem intolerâncias alimentares]. Atualmente, a sua alimentação é controlada pelos pais, prevenindo erros alimentares.

Contudo, a mãe referiu que nem sempre consegue evitar que a filha coma alguns alimentos menos saudáveis como por exemplo doces, snacks ao lanche. Tenta controlar as quantidades de comida às refeições, mas por vezes quando a filha lhe pede para repetir a refeição acaba por ceder por recear que ela fique com fome. Não permite que beba refrigerantes diariamente, mas ocasionalmente em festas permite que o faça. Quando está com os avós, a sua alimentação é menos saudável pela ausência de restrições da parte dos avós, permitindo que a menina B.E. coma bolos, bolachas, pizza, batatas fritas e beba refrigerantes. Durante a semana, come a meio da manhã [uma sande e um pacote de leite simples ou um iogurte e uma peça de fruta] e almoça sempre no infantário ingerindo a totalidade das refeições.

A vigilância de saúde da criança é feita de forma regular no pediatra particular e no centro de saúde da área de residência, no qual têm médico e enfermeira de família. Segundo referência da mãe, a menina B.E. recorreu cerca de 15 vezes ao serviço de urgência pediátrica e a 5 consultas externas no HESE, E.P.E.. Nestes episódios de urgência, foram diagnosticadas patologias agudas comuns da idade, sem necessidade de internamento, entre elas: gastroenterite aguda, bronquiolites, infeção do trato urinário, otites. Atualmente apresenta obesidade e hipercolesterolemia. Na consulta de vigilância de saúde realizada pelo pediatra, foi efetuado o rastreio das dislipidemias, conforme preconizado no PNSIJ, por ser uma criança “(...) com antecedentes pessoais de excesso de peso, obesidade, (...)” (DGS, 2013: 98). Segundo referência da mãe foram detetados valores de colesterol total elevados (180mg/dL).

### 3.1.2.1. CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL DA MENINA B.E.

“A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP).” (DGS, 2013: 57)

O desenvolvimento da criança é um processo dinâmico e contínuo, contudo, a velocidade de ocorrência de determinados parâmetros varia de criança para criança, não sendo linear, e depende de vários fatores (DGS, 2013).

Os CSP, através das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil permitem acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças/adolescentes detetando precocemente fatores de risco e/ou suspeita de qualquer alteração por parte dos pais,

familiares, profissionais de saúde (DGS, 2013).

Segundo Hockenberry & Wilson (2014), o crescimento e o desenvolvimento, geralmente referenciados como uma unidade, expressam a soma de inúmeras alterações que ocorrem durante a vida de um indivíduo. O crescimento refere-se às alterações físicas, isto é, ao tamanho e ao peso resultante da multiplicação das células ou do seu aumento de volume. O desenvolvimento significa diferenciação das várias estruturas e funções, e refere-se a aptidões psicomotoras impossíveis de quantificar, mas que se poderão avaliar por comparação de tabelas ou padrões. São processos habitualmente paralelos, previsíveis, contínuos, ordenados, progressivos e universais para todos os seres humanos. Embora exista uma ordem invariável e precisa para o desenvolvimento, este não ocorre sempre com a mesma velocidade ou ritmo. A capacidade de avançar em cada fase do desenvolvimento influencia a saúde do indivíduo, assim como o sucesso ou o fracasso vivenciado em cada fase afeta a capacidade de completar as fases subsequentes (Papalia *et al.*, 2006). Os parâmetros do desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis como os do crescimento físico.

A consulta de vigilância de saúde infantil da menina B.E. foi então realizada, no momento planeado de acordo com o estabelecido no PNSIJ, aos 5 anos de idade, no centro de saúde, com a enfermeira de referência da família. O facto de ser a enfermeira de família a realizar a consulta, constitui uma mais valia dada a relação de confiança já existente entre ela e os elementos da família. A relação de confiança e à vontade entre o EEESIP e a criança/família, são aspetos favoráveis ao sucesso das restantes intervenções. Através desta relação consegue-se ajudar e recolher mais informações, quer por dados subjetivos ou objetivos, que são úteis nomeadamente para identificar áreas de atenção relevantes no âmbito da saúde da criança/família e necessidades específicas e, posteriormente, elaborar diagnósticos de enfermagem de forma a individualizar e adequar os cuidados. Foram usadas como *guidelines* nesta avaliação as recomendações e critérios descritos no PNSIJ. Para uma avaliação mais completa da menina B.E., foi realizada inicialmente uma anamnese junto dos pais, através de entrevista, de forma a recolher informações relativas a aspetos anteriores da condição de saúde da criança focando diversas áreas que normalmente são ignoradas na história de um adulto como a história da alimentação, da vacinação, crescimento e desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014). A abordagem à criança foi gradual, estabelecendo confiança e fomentando a cooperação, como sugere Opperman & Cassandra (2001). No exame físico a observação foi realizada de forma sistemática e no sentido cefalo-caudal tendo em atenção os procedimentos intrusivos que, tal como recomendado segundo Hockenberry & Wilson (2014), foram realizados no fim da consulta, de modo a manter a criança calma durante o máximo tempo possível. Foram tidas em consideração as orientações gerais para a realização do exame físico de acordo com Hockenberry & Wilson (2014), nomeadamente, foi realizado o

exame numa sala com iluminação, com decoração e brinquedos adequados à idade, com temperatura adequada e sem equipamentos potencialmente assustadores no campo de visão da criança. Procedeu-se de forma calma, com cooperação da criança e dos pais. No final, a criança foi elogiada pela sua cooperação e foi-lhe entregue um autocolante como recompensa do seu comportamento exemplar.

#### Avaliação antropométrica

À data da avaliação [aos 5 anos de idade] a menina B.E. pesava 29,2kg, media 118cm de estatura e o valor do IMC era 20,97kg/m<sup>2</sup>. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), as crianças com 5 anos pesam cerca de 18,5kg e medem aproximadamente 110cm. Como o crescimento é um processo contínuo, mas desigual, uma avaliação isolada tem pouco significado, pelo que há que interpretar e comparar os registos das avaliações de crescimento ao longo do tempo, recorrendo às curvas de crescimento da OMS. Foi oportuno orientar os pais no sentido da interpretação das curvas de crescimento. Efetuados os registos no BSIJ, neste momento, a menina B.E. encontra-se acima do percentil 97 para o peso e entre o percentil 85 e o percentil 97 para a estatura. Assim, com esta avaliação constatou-se que a menina B.E apresenta um peso acima da média para a sua idade, e tendo em conta a sua estatura, o valor de IMC classifica-a como sendo uma criança com obesidade, encontrando-se assim acima do percentil 97 como demonstra a tabela em apêndice [APÊNDICE 2 – Curvas de Crescimento adotadas pela OMS]. Seguindo as recomendações da OMS, classifica-se com obesidade a criança dos 5 aos 19 anos de idade quando o valor do IMC apresenta mais de 2 desvio-padrão acima do padrão médio de crescimento infantil da OMS (OMS, 2018). Perante este facto, verifica-se uma necessidade de intervenção neste foco. Segundo Gaíva *et al.* (2018), a avaliação do peso constitui um importante indicador quer biológico quer social pois as suas variações relacionam-se com as condições de vida e familiares. Por sua vez, o IMC permite-nos avaliar o estado nutricional da criança e detetar precocemente distúrbios nutricionais e intervir atempadamente evitando comprometimentos no crescimento e desenvolvimento da criança (Gaíva *et al.*, 2018).

#### Exame físico

“O exame físico na criança revela um aspeto do cuidado humano em que além de um procedimento é uma técnica de responsabilidade profissional.” (Hamilton, 2003 citado por Antão *et al.*, 2016: 98). Aquando a realização da anamnese junto dos pais foi também realizada a avaliação da menina B.E.. Foi então feita a revisão dos sistemas iniciando-se pela avaliação geral do estado de saúde da menina B.E.

Apresentava uma imagem corporal cuidada, roupa e calçado limpos e adequados às

condições climatéricas e ao estado nutricional. Sentada na cadeira, ao lado dos pais, mostrava-se atenta, sorridente e colaborante.

A mãe referiu que a menina B.E. não tem apresentado problemas agudos de saúde recentemente, no entanto refere que a obesidade atual, a hipercolesterolemia atual e a saúde oral comprometida constituem preocupações neste momento. Foi abordado pormenorizadamente o estilo de vida da menina B.E. no que respeita aos hábitos alimentares e de atividade física no sentido de identificar a etiologia da obesidade e da hipercolesterolemia e foram realizados ensinamentos no âmbito da mudança de comportamentos promovendo a saúde e minimizando o problema identificado.

Avaliou-se de seguida a pele e mucosas, que se encontravam coradas e hidratadas, sem alterações/lesões aparentes. A pele apresentava pigmentação característica da raça caucasiana, encontrava-se íntegra, sem odor, sem sinais de sudorese e à temperatura ambiente.

Apresentava uma distribuição regular de pêlos por todo o corpo, sendo considerada adequada ao seu ciclo vital. As unhas e o cabelo também se apresentavam cuidados e sem alterações evidentes. Apresentava o cabelo comprido, liso, de cor castanho claro, cuidado, limpo, bem distribuído e sem sinais de alopecia. As unhas das mãos e dos pés encontravam-se pequenas, íntegras e limpas, ambas com coloração transparente, espessura fina e sem sinais de infeção. Os leitos ungueais não se encontravam cianosados.

No que respeita à cabeça e pescoço: tinha o crânio normocefálico, numa proporção adequada relativamente a toda a estatura corporal. Conseguia manter o pescoço ereto e conseguia movimentar a cabeça com amplitude normal, sem limitações e sem referência à dor.

Quanto à visão, a mãe referiu não ter notado alterações a nível visual, descrevendo que a menina B.E. pinta/vê livros e vê televisão a uma distância recomendável sem indícios de problemas visuais. Realizado o teste visual, recorrendo à tabela de *Snellen* para crianças [ANEXO 2 – Tabela de *Snellen* para crianças], a menina B.E. não apresentou alterações nos parâmetros avaliados. As pupilas encontravam-se isocóricas e os olhos sem alterações evidentes. Tinha abertura ocular espontânea e conseguia mantê-la. Recentemente foi ao oftalmologista para realização de consulta de rastreio visual e segundo a mãe sem alterações detetadas.

Quanto à dentição, a menina B.E. tinha 2 dentes definitivos, ausência de 2 dentes, um deles por extração, e 4 dentes temporários alvo de tratamento de restauração com colocação de selante. A mãe refere que a menina B.E. está a ser acompanhada pela dentista com a qual tem boa relação. Apesar de ter de ser incentivada e supervisionada/ajudada pela mãe, a menina B.E. realiza a higiene oral diariamente utilizando uma pasta dentífrica com flúor, de

manhã e à noite no domicílio, e durante o dia na escola. Necessita ainda da ajuda da mãe na escovagem dos dentes por ter dificuldades em realizar corretamente a técnica de escovagem dos dentes. No âmbito do projeto Verniz de Flúor da Unidade de Saúde Pública, foi realizada a primeira observação à criança dia 15/11/2018 na qual a criança colaborou. No que diz respeito à boca: tinha a mucosa oral húmida, rosada, hidratada, e os lábios estavam rosados e hidratados. Sem lesões visíveis na mucosa oral.

No que diz respeito à audição, a mãe referiu que a menina B.E. ouve aquilo que lhe é dito, mesmo em tom de voz baixo, sem ser necessário repetir. Não refere otalgia, otorreia nem outras alterações. O pavilhão auricular apresentava-se íntegro e limpo, sem visualização de cerúmen em excesso.

Quanto ao sistema respiratório, a menina B.E. não apresenta quaisquer alterações. No que diz respeito ao nariz: apresentava um nariz simétrico e proporcional às outras estruturas da face e não são visíveis deformidades ósseas no nariz, nem lesões externas. A mucosa nasal encontrava-se hidratada e íntegra e as narinas estavam permeáveis. A sua respiração era superficial, toraco-abdominal, com expansão simétrica da caixa torácica, com ausência de ruídos e sem aparentes sinais de dificuldade respiratória. Eupneica em repouso em ar ambiente. As frequências respiratórias rondavam os 19cr/min, valor considerado adequado para a idade [ANEXO 5 – Tabela de valores de referência para a frequência respiratória segundo a idade]. Não são conhecidas patologias que comprometam o sistema respiratório.

Avaliada a pressão arterial [90/45mmHg] e o pulso [100bc/min.], os valores registados encontravam-se estáveis considerados adequados para a idade [ANEXO 6 – Tabela de valores de referência para a tensão arterial e frequência cardíaca segundo a idade]. Foi avaliado o pulso através da palpação na artéria radial, encontrando-se rítmico. As extremidades encontravam-se rosadas, hidratadas e à temperatura ambiente. Extremidades sem outras alterações neurocirculatórias aparentes. Não apresentava sinais de edema, eritemas nem equimoses.

Relativamente ao sistema gastrointestinal, a menina B.E. não tem tido episódios de vômitos e/ou diarreia recentemente, tem boa tolerância alimentar e hábitos de eliminação dentro dos parâmetros considerados adequados. Retirou as fraldas aos dois anos e meio. Tem controlo de esfíncteres, deslocando-se autonomamente à casa de banho onde tem micções e dejeções na sanita, de características aparentemente normais segundo referência da mãe. Diariamente tem várias micções, consoante a ingestão de líquidos e uma dejeção logo pela manhã. Não sofre de enurese nem encoprese. Não menciona queixas relativas a ambas as eliminações.

A nível geniturinário a menina B.E. apresentava a pele da região perineal íntegra, limpa, sem sinais de infeção, lesões ou irritação perineal.

Segundo informação recolhida do diário clínico, à palpação, o abdómen estava mole, depressível, indolor, sem massas ou organomegalias, sem defesa ou reação peritoneal. Sem queixas de dor abdominal.

No que diz respeito ao sistema musculoesquelético a menina B.E. movimentava-se de forma autónoma, sem auxiliares de marcha, sem alterações no ciclo de marcha, sem limitações/dificuldades em termos de amplitude de movimentos, de força muscular em termos de articulações e músculos comprovadas pela capacidade de mobilização da menina e sem alterações do equilíbrio em repouso ou ao movimentar-se. Não apresentava aparentemente deformidades articulares/ósseas visíveis. Segundo a mãe é uma criança ativa, corre, brinca, salta. Pratica natação, ballet, ginástica no âmbito curricular, e participa nas marchas populares.

A menina B.E. não tem dificuldades/problemas na comunicação nem alterações no discurso. A mãe referiu que ela tem facilidade na comunicação e em estabelecer relações com os pares. Interage espontaneamente com os adultos e sempre que abordada é cordial e recetiva ao diálogo, prolongando o discurso. Fala abertamente sobre acontecimentos da sua vida quotidiana, exprime as suas vontades, desejos, sentimentos e emoções. Não apresenta dificuldades em comunicar, mantém contacto visual, e apresenta um discurso coerente, lógico, de vocabulário simples e facilmente perceptível. O tom de voz é normal. Não são visíveis problemas a nível da fala ou dicção. Revela facilidade em expressar-se oral e gestualmente. A interação com os pais é adequada.

As vacinas conforme o PNV estipuladas para a idade da menina B.E. [vacina contra a Difteria, tétano e tosse convulsa [DTPa]5, vacina inativada contra a Poliomielite [VIP]5 e vacina contra Sarampo, Parotidite epidémica e Rubéola [VASPR]2] já tinham sido administradas num contacto anterior com a menina B.E. aquando a sua ida à UCSP. Nesta consulta foram informados os pais relativamente à idade da próxima vacinação [10 anos – vacina contra Tétano e Difteria] bem como reforçada a importância da adesão à vacinação.

No decorrer da consulta, não foram identificados sinais sugestivos de maus-tratos. A criança não apresentava nenhum tipo de lesões corporais indicativas de maus tratos físicos e os pais demonstraram sempre um sentido de proteção em relação à filha e um vínculo afetivo bem estabelecido com a mesma.

Segundo a mãe, a menina B.E. é independente na maioria das atividades de vida diárias embora supervisionada pelos pais. Vive numa habitação com os pais, em Redondo na qual existe um ambiente seguro. As medidas de segurança para prevenção de acidentes estão asseguradas no domicílio, embora a casa tenha primeiro andar com escadas, as mesmas possuem dois corrimãos. Existe um ambiente seguro e acima de tudo estável em casa existindo uma boa relação familiar entre todos os membros do agregado. Apenas o pai é

fumador, mas não o faz em casa. A mãe menciona que a filha tem comportamentos adequados nos relacionamentos com os outros, não apresenta atitudes ou ações que perturbem o ambiente, nem usa abusos verbais nem físicos. Mostra-se colaborante, no sentido de cumprir ordens simples indicadas por outros. No automóvel utiliza o sistema de retenção adequado ao seu peso e altura – cadeira de segurança grupo III.

#### Avaliação do desenvolvimento

Desde a entrada da menina B.E. no espaço físico do centro de saúde que foi sendo observada pela enfermeira no que respeita ao seu comportamento e interação quer com os pais quer com o ambiente envolvente. A avaliação da criança não se deve cingir ao momento do exame físico e objetivo, devendo ser realizada de forma sistemática “(...) desde o momento que a criança entra na sala de consulta, até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores.” (DGS, 2013: 57). Enquanto a criança não é alvo de atenções, sente-se mais à vontade, permitindo ao profissional observá-la e tirar ilações importantes e geralmente fiáveis relativamente ao desenvolvimento da mesma (DGS, 2013). A menina B.E. entrou no centro de saúde pelo próprio pé e de mãos dadas aos pais. Vinha calma, sorridente e bem-disposta. Enquanto aguardava pela sua vez de consulta, encontrava-se sentada, com as costas direitas, numa cadeira ao meio dos pais, a brincar com uma boneca. Atenta a tudo o que a rodeava, ia comunicando com os pais. Apresentava uma postura ereta e bem equilibrada demonstrando sentir-se à vontade, segura e confiante.

A avaliação do desenvolvimento foi continuada na sala de enfermagem seguindo os parâmetros indicados na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada. No que concerne à avaliação psicomotora propriamente dita o EEESIP “(...) deve associar ao seu conhecimento (...) a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.” (OE, 2010: 72). No contexto de CSP, a escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada é a escala de referência do PNSIJ e integra o programa informático das unidades de saúde, pelo que se optou por utilizar esta escala para avaliar o desenvolvimento da menina B.E.. Este instrumento permite um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites, isto é, servem como ‘padrão de referência da normalidade’. Foi com base nestas orientações que se procedeu à avaliação do desenvolvimento da menina B.E..

O PNSIJ aconselha a que

“o acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança. Deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família (...)” (DGS, 2013: 58).

Tendo como *guidelines* os parâmetros a avaliar referidos na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, alguns aspetos foram sendo avaliados ao longo do exame físico, nomeadamente, a avaliação **da postura e motricidade global**, a avaliação da **visão e audição e o comportamento e adaptação social** [veste-se/despe-se sozinha], sendo que os resultados observados se encontram dentro dos parâmetros considerados adequados para a idade. No que diz respeito à **motricidade global**, segundo informação dos pais, a menina B.E. consegue descer escadas sem apoio alternando os pés, corre, salta, pula, gira, arremessa e chuta bolas, ou seja, consegue controlar a sua atividade corporal e manter uma postura estável, apresentando assim um bom equilíbrio. Avaliou-se a **motricidade fina** solicitando à menina B.E. que realizasse as atividades planeadas na escala, conseguindo realizá-las com sucesso. Sabe dobrar papel e cortá-lo utilizando corretamente a tesoura, veste-se e despe-se sem ajuda, sabe pegar no lápis/caneta e pintar/desenhar. Os pais referiram que ela utiliza talheres para comer, mas precisa de ajuda para fragmentar ou descascar alguns alimentos e também sabe andar de bicicleta. Os pais assumem que a incentivam a praticar e treinar essas destrezas. Quanto ao estabelecimento da lateralidade, a menina B.E. é destra porque utiliza preferencialmente o braço e a perna direitos. Automaticamente apanha e manipula objetos com a mão direita. Quando observada a brincar e a executar atividades lúdicas é perceptível o desenvolvimento da psicomotricidade fina e grossa. Conclui-se que apresenta uma capacidade adequada para controlar separadamente cada segmento motor, boa coordenação de movimentos e capacidade para realizar movimentos relativamente complexos, tendo adquiridas as destrezas motoras quer da motricidade fina quer da motricidade grossa dos 4-5 anos e algumas dos 5-6 anos.

No que diz respeito ao **comportamento e adaptação social**, os pais da menina B.E. referiram que todos os dias ela realiza a sua higiene da face e das mãos de forma independente, reconhece o que é certo e errado e adequa o comportamento e atitudes às situações no momento. Na escola tem muitos amigos com os quais brinca e interage positivamente e sempre que realizam jogos com regras a menina B.E. compreende e respeita as mesmas. Referiram também que ela se relaciona facilmente com pessoas conhecidas. Tolerava separações dos pais por períodos consideráveis e necessários [ficar no infantário, ficar com os avós].

Para avaliar a **audição e linguagem**, foi questionada a menina B.E. sobre o seu nome completo, idade, morada e data de nascimento conseguindo responder a todas as questões corretamente excetuando o ano de nascimento que referiu não se recordar. Durante a entrevista e avaliação foi possível avaliar a linguagem utilizada pela menina B.E. constatando que utiliza um vocabulário fluente e um discurso coerente adequado à idade. Constrói frases perceptíveis semântica, fonológica, morfológica, sintática e pragmaticamente, como é

esperado. Percebe o significado de palavras simples e diariamente usadas no seu dia-a-dia. Usa plurais, adjetivos, pronomes, preposições, tempos verbais presente, passado e futuro. A menina B.E. compreende o que lhe é dito e corresponde através de palavras, gestos, ações. Sabe contar até 70 mas por vezes troca ou esquece alguns números pelo meio.

Nesta faixa etária, como sinais de alarme temos: crianças hiperativas e agitadas ou distraídas e com dificuldades de concentração; comportamento muito difícil, opositivo e desafiante que não é controlável pelos pais; problemas de interação social, associados ou não a comportamentos repetitivos e estereotipados e dificuldades na comunicação e empatia; linguagem incompreensível aos 4 anos, não conseguindo descrever uma figura, ou com substituições fonéticas e erros articulatórios presentes aos 5-6 anos; suspeita de défices auditivos e visuais ligeiros (Pinto, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014).

Verificou-se com a avaliação do desenvolvimento da menina B.E. que esta apresenta todos os parâmetros espectáveis para a faixa etária em que se encontra, não existindo neste âmbito sinais de alarme ou suspeitas de alterações.

Todas as informações resultantes da consulta devem ser registadas no BSIJ para que, sempre que necessário, possam ser consultados os registos por qualquer profissional de saúde a quem se dirija facilitando a identificação de circunstâncias de risco existentes (Gaíva *et al.*, 2018). Como tal foram efetuados os registos tanto no programa informático como no BSIJ da menina B.E..

As educações para a saúde assumem um papel de destaque na consulta de enfermagem pela orientação dos pais em determinadas temáticas capacitando-os para a parentalidade positiva potenciando o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança maximizando a sua qualidade de vida (Gaíva *et al.*, 2018).

### Cuidados antecipatórios

A prevenção de doenças e de acidentes constituem aspetos fundamentais para a promoção da saúde e para a orientação antecipada às famílias de crianças em idade pré-escolar (Opperman & Cassandra, 2001). “A melhor estratégia de prevenção é a orientação antecipada.” (Hockenberry & Wilson, 2014: 126). “Contudo, a orientação antecipada é mais do que ceder informações gerais (...) pois implica uma capacitação das famílias no uso dessa informação de forma a adquirirem competências parentais.” (Hockenberry & Wilson, 2014: 126). Tendo em conta que o crescimento e desenvolvimento da criança ocorrem a um ritmo acelerado, torna-se crucial um olhar atento para proceder a cuidados antecipatórios (Antão *et al.*, 2016). Denominados como cuidados antecipatórios, o PNSIJ preconiza que sejam abordados determinados temas em todas as consultas de acordo com a faixa etária da criança. Desta forma, seguiu-se esta recomendação e foram também abordados os pontos

definidos nos cuidados antecipatórios de forma a avaliar a criança e respetiva família em estudo, com o intuito de diagnosticar problemas existentes ou potenciais e implementar intervenções adequadas.

A avaliação do desenvolvimento da criança deverá considerar e valorizar as observações dos pais, a história clínica, o reconhecimento dos fatores de risco e a observação da criança. Deverão ser incluídas ações destinadas a estimular e promover o desenvolvimento, tais como informação e ensino aos pais, para que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades (DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente à alimentação, a mãe referiu que a menina B.E. atualmente, não realiza uma alimentação totalmente saudável, uma vez que ingere alguns alimentos menos saudáveis [snacks pré-confeccionados, bolos] sobretudo nos lanches. Após a mãe relatar aspetos relacionados com a alimentação da menina B.E. detetámos algumas lacunas pelo que se verificou a necessidade de intervir ao nível da alimentação potenciando conhecimentos aos pais e à criança sobre hábitos alimentares saudáveis e equilibrados. Foram efetuados ensinamentos incidindo essencialmente na restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras; reforçada a necessidade e importância da ingestão do pequeno-almoço e lanche a meio da manhã e da atividade física. A alimentação representa um elemento fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças sendo assim essencial a capacitação dos pais e da própria criança para a realização de escolhas saudáveis.

No que diz respeito aos cuidados de higiene oral, a menina B.E. tem hábitos regulares de higiene oral realizando a mesma de manhã e à noite em casa, e no infantário após o almoço. No entanto, a menina B.E. necessita de ser incentivada e supervisionada/ajudada pelos pais a cumprir a escovagem dos dentes por, por vezes, se esquecer e por não executar corretamente a técnica da escovagem dos dentes. Durante a consulta, após ter sido solicitado à menina B.E. que explicasse como realizava a escovagem dos dentes detetaram-se alguns erros pelo que se considerou necessário intervir a este nível transmitindo informações sobre hábitos corretos e técnica de escovagem dos dentes. Quando questionados, os pais mostraram conhecimentos adequados acerca dos cuidados de higiene oral e preocupação com a saúde oral da filha levando-a às consultas de estomatologia.

Sobre o infantário, os pais referiram que a menina B.E. frequenta o mesmo infantário desde os 3 anos de idade adaptando-se com facilidade às rotinas e não estranhando as educadoras. A menina B.E. gosta de frequentar o infantário, tem boa sociabilização com os amigos e com as educadoras. Passam alguns períodos do dia a realizar tarefas sentados, como forma de preparação para a entrada na escola e nas suas rotinas.

Quanto ao desenvolvimento, foram abordados com os pais algumas atividades promotoras do desenvolvimento da criança com vista a estimular a criatividade e hábitos de

leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador/videojogos bem como o horário e o período de tempo.

Foi também avaliada a relação emocional/comportamento no sentido de alertar os pais para sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida. Os pais referiram que a menina B.E. tem boa relação com os outros e sabe viver em comunidade.

No que diz respeito aos acidentes e segurança nesta faixa etária, são mais frequentes acidentes como quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras, relacionadas com o crescimento e desenvolvimento normais da criança. Ambos os pais demonstraram ser cuidadosos com a menina B.E. estando despretos para os riscos de acidentes e medidas de segurança, nomeadamente no que diz respeito ao transporte em automóvel, transportando-a numa cadeira adequada à sua faixa etária e peso.

Abordadas as atividades desportivas e culturais que a menina B.E. realiza no tempo livre, os pais referiram que ele gosta de brincar com os vizinhos ao ar livre, brincar com bonecas, ver vídeos no *tablet*. Embora a menina B.E. pratique várias atividades físicas, os pais incentivam-na a andar de bicicleta e a fazer caminhadas.

Quanto aos hábitos de sono, a menina B.E. geralmente dorme cerca de 9 horas e 30 minutos por noite, em quarto próprio, sem períodos de interrupções noturnas nem pesadelos. Adormece na companhia da mãe. Tem por hábito ouvir uma história contada pela mãe antes de adormecer. Durante o dia, até aos 4 anos de idade fazia um período de sesta após o almoço. Os pais estão bem informados e estimulam de forma correta o sono da filha não permitindo que utilize o *tablet* antes de ir para a cama nem que fique acordada depois das 22 horas.

No que respeita ao esquema vacinal, a menina B.E. tem cumprido o mesmo, os pais estão informados e sabem a importância da vacinação bem como a data da próxima vacina.

Brazelton (2010) refere que os pais necessitam de tanto acompanhamento e apoio quanto a criança. O papel parental deve ser desenvolvido e potenciado ao longo do tempo pois “Educar crianças não é tarefa fácil; apresenta desafios tanto a pais pela primeira vez como a pais experientes.” (Hockenberry & Wilson, 2014: 549). As ações educativas aos pais sobre aspetos relativos ao crescimento e desenvolvimento da criança constituem um elemento fundamental pois são eles os principais cuidadores e promotores (Gaíva *et al.*, 2018).

### 3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Após realizada a apreciação inicial de enfermagem à criança e respetiva família em todo o seu contexto, através dos dados recolhidos foi possível identificar os problemas existentes e posteriormente definir os diagnósticos de enfermagem no sentido de determinar os cuidados

de enfermagem que a criança e família vão receber, uma vez que os diagnósticos dão orientação ao processo de planeamento e à seleção de intervenções para se conseguirem os resultados desejados para os indivíduos em questão (Hockenberry & Wilson, 2014).

A atuação do EEESIP nas problemáticas identificadas vai ao encontro das suas competências específicas nomeadamente, a assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde: “E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018: 19193) bem como a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: “E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018: 19194).

Segundo Silva, Nóbrega & Macedo (2012) o diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico realizado pelo enfermeiro face às respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais (Hockenberry & Wilson, 2014). É pertinente a recolha de dados através de diferentes mecanismos [entrevista diagnóstica, observação sistematizada, processo clínico em suporte informático e em papel], relacioná-los, identificar as necessidades da criança e família e elaborar diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®] (Potter & Perry, 2009).

No decurso da consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil, através da recolha de dados por meio de uma entrevista aos pais e à criança bem como a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, foi possível identificar situações problemáticas estabelecendo vários diagnósticos de enfermagem que constam na tabela abaixo apresentada.

| <b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>                                |                                 |              |
|--|---------------------------------|--------------|
| <b>CLIENTE</b>   | <b>FOCO</b>                     | <b>JUÍZO</b> |
| Criança  | Excesso de peso                 | Atual        |
| <b>EXCESSO DE PESO (DA CRIANÇA) ATUAL</b>                        |                                 |              |
| Criança  | Conhecimento sobre higiene oral | Comprometido |
| <b>CONHECIMENTO SOBRE HIGIENE ORAL (DA CRIANÇA) COMPROMETIDO</b> |                                 |              |

|   |                                       |           |
|---|---------------------------------------|-----------|
| Criança   | Não adesão ao regime de imunização    | Risco     |
| <b>RISCO DE NÃO ADESÃO AO REGIME DE IMUNIZAÇÃO</b>    |                                       |           |
| Criança   | Desenvolvimento infantil comprometido | Risco     |
| <b>RISCO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL COMPROMETIDO</b> |                                       |           |
| Mãe/Pai   | Papel parental                        | Potencial |
| <b>POTENCIAL PARA MELHORAR O PAPEL PARENTAL</b>       |                                       |           |

**Tabela 2** – Diagnósticos de enfermagem referentes à família V.E.

### 3.3. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

Assim que os diagnósticos de enfermagem da criança e família são identificados, inicia-se o planeamento dos cuidados a prestar no sentido de resolver/minimizar os problemas identificados. O planeamento é fundamental para o estabelecimento e organização das intervenções de enfermagem, permitindo a elaboração dos planos de cuidados (Silva *et al.*, 2012). É uma etapa em que são estabelecidos os objetivos e resultados esperados centrados na criança e na família, e planeadas as intervenções por prioridades que vão resolver ou minimizar os problemas identificados e atingir os objetivos e resultados planeados. O plano de cuidados é um instrumento que demonstra a responsabilidade pelos cuidados do indivíduo em questão e inclui: diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções. Um plano de cuidados é dinâmico e muda à medida que as necessidades da criança e família forem sendo satisfeitas e identificadas novas necessidades. Isto significa que é um instrumento sujeito a alterações sempre que necessário e justificável (Potter & Perry, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014).

A fase de implementação começa quando o enfermeiro executa as intervenções planeadas (Hockenberry & Wilson, 2014). Antes de realizar qualquer intervenção, deve-se reavaliar a situação para determinar se a ação de enfermagem proposta ainda é adequada para o nível de bem-estar do indivíduo, rever o plano de cuidados existente, organizar os recursos e há que prever e prevenir as complicações identificando os riscos e, por último, executar a ação (Potter & Perry, 2009).

A tabela abaixo apresentada foi elaborada com base na nomenclatura CIPE®. Tendo em conta que o papel do EEESIP é dar resposta às necessidades da criança e família, surgem associadas às intervenções de enfermagem as competências específicas do EEESIP.

| Eixos da CIPE<br>Processo de Enfermagem | Ação    | Cliente         | Foco                                    | Juízo | Localização     | Recursos  | Tempo    | Conjuntos pré-coordenados de enunciados CIPE®   |
|---|---------|-----------------|---|-------|-----------------|---|----------|---|
| <b>Excesso de peso</b>                  |         |                 |   |       |                 |   |          |   |
| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>        |         | Criança         | Excesso de peso                         | Atual |                 |   |          |   |
| <b>Intervenções de Enfermagem</b>       | Avaliar | Criança Mãe/Pai | Conhecimento sobre alimentação infantil |       | Centro de Saúde | Enfermeiro  | Consulta | [através de entrevista no sentido de identificar erros alimentares]   |
|   | Ensinar |                 | Padrão alimentar                        |       |                 | Enfermeiro<br>Material de instrução<br>Material de leitura  |          | Ensinar sobre alimentação infantil [refeições saudáveis, variadas, fracionadas, com horários; pais devem dar o exemplo através de hábitos alimentares corretos] |
|   |         |                 | Padrão de exercício                     |       |                 | Ensinar sobre exercício [realizar diariamente 60 minutos de atividade física moderada e 3x/semana durante 20- |          |   |

|  |             |         |                       |         |  |                     |  |   |
|--|-------------|---------|-----------------------|---------|--|---------------------|--|---|
|  |             |         |                       |         |  |                     |  | 30 minutos; pais devem dar o exemplo praticando atividade física diária]                            |
|  | Esclarecer  |         | [dúvidas]             |         |  |                     |  |   |
|  | Aconselhar  | Criança | Necessidade dietética |         |  | Enfermeiro          |  | Providenciar material de educativo [roda dos alimentos]   |
|  | Monitorizar |         | Peso e Altura - [IMC] |         |  |                     |  | Pesar; Medir altura; [trimestralmente sempre na mesma balança e à mesma hora e registar os valores] |
|  | Incentivar  |         | Fazer exercício       |         |  |                     |  | [andar de bicicleta, caminhar, brincar ao ar livre, dançar; pais devem acompanhar as atividades]    |
|  | Organizar   |         | Regime dietético      |         |  |                     |  |   |
|  | Envolver    |         |                       | Mãe/Pai |  |                     |  |   |
|  | Referenciar | Criança |                       |         |  | Serviço de nutrição |  |   |
|  |             |         |                       |         |  |                     |  | Referenciar para serviço de apoio de saúde  |

[Consulta de Obesidade Infantil]

**Resultados de Enfermagem**

Criança

Excesso de peso

Nenhum

**Competências Específicas do EEESIP**

- E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.
- E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.
- E1.1.3 – Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.
- E1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.
- E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.
- E1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.
- E1.1.7 – Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.
- E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
  - E1.2.1 – Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.
  - E1.2.2 - Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.
  - E1.2.3 - Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.
  - E1.2.4 - Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).
  - E1.2.7 - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.
  - E1.2.8 - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
- E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
  - E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | <p>E3.1.1 - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura.</p> <p>E3.3.1 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2 - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>   |
| <p><b>Fundamentação teórica</b></p> | <p>Segundo Rego <i>et al.</i> (2004) citados por Aparício (2010: 285) “(...) uma alimentação saudável durante a infância é duplamente benéfica, pois, por um lado, facilita o desenvolvimento intelectual e o crescimento adequado para a idade, e, por outro, previne uma série de patologias relacionadas com uma alimentação incorrecta e desequilibrada, como a anemia, obesidade, desnutrição, cáries dentárias, atraso de crescimento, entre outras”. As crianças são vulneráveis às influências familiares, ambientais e sociais e embora possam deter alguns conhecimentos sobre condutas corretas são facilmente influenciadas a ter incorretas condutas alimentares. As crianças aprendem maioritariamente por observação dos comportamentos dos que as rodeiam. A família é o grande aliado na influência de comportamentos alimentares e como tal, a integração de uma parceria de cuidados requer uma família motivada e educada em alimentação saudável. “O predomínio de excesso de peso e obesidade entre as crianças e adolescentes aumentou significativamente.” (Hockenberry &amp; Wilson, 2014: 138). O EEESIP deve contribuir para a educação da criança e dos pais acerca do processo de alimentação (Hockenberry &amp; Wilson, 2014). Deve desenvolver intervenções promovendo hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa contrariando hábitos potenciadores do excesso de peso e obesidade zelando pelo bem-estar físico e psíquico da criança (DGS, 2005). Pretende-se que os indivíduos se sintam capazes de participar nos processos de mudança, de forma a adotarem estilos de vida saudáveis e promotores de saúde com consequentes ganhos (Simões, Nogueira, Lopes, Santos, &amp; Peres, 2011). Todo este processo de capacitação da criança e dos pais deve ser realizado ao longo das diferentes etapas de desenvolvimento da criança, pelo que as consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica definidas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil se tornam oportunas, embora em situações de internamento e/ou de urgência também possa ser continuado esse trabalho pelo enfermeiro (Casaca, 2018). O EEESIP deve estar desperto para detetar possíveis alterações identificando-as precoce e eficazmente com o objetivo de limitar a progressão de ganho ponderal anormal pelas consequências futuras que isso acarreta (Marchi-Alves <i>et al.</i>, 2011; Alves, 2017; Damaceno <i>et al.</i>, 2017). É crucial o diagnóstico e intervenções precoces sobretudo nos períodos críticos ao desenvolvimento da obesidade infantil, nomeadamente na fase pré-escolar (5-7 anos), para evitar obesidade (Rocha, 2017 citando Sena &amp; Prado, 2012; Casaca, 2018). Desenvolver intervenções durante a infância considera-se uma das mais promissoras estratégias de prevenção do excesso de peso e obesidade infantil já que é nesta fase que a criança aprende e adquire comportamentos e hábitos, que se forem promotores de estilos de vida saudáveis potenciam um desenvolvimento e crescimento harmonioso. A interiorização e manutenção destes hábitos durante a vida torna-se facilitada, caso ocorra nesta fase, evitando complicações futuras (Martins, 2011; Lourenço <i>et al.</i>, 2014; Ribeiro <i>et al.</i>, 2015; Sousa, 2018).</p> |

| Eixos da CIPE<br>Processo de Enfermagem                        | Ação       | Cliente            | Foco                            | Juízo        | Localização | Recursos   | Tempo  | Conjuntos pré-coordenados de enunciados CIPE®   |   |
|--|------------|--------------------|---------------------------------|--------------|-------------|------------|--|---|---|
| <b>Conhecimento sobre higiene oral da criança comprometido</b> |            |                    |                                 |              |             |            |  |   |   |
| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>                               |            | Criança            | Conhecimento sobre higiene oral | Comprometido |             |            |  |   |   |
| <b>Intervenções de Enfermagem</b>                              | Avaliar    | Criança            | Padrão de higiene oral          |              |             |            |  | [através de entrevista no sentido de identificar erros no que respeita aos hábitos de higiene oral] |   |
|  | Incentivar |                    | Conhecimento sobre higiene oral |              |             | Enfermeiro |  |   |   |
|  | Ensinar    | Criança<br>Mãe/Pai | Padrão de higiene oral          |              |             |            | Enfermeiro<br>Material de instrução<br>Material de leitura | Consulta  | [permitir que a criança escolha a escova de dentes dentro do que é adequado; escovar os dentes diariamente 2x/dia: após o pequeno-almoço e antes de deitar com pasta dentífrica com flúor; pais devem auxiliar e supervisionar a técnica de escovagem dos dentes e usar o fio dentário; pais devem dar o exemplo através de hábitos corretos] |
|  | Esclarecer |                    | Conhecimento sobre higiene oral |              |             |            | Enfermeiro   |   |   |

|   |   |         |                                 |           |  |                             |  |   |
|---|---|---------|---------------------------------|-----------|--|-----------------------------|--|---|
|   | Envolver  | Mãe/Pai | Regime de cuidados orais        |           |  |                             |  | Promover a parentalidade efetiva [os pais devem incentivar a criança a realizar a higiene oral; supervisioná-la e auxiliá-la na realização da higiene oral] |
|   | Referenciar   | Criança |                                 |           |  | Serviço de saúde [Dentista] |  | Referenciar para serviço de apoio de saúde [Dentista]   |
| <b>Resultados de Enfermagem</b>           |   | Criança | Conhecimento sobre higiene oral | Melhorado |  |                             |  |   |
| <b>Competências Específicas do EEESIP</b> | <p>E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 – Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 – Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.1 – Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 - Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 - Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> |         |                                 |           |  |                             |  |   |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | <p>E1.2.7 - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1 - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura.</p> <p>E3.3.1 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2 - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>  |
| <p><b>Fundamentação teórica</b></p> | <p>A saúde oral constitui um indicador da qualidade de vida e é essencial para o bem-estar do indivíduo. “As cáries dentárias são uma das doenças crónicas mais comuns que afetam indivíduos em todas as idades, e são o principal problema bucal em crianças e adolescentes. (...) As idades de maior vulnerabilidade são entre os 4 e os 8 anos (...)” (Hockenberry &amp; Wilson, 2014: 761). “Uma higiene oral pobre e hábitos alimentares pobres estão associados ao desenvolvimento de cáries em crianças.” (Hockenberry &amp; Wilson, 2014: 608). As cáries dentárias devem ser tratadas para que não comprometam o estado dos restantes dentes. No período pré-escolar a erupção dos dentes primários já está completa pelo que o cuidado dentário é essencial para preservar esses dentes. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral insere-se no Plano Nacional de Saúde e direciona-se para a população infantojuvenil priorizando a prevenção de cáries dentárias e o tratamento de doenças orais. Integra ainda estratégias preventivas e curativas às crianças, jovens, grávidas e idosos baseadas no denominado cheque dentista. A criança e os pais devem ser alertados e aconselhados quanto aos hábitos alimentares corretos pois têm influência na saúde oral. O EEESIP tem um papel fundamental na prevenção através da educação à criança e aos pais acerca das práticas de higiene oral (Hockenberry &amp; Wilson, 2014). A participação ativa da família é um fator fundamental no contexto da criação de hábitos saudáveis de higiene oral para o desenvolvimento infantil livre de complicações relacionadas com a saúde oral. Os pais devem ser um exemplo para as crianças seguindo hábitos corretos. “Os profissionais de saúde quando bem informados podem fornecer informações acerca da saúde oral e podem fazer avaliações periódicas.” (Hockenberry &amp; Wilson, 2014: 762). Na avaliação de enfermagem, o EEESIP deve avaliar a saúde oral e caso detete alterações deve encaminhar a criança para os serviços odontológicos (Hockenberry &amp; Wilson, 2014).</p> |

| Eixos da CIPE<br>Processo de Enfermagem            | Ação         | Cliente | Foco                               | Juízo | Localização     | Recursos   | Tempo    | Conjuntos pré-coordenados de enunciados CIPE®  |
|--|--------------|---------|------------------------------------|-------|-----------------|--|----------|--|
| <b>Risco de Não Adesão ao Regime de Imunização</b> |              |         |                                    |       |                 |  |          |  |
| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>                   |              | Criança | Não adesão ao regime de imunização | Risco |                 |  |          |  |
| <b>Intervenções de Enfermagem</b>                  | Avaliar      | Criança | Adesão ao regime de imunização     |       | Centro de Saúde | Enfermeiro<br>Processo clínico [SClínico® e Boletim Individual de Saúde] | Consulta | [Consultar o registo vacinal da criança para verificar se está atualizado de acordo com o PNV] |
|  |              | Criança | Conhecimentos [sobre vacinação]    |       |                 | Enfermeiro   |          | [através de entrevista]  |
|  | Ensinar      | Mãe/Pai | Regime de imunização               |       |                 | Enfermeiro   |          | Ensinar sobre vacina [PNV; importância da imunização; data da próxima vacina]                  |
|  | Providenciar | Mãe/Pai | [Orientação antecipada]            |       |                 | Material de instrução<br>Material de leitura                             |          |  |
|  | Incentivar   | Criança | Adesão ao regime de imunização     |       |                 | Enfermeiro   |          |  |

|   |   |         |                                |         |  |   |  |                                  |
|---|---|---------|--------------------------------|---------|--|---|--|----------------------------------|
|   | Esclarecer  | Mãe/Pai | [dúvidas]                      |         |  |   |  |                                  |
|   | Planear   |         | [Vacinação]                    |         |  | Enfermeiro<br>Processo clínico<br>[SClínico®] |  | [Agendar data da próxima vacina] |
|   | Administrar   | Criança |                                |         |  | Enfermeiro<br>Vacina                          |  |                                  |
| <b>Resultados de Enfermagem</b>           |   | Criança | Adesão ao regime de imunização | Efetivo |  |   |  |                                  |
| <b>Competências Específicas do EEESIP</b> | <p>E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 – Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 – Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.2.7 - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p> <p>E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1 - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura.</p> |         |                                |         |  |   |  |                                  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | <p>E3.3.1 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2 - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>   |
| <p><b>Fundamentação teórica</b></p> | <p>“A imunização é uma outra forma de proteção e segurança pois é um dos mecanismos que mais tem contribuído para a redução da mortalidade e morbidade infantil.” (Antão <i>et al.</i>, 2016: 95). Tal como preconiza a DGS, o EEESIP deve averiguar o estado vacinal da criança e, se necessário, proceder à sua atualização em todos os contactos com a criança e, incentivar os pais a cumprir o PNV (Hockenberry &amp; Wilson, 2014). “A proteção da criança através da administração de vacinas é fundamental, pois permite salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico e o atual esquema vacinal recomendado constitui uma “receita universal”.” (Antão <i>et al.</i>, 2016: 95 citando DGS, 2012). Os enfermeiros são os profissionais mais adequados para fornecer informações apropriadas aos pais “sobre os benefícios da imunização infantil, contraindicações, efeitos secundários e efeitos da não-vacinação na saúde da criança.” (Hockenberry &amp; Wilson, 2014: 536).</p> |

|  |                    |                       |                                 |                     |                           |                        |                     |  |
|--|--------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|--|
| <p>Eixos da CIPE</p> <p>Processo de Enfermagem</p>           | <p><b>Ação</b></p> | <p><b>Cliente</b></p> | <p><b>Foco</b></p>              | <p><b>Juízo</b></p> | <p><b>Localização</b></p> | <p><b>Recursos</b></p> | <p><b>Tempo</b></p> | <p><b>Conjuntos pré-coordenados de enunciados CIPE®</b></p>  |
| <p><b>Risco de Desenvolvimento Infantil Comprometido</b></p> |                    |                       |                                 |                     |                           |                        |                     |  |
| <p><b>Diagnóstico de Enfermagem</b></p>                      |                    | <p>Criança</p>        |                                 | <p>Risco</p>        |                           |                        |                     | <p>Desenvolvimento infantil comprometido</p>   |
| <p><b>Intervenções de Enfermagem</b></p>                     | <p>Avaliar</p>     | <p>Criança</p>        | <p>Desenvolvimento infantil</p> |                     | <p>Centro de Saúde</p>    | <p>Enfermeiro</p>      | <p>Consulta</p>     | <p>[através da Escala de avaliação de desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> e segundo as recomendações do PNSIJ: pesar, medir altura, medir pressão sanguínea,</p> |

|  |          |         |   |  |  |  |  |  |
|--|----------|---------|---|--|--|--|--|--|
|  |          |         |   |  |  |  |  | examinar dentição, rastrear visão, rastrear audição, realizar exame físico, avaliar capacidade para comunicar, verificar estado vacinal, avaliar relação emocional/comportamental, rastrear a adesão dos pais a precauções de segurança] |
|  | Promover |         |   |  |  |  |  | [ensinar aos pais atividades promotoras do desenvolvimento infantil: hábitos de leitura, responsabilização por tarefas]  |
|  | Avaliar  | Mãe/Pai | Conhecimento sobre desenvolvimento da criança |  |  |  |  | [através de entrevista]  |
|  | Ensinar  |         | Desenvolvimento infantil                      |  |  |  |  | Ensinar família sobre desenvolvimento infantil [padrão considerado 'normal' e sinais de alarme]  |
|  | Envolver |         | Regime de cuidados                            |  |  |  |  | [Envolver os pais no regime de cuidados à criança potenciando o seu desenvolvimento harmonioso e saudável através da capacitação dos pais para os cuidados]  |
|  |          |         |   |  |  |  | Enfermeiro<br>Material de instrução<br>Material de leitura |  |

|  |              |         |                               |  |            |  |   |  |
|--|--------------|---------|-------------------------------|--|------------|--|---|--|
|  | Providenciar |         | [Orientação antecipada]       |  |            |  |   | Providenciar material educativo; providenciar orientação antecipada à família [cuidados antecipatórios em todos os contactos com a criança/família]                |
|  | Promover     | Criança | Adesão ao regime dietético    |  | Enfermeiro |  |   | Promover adesão ao regime dietético [incentivar a criança a alimentar-se de forma saudável mostrando imagens de refeições apelativas elaboradas de forma saudável] |
|  |              |         | Adesão ao regime de exercício |  |            |  | Promover adesão ao regime de exercício [incentivar a criança a andar de bicicleta, a correr, fazer jogos ao ar livre]   |  |
|  |              |         |                               |  |            |  | Promover a higiene oral [incentivar a criança a realizar a higiene oral]  |  |
|  |              |         | Sono adequado                 |  |            |  | [Transmitir orientações aos pais no que respeita aos hábitos de sono adequados: existência de rotinas para deitar, promover ambiente calmo na hora de dormir] |  |

|   | Esclarecer  | Criança Mãe/Pai | [dúvidas]                |                |  |  |  |  |
|---|---|-----------------|--------------------------|----------------|--|--|--|--|
| Resultados de Enfermagem                  |   | Criança         | Desenvolvimento infantil | Nível esperado |  |  |  |  |
| <b>Competências Específicas do EEESIP</b> | <p>E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 – Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 – Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.1 – Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 - Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 - Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 – Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 – Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequência e prevenção.</p> <p>E1.2.6. – Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> |                 |                          |                |  |  |  |  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | <p>E1.2.8 - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p> <p>E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1 - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura.</p> <p>E3.3.1 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2 - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>  |
| <p><b>Fundamentação teórica</b></p> | <p>A criança é considerada um ser vulnerável, não apenas pela sua condição humana, mas também pelas suas características específicas, sendo um dever “(...) proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados directos como os principais promotores desse desenvolvimento.” (OE, 2010: 69). Segundo a OE (2010) promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade e respeitando o seu ritmo. Todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento e fazer o encaminhamento para outros profissionais da equipa multidisciplinar. Hockenberry &amp; Wilson (2014) reiteram que existem marcos específicos de desenvolvimento, que devem ser avaliados, pois representam aspetos essenciais integrantes do desenvolvimento e lançam as bases para a aquisição de competências mais avançadas futuramente. A avaliação do desenvolvimento da criança, segundo o PNSIJ deve ser realizada nas consultas de enfermagem de saúde infantil, de forma estruturada, em idades-chave, mensurada por instrumentos de avaliação atuando ao nível da prevenção de potenciais problemas. É neste âmbito que surge a necessidade de conhecimentos especializados que dotam os profissionais de capacidades para comunicarem com os pais, estabelecendo estratégias de parceria com o objetivo de promover o desenvolvimento infantil. Por outro lado, os cuidados antecipatórios transmitidos aos pais constituem um fator de promoção da saúde e prevenção da doença pois o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil é crucial e influencia o desempenho do papel parental.</p> |

| Eixos da CIPE<br>Processo de Enfermagem         | Ação       | Cliente | Foco  | Juízo     | Localização     | Recursos                                       | Tempo    | Conjuntos pré-coordenados de enunciados CIPE®  |
|---|------------|---------|---|-----------|-----------------|--|----------|--|
| <b>Potencial para melhorar o papel parental</b> |            |         |   |           |                 |  |          |  |
| <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>                |            | Mãe/Pai | Papel parental                                | Potencial |                 |  |          |  |
| <b>Intervenções de Enfermagem</b>               | Incentivar | Mãe/Pai | Papel parental                                |           | Centro de Saúde | Enfermeiro                                     | Consulta | [Incentivar os pais no regime de cuidados à criança potenciando o seu desenvolvimento harmonioso e saudável através da capacitação dos pais para os cuidados; elogiar os pais pelo desempenho adequado do papel parental; disponibilizar apoio aos pais] |
|   | Apoiar     |         |   |           |                 |  |          |  |
|   | Ensinar    |         |   |           |                 |  |          |  |
|   | Promover   |         | Participação [nos cuidados]                   |           |                 |  |          |  |
|   | Estimular  |         | Conhecimento sobre desenvolvimento da criança |           |                 |  |          |  |
|   | Avaliar    |         | Desenvolvimento infantil                      |           |                 |  |          |  |
|   | Ensinar    |         | Enfermeiro<br>Material de instrução           |           |                 | Ensinar família sobre desenvolvimento infantil |          |  |

|   |   |         |                |           |  | Material de leitura |  | [padrão considerado 'normal' e sinais de alarme] |
|---|---|---------|----------------|-----------|--|---------------------|--|--|
|   | Esclarecer  |         | [dúvidas]      |           |  | Enfermeiro          |  |  |
| Resultados de Enfermagem                  |   | Mãe/Pai | Papel parental | Melhorado |  |                     |  |  |
| <b>Competências Específicas do EEESIP</b> | <p>E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 – Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 – Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.2.1 – Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.3 – Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 – Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 – Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.7 - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p> <p>E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E3.1.1 - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> |         |                |           |  |                     |  |  |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
|                                     | <p>E3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p> <p>E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura.</p> <p>E3.3.1 - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2 - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.4.1 – Facilita a comunicação expressiva de emoções.</p> <p>E3.4.4 – Reforça a tomada de decisão responsável.</p>  |
| <p><b>Fundamentação teórica</b></p> | <p>Cuidar não é uma capacidade inata, é uma competência e os enfermeiros têm o dever de ajudar e ensinar os pais para que se tornem competentes no cuidar dos seus filhos (OE, 2010). A pressão da sociedade atual quanto à vivência de um papel parental adequado, juntamente com o cansaço físico e mental, pode levar os pais a cair numa espiral de dúvidas, receios, desilusão e falta de autoestima que são prejudiciais à vinculação com a criança e ao estabelecimento de relações familiares saudáveis (Hockenberry &amp; Wilson, 2014). Segundo Brazelton (2010) os pais necessitam de tanto acompanhamento e apoio como a criança, necessitam de ter consciência da total responsabilidade que têm perante a criança. O mesmo autor defende que é importante que o profissional de saúde apoie e esteja disponível enquanto os pais se relacionam com a criança. Os objetivos da parentalidade são a promoção da sobrevivência física e saúde da criança de forma a que esta cresça e se desenvolva adequadamente, tornando-se num adulto autónomo e independente (Hockenberry &amp; Wilson, 2014), pelo que o incremento de conhecimentos neste âmbito é fundamental. Os pais necessitam de algumas capacidades para que se sintam confortáveis no papel parental, como a “compreensão básica do crescimento e desenvolvimento da criança, higiene, uso do jogo/brincadeira e competências para a comunicação interpessoal” (Hockenberry &amp; Wilson, 2014:59). Orientar os pais e, sempre que eles necessitem de um apoio mais efetivo, promove não só o bem-estar da criança/jovem e família, como permite e auxilia a vivência de um papel parental saudável e benéfico para todos os intervenientes.</p> |

**Tabela 3 – Plano de cuidados**

### **3.4. AVALIAÇÃO**

A avaliação é a etapa final do processo de enfermagem e é crucial para determinar se a condição ou bem-estar do indivíduo melhorou após a aplicação deste processo. O EEESIP é responsável pela avaliação dos cuidados prestados e fá-lo pela formulação de juízos relativos à eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem. É na avaliação que se determina a qualidade dos cuidados sendo desta forma, uma etapa fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos mesmos. A avaliação é um processo contínuo que acontece sempre que ocorre contacto com a criança e/ou família e consiste na revisão da adequação dos diagnósticos de enfermagem, dos resultados e das intervenções (Potter & Perry, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014).

A maximização da saúde da criança/jovem e respetiva família constitui um desafio para o EEESIP pela complexidade de todo o processo. O EEESIP deve atuar sobretudo, no sentido da promoção da saúde através da orientação e capacitação precoces dos pais/famílias/cuidadores no que respeita às diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, nomeadamente atividades que promovam a aquisição de competências, proporcionando-lhe um crescimento e desenvolvimento saudáveis evitando alguns problemas decorrentes de erros ou lacunas na estimulação da criança/jovem (Opperman & Cassandra, 2001; Pinto, 2009). É preciso apoiar a criança e a família, esclarecer dúvidas, efetuar ensinamentos sobre variados assuntos pertinentes a fim de capacitar e incentivá-los de forma a tornarem-se independentes e autoconfiantes para assegurarem a continuidade dos cuidados com qualidade no domicílio, resolvendo problemas que surjam evitando que se exacerbem.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança constitui um aspeto fundamental da atuação do EEESIP inserida na vigilância de saúde infantil e juvenil. A identificação de uma criança/jovem cujo desenvolvimento não esteja de acordo com os padrões considerados normais é algo que merece atenção e intervenção precoce (Pinto, 2009). Pode haver necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde para resolução do problema identificado.

Neste caso, o que se pretende é avaliar a criança e respetiva família em estudo no sentido de perceber se os resultados esperados foram alcançados e as necessidades identificadas foram resolvidas após a implementação do plano de cuidados. Contudo, em termos práticos e temporais não foi possível até ao momento, implementar o planeamento elaborado e conseqüentemente realizar a sua avaliação.

Resumidamente, através de todo o processo realizado foi possível perceber que a menina B.E. necessita de acompanhamento e supervisão no sentido de potenciar o seu crescimento e desenvolvimento harmoniosos e saudáveis. Os problemas de obesidade, de hipercolesterolemia e de saúde oral da menina B.E. são questões prioritárias a necessitar de intervenção por parte do EEESIP pelo risco de agravamento e pelas complicações que acarretam. O EEESIP deve atuar não só a nível individual, mas também a nível familiar pelo facto de a família ser considerada parceira nos cuidados e por ser no contexto familiar que a criança aprende hábitos que devem ser saudáveis, promotores de saúde e preventivos de doença.

#### 4. CONCLUSÃO

O EEESIP é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e família.

As consultas de vigilância para cada idade coincidem com acontecimentos importantes na vida do bebê/criança/jovem, como é o caso das etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, bem como a socialização, alimentação e a escolaridade.

A faixa etária que foi abordada neste estudo de caso permite verificar que este é um período de desenvolvimento bastante sensível. Durante a segunda infância, as crianças são consideradas mais independentes, pois já conseguem desempenhar tarefas do cotidiano, como tomar banho, vestir-se ou comer sozinhas e expressar os seus sentimentos, no entanto são ainda bastante frágeis. O contexto em que as crianças estão inseridas deve ser propício ao crescimento e desenvolvimento das mesmas para que estes aconteçam com sucesso.

Ao longo dos tempos tem-se verificado que a população tem obtido ganhos em saúde, principalmente no que diz respeito às duas primeiras décadas do ciclo de vida. Existiu uma diminuição das taxas de mortalidade infantil, que em muito teve o contributo do EEESIP tendo um lugar crucial na vigilância de saúde da criança e jovem. Esta vigilância, através de consultas frequentes, permitem o acompanhamento da saúde, do crescimento e do desenvolvimento do indivíduo durante a infância e adolescência. Permitem também promover a saúde através da identificação precoce de problemas atuando ao nível do aconselhamento dos pais/cuidadores para a prevenção de eventos futuros.

O EEESIP deve ter conhecimentos sólidos no âmbito do desenvolvimento da criança atendendo às possíveis variações dentro da normalidade. É fulcral ter presente as etapas de cada faixa etária e os sinais de alerta e, em cada consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil rever as aquisições da criança/adolescente. A deteção e intervenção precoces podem fazer a diferença. Os pais são um elemento fundamental fornecendo informações da criança/adolescente pelo que o EEESIP deve ouvir e valorizar os seus relatos envolvendo-os no processo de cuidados com o intuito de maximizar a saúde da criança/jovem.

Considero ter atingido os objetivos delineados para o trabalho, uma vez que realizei um estudo de caso que tem por base a avaliação da família e da criança. Tendo em consideração a metodologia do processo de enfermagem e as competências do EEESIP estruturou-se o planeamento de ações e elaborou-se o plano de cuidados contemplando as necessidades da criança e família.

Sendo um trabalho desenvolvido no âmbito do Mestrado, as intervenções do EEESIP planeadas para intervir na problemática identificada visam alcançar as competências de mestre no que diz respeito à aplicação dos seus conhecimentos e à sua capacidade de

compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares.

Refletindo sobre o trabalho desenvolvido concluo que me permitiu a consolidação e aquisição de conhecimentos e competências úteis na prática clínica, nomeadamente na realização de consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil. Constituiu-se uma mais valia na medida em que permitiu analisar a criança e família, atendendo às competências específicas do EEESIP permitindo melhorar as capacidades de avaliação e decisão em situações específicas, promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança e promover comportamentos de saúde e segurança através da transmissão de orientações antecipatórias aos pais.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, S. H. (2017). *Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade nas Crianças dos 2 aos 5 anos - Papel da Família*. Obtido de Repositório Comum: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18968/1/Relatório%20de%20Estágio\\_Prevenção%20do%20Excesso%20de%20Peso%20e%20Obesidade%20nas%20Crianças%20dos%202%20aos%205%20anos%20-%20Papel%20da%20Família\\_%20Sara%20Horta.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18968/1/Relatório%20de%20Estágio_Prevenção%20do%20Excesso%20de%20Peso%20e%20Obesidade%20nas%20Crianças%20dos%202%20aos%205%20anos%20-%20Papel%20da%20Família_%20Sara%20Horta.pdf)

Amaro, F. (julho de 2004). A família portuguesa - Tendências actuais. *CIDADE SOLIDÁRIA*, pp. 2-5.

Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C., & Branco, M. A. (2016). Vigilância infantil no 1º ano de vida: conhecer e intervir para prevenir. *egitania sciencia*, pp. 89-102.

Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*, pp. 283-98.

Araújo, C. P. (janeiro de 2008). *Estudo de Caso*. Obtido de SlidePlayer: <https://slideplayer.com.br/slide/14258/>

Assembleia da República. (24 de agosto de 1990). *Lei n.º 47/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde*. Obtido de Diário da República - I SÉRIE N.º 195: <https://dre.pt/application/conteudo/574127>

Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático: 2*, pp. 5-12.

Brazelton, T. B. (2010). *O grande livro da criança*. Barcarena: Editorial Presença.

Casaca, R. P. (2018). *A Obesidade Infantil: Desenvolvimento de uma Consulta de Enfermagem*. Obtido de Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24190/1/A%20Obesidade%20Infantil%20Desenvolvimento%20de%20uma%20Consulta%20de%20Enfermagem.pdf>

Cecilio, H. P., Santos, K. S., & Marcon, S. S. (julho/setembro de 2014). Modelo Calgary de Avaliação da Família: Experiência em um projeto de extensão. *Cogitare Enferm.*, 19(3), pp. 536-44.

Coll, C., Marchesi, A., & Palacios, J. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação* (2.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf)

Damaceno, A. N., Assumpção, P. K., & Muraro, S. (2017). Contribuições da Enfermagem Latino-Americana em relação à obesidade infantil: revisão de escopo. *Enfermagem Revista*, 20(3), pp. 94-107.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (junho de 2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (novembro de 2018). *Saúde Infantil e Juvenil - Portugal*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1009664-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (julho/setembro de 2010). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 9(3), pp. 552-559.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

Freitas, M. I., & Carmona, E. V. (novembro-dezembro de 2011). Estudo de caso como estratégia de ensino do Processo de Enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), pp. 1157-60.

Gaíva, M. A., Monteschio, C. A., Moreira, M. D., & Salge, A. K. (2018). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av. Enferm.*, 36(1), pp. 9-21.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. (maio-junho de 2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), pp. 371-5.

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Lusociência.

Henriques, M. A., Garcia, E., & Bacelar, M. (2011). A perspectiva da enfermagem comunitária na Atenção Básica em Portugal. *Rev Esc Enferm USP*, 45 (Esp. 2), pp. 1786-91.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9.ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Lourenço, M., Santos, C., & Carmo, I. (fevereiro/março de 2014). Estado nutricional e hábitos alimentares em crianças de idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 1*, pp. 7-14.

Marchi-Alves, L. M., Yagui, C. M., Rodrigues, C. S., Mazzo, A., Rangel, E. M., & Girão, F. B. (abril-junho de 2011). Obesidade Infantil ontem e hoje: Importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. *Esc Anna Nery (impr.)*, 15 (2), pp. 238-244.

Martins, L. I. (dezembro de 2011). *A Efetividade das estratégias de prevenção da obesidade infantil: Estudo de caso no concelho de Faro*. Obtido de Repositório Universidade Nova: <https://run.unl.pt/handle/10362/9671>

Ministério da Saúde [MS]. (22 de fevereiro de 2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro*. Obtido de Diário da República, 1.ª série — N.º 38: <https://dre.pt/application/contendo/247675>

Ministério da Saúde [MS]. (março de 2011). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Coordenação Estratégica: Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx>

Monteiro, G. R., Moraes, J. C., Costa, S. F., Gomes, B. M., França, I. S., & Oliveira, R. C. (dezembro de 2016). Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. *Aquichan*, 16(4), pp. 487-500.

Opperman, C. S., & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (25 de novembro de 2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuide-sip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuide-sip.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (12 de julho de 2018). *Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (12 de setembro de 1978). *Declaração de Alma-Ata - Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Obtido de World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (16 de fevereiro de 2018). *Obesidad y sobrepeso*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8.ª ed.). Porto Alegre, Brasil: artmed.

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp. 677-87.

Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P., & Rabelo, E. R. (maio-junho de 2009). Processo de Enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? *Revista latino-americana Enfermagem*, 17(3), pp. 1-7.

PORDATA. (29 de abril de 2019). *Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil*. Obtido de PORDATA: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (7.ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Reichert, A. P., Almeida, A. B., Souza, L. C., Silva, M. E., & Collet, N. (2012). Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista RENE*, 13(1), pp. 114-26.

Ribeiro, K. R., Anjos, E. G., Oliveira, E. M., & Araujo, M. A. (2015). Ações da enfermagem no combate à obesidade infantil no período escolar. *São Paulo: Revista Recien.*, 5(15), pp. 11-18.

Rocha, J. M. (2017). *A Prevenção da Obesidade Infantil em Crianças na Idade Pré-Escolar: Intervenção do Enfermeiro Especialista*. Obtido de Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24185?locale=en>

Silva, A., Nóbrega, M., & Macedo, W. (2012). Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 14(2), pp. 267-76.

Silva, L., Bousso, R. S., & Galera, S. A. (julho-agosto de 2009). Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), pp. 530-4.

Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N., & Peres, S. (25 de setembro de 2011). *Os Enfermeiros e... a educação para a saúde - Educação para a saúde, um aliado para a mudança de comportamentos!* Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3889/25set2011.pdf>

Sousa, S. A. (2018). *O Papel do Enfermeiro Especialista na Promoção da Alimentação Saudável*. Obtido de Repositório Universidade de Évora: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23422/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Saúde%20Infantil%20e%20Pediátrica%20-%20Sílvia%20Alexandra%20Gonçalves%20de%20Sousa%20-%20O%20papel%20do%20enfermeiro%20especialista%20na%20promoção%20da%20alimentação%2>

Souza, T. C., Costa, C. M., & Carvalho, J. N. (dezembro de 2017a). Modelo Calgary de Avaliação Familiar aplicado em contexto Ribeirinho. *Rev enferm UFPE on line*, 11(12), pp. 4798-804.

Souza, T. C., Melo, A. B., Costa, C. M., & Carvalho, J. N. (2017b). Modelo Calgary de Avaliação Familiar: Avaliação de famílias com indivíduos adoecidos de Tuberculose. *Enferm. Foco*, 8(1), pp. 17-21.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Lisboa: Lusodidacta.

Tavares, H. B., Santos, H., Dinis, M. J., Teles, A., Lopes, A., Ferreira, T., et al. (2010). Avaliação do desenvolvimento psicomotor no Exame Global de Saúde aos 5-6 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(2), pp. 59-63.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Brasil: ROCA.

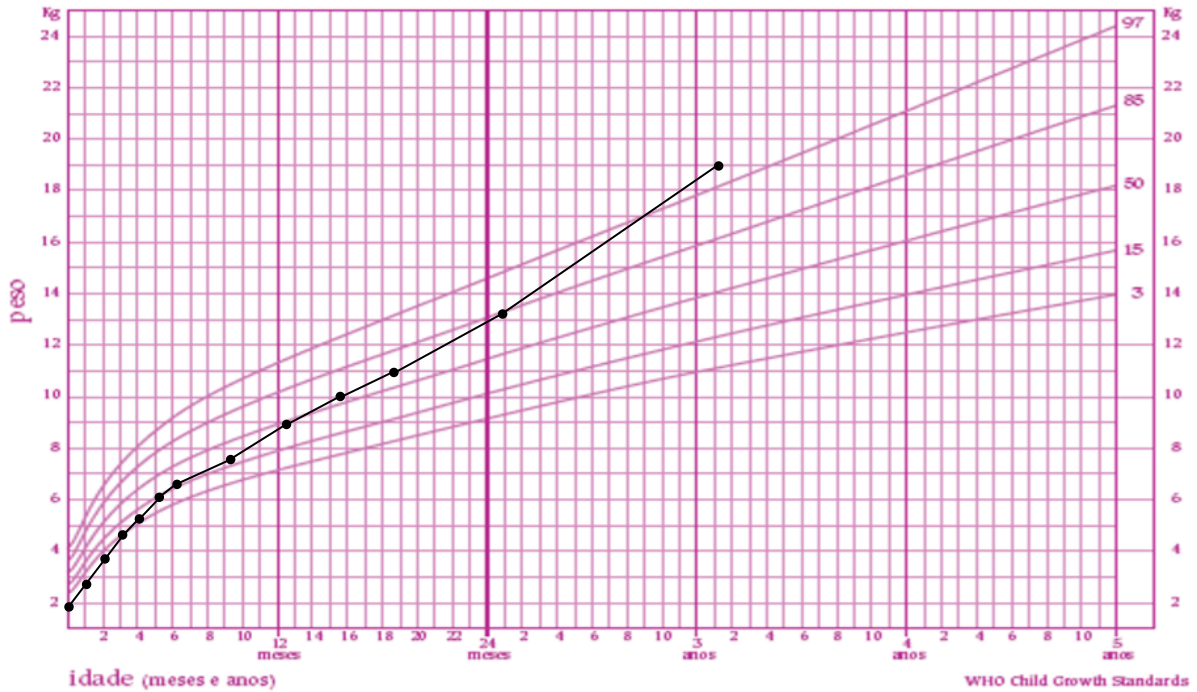
## 6. APÊNDICES

### Apêndice 1 – Consentimento Informado

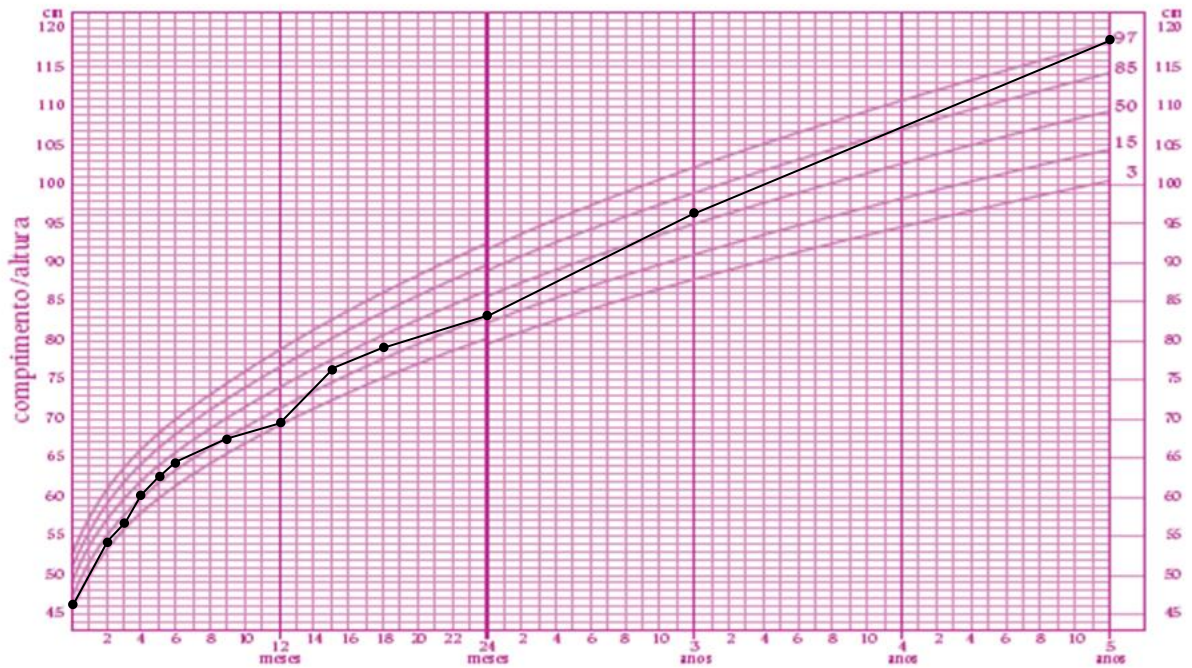
Apresentado no APÊNDICE 26 deste relatório

Apêndice 2 – Curvas de Crescimento, adotadas pela OMS, da menina B.E.

### Raparigas – Peso 0 – 5 A

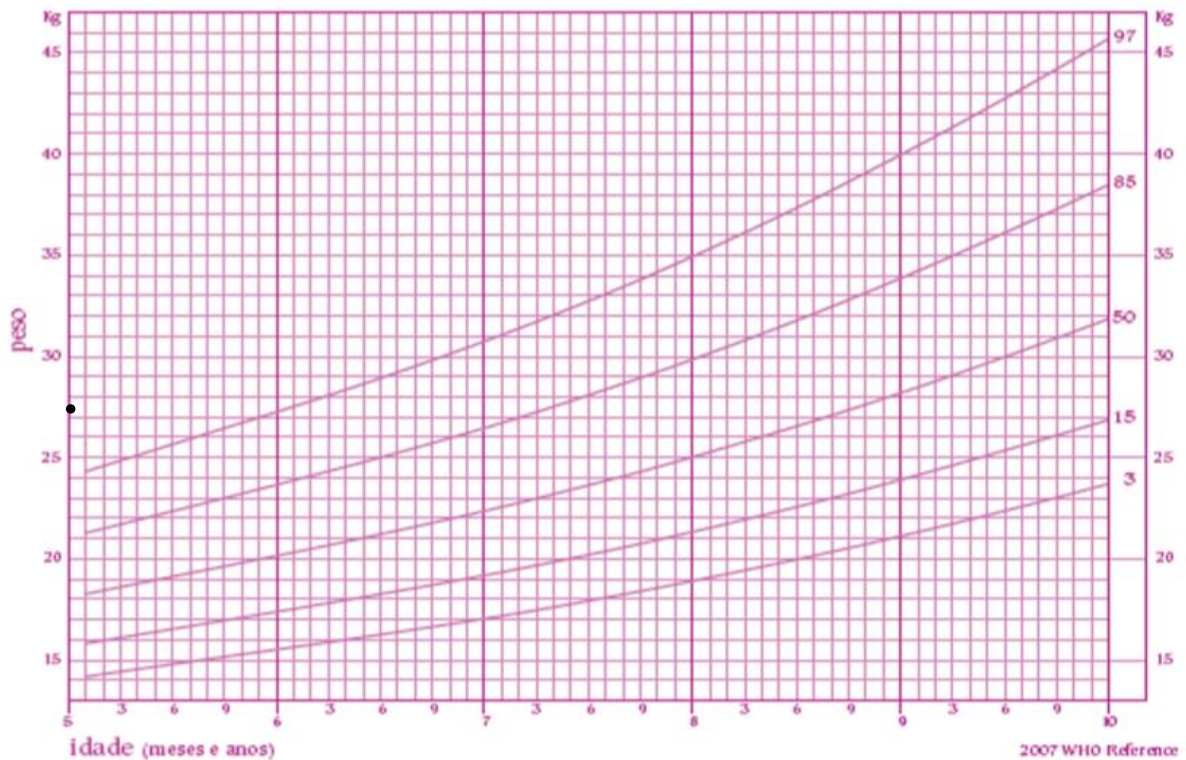


## Raparigas – Comprimento/altura 0 – 5 A



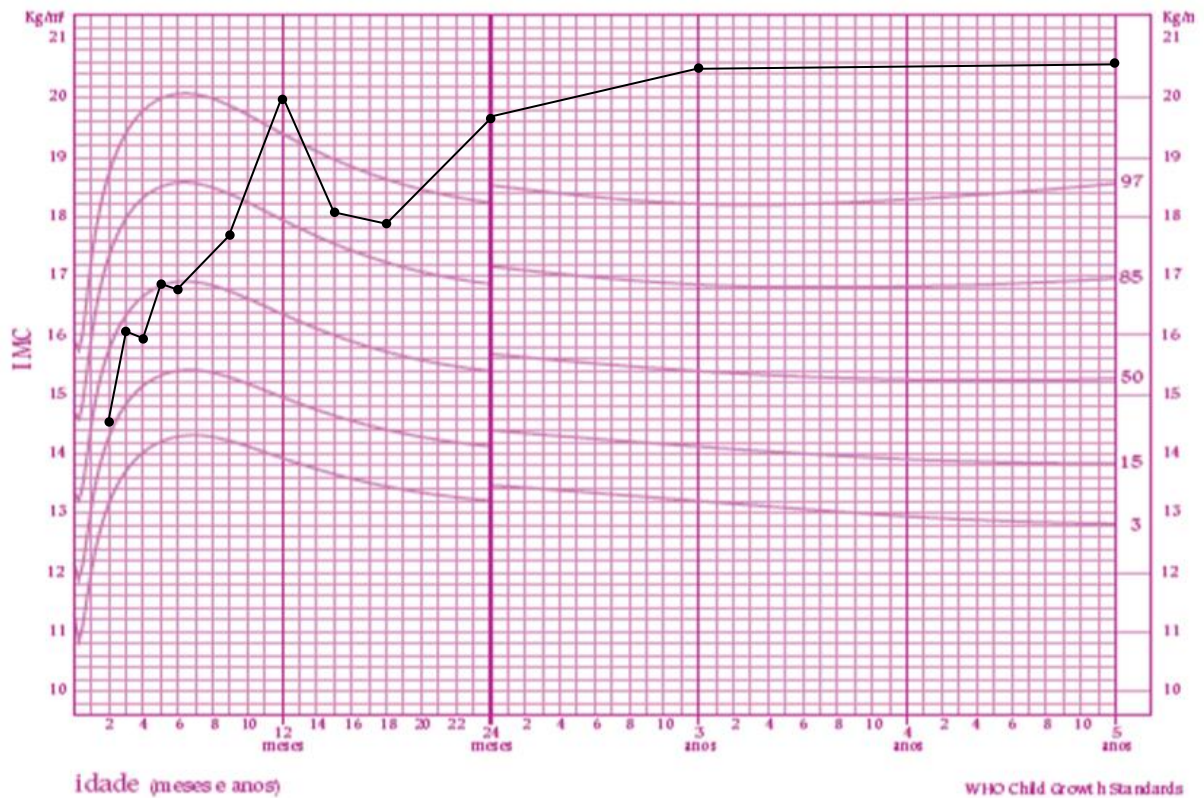
idade (meses e anos)  
Raparigas – Comprimento/altura 0 – 5 A

WHO Child Growth Standards



2007 WHO Reference

## Raparigas – IMC 0-5 A



## 7. ANEXOS

### Anexo 1 – Modelo *Calgary* de Avaliação da Família

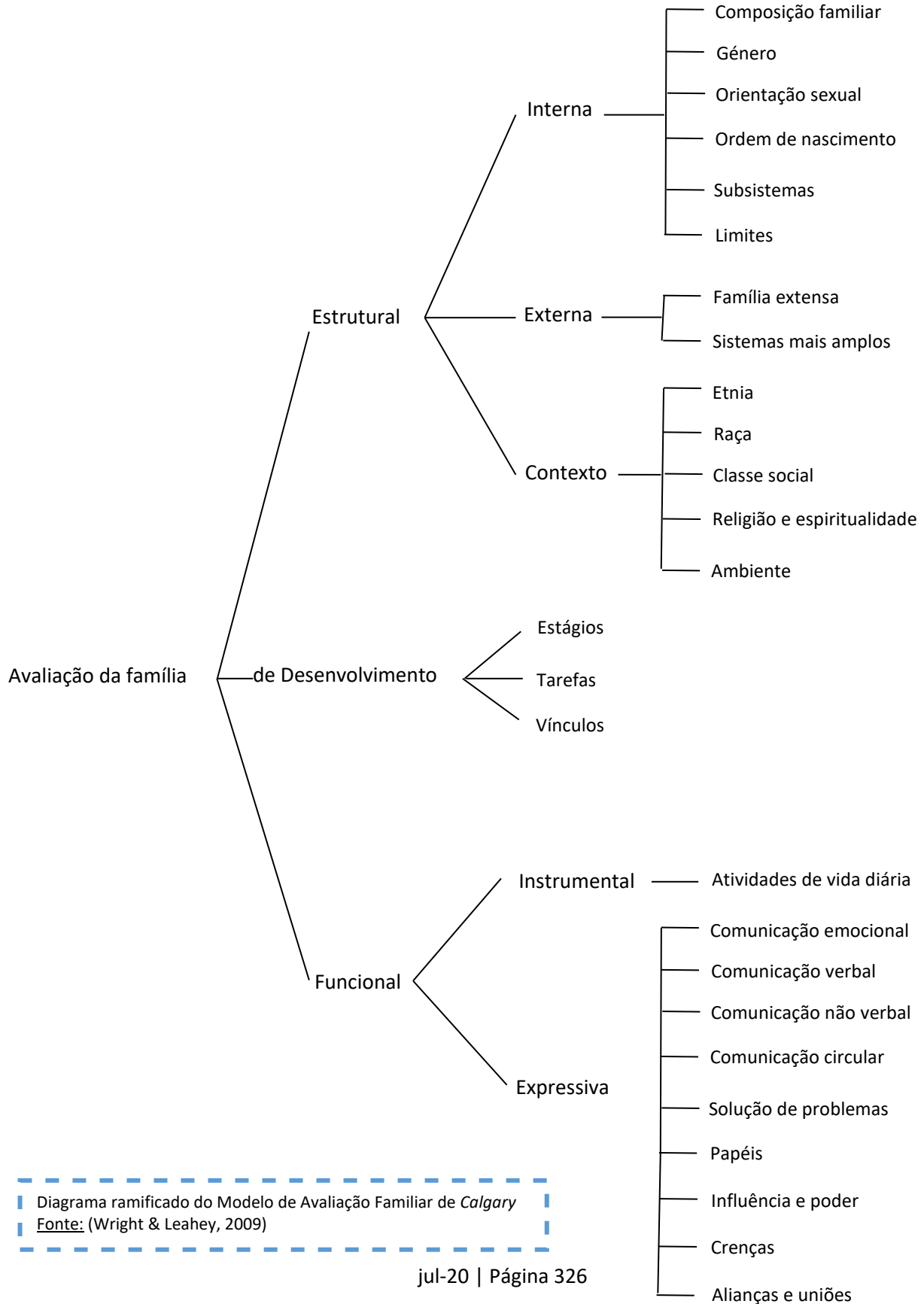


















































Diagrama ramificado do Modelo de Avaliação Familiar de *Calgary*  
Fonte: (Wright & Leahey, 2009)

Anexo 2 – Tabela de Snellen para crianças

|            |   |   |   |   |  |   |            |
|------------|---|---|---|---|--|---|------------|
| 0,06       |    |    |  | 0,1   |  |   |            |
| 0,09       |    |    |   |  | 0,15   |   |            |
| 0,12       |   |   |   |  |  | 0,20  |            |
| 0,15       |  |  |  |  |  |  | 0,25       |
| 0,02-0,25  |  |  |  |  |  |  | 0,3-0,4    |
| 0,3-0,4    |  |  |  |  |   |  | 0,5-0,7    |
| 0,5-0,6    |  |  |  |  |   |  | 0,8-0,1    |
| 0,7-0,9    |  |  |  |  |   |  | 1,2-1,5    |
| 1-1,2      |  |  |  |  |   |  | 1,6-2      |
| A.V. a 3 m |   |   |   |   |  |   | A.V. a 5 m |

Anexo 3 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada: 5 Anos

|   |  |
|---|--|
| <b>Postura e Motricidade Global</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax;</li><li>- Salta alternadamente num pé;</li></ul>   |
| <b>Visão e Motricidade Fina</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>- Constrói 4 degraus com cubos;</li><li>- Copia o quadrado e o triângulo;</li><li>- Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores;</li></ul>  |
| <b>Audição e Linguagem</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento;</li><li>- Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons;</li></ul> |
| <b>Comportamento e Adaptação Social</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Veste-se sozinho(a);</li><li>- Lava as mãos e cara e limpa-se sozinho(a);</li><li>- Escolhe o(a) amigo(a)s;</li><li>- Compreende as regras do jogo.</li></ul>                                |

## Anexo 4 – Escala de *Graffar* Adaptada

Seleccione em cada uma das colunas **(com fundo a cinza)** o grau correspondente à situação em análise, considerando apenas o elemento do agregado familiar que tem o maior vencimento.

| Graus                | Profissão  | Nível de instrução  | Fonte do rendimento familiar  | Conforto do alojamento   | Local de residência  | Pontos |
|----------------------|--|---|---|--|--|--------|
| 1                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Grandes empresários</li> <li>Gestores de topo do sector público e privado (&gt; de 500 empregados);</li> <li>Profissionais com títulos universitários;</li> <li>Militares de alta patente;</li> <li>Altos dirigentes políticos;</li> <li>Profissões liberais (curso superior)</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ensino universitário ou equivalente</li> <li>- Licenciatura</li> <li>- Mestrado</li> <li>- Doutoramento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fortuna herdada ou adquirida.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os aluguers são elevados.</li> </ul>  |        |
| 2                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Médios empresários;</li> <li>Dirigentes de empresas (≤ de 500 empregados);</li> <li>Agricultores e proprietários;</li> <li>Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado;</li> <li>Oficiais das forças armadas;</li> <li>Professores do ensino básico e secundário.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bacharelato.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Altos vencimentos ou honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)</li> <li>Lugares bem remunerados</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar que sem ser tão luxuoso é espaçoso e confortável.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zona residencial boa, de ruas largas com casa confortáveis e bem conservadas.</li> </ul>  |        |
| 3                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pequenos empresários (≤ de 50 empregados);</li> <li>Empregados e operários qualificados;</li> <li>Quadros médios;</li> <li>Médios agricultores;</li> <li>Sargentos e equiparados.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>12º ano;</li> <li>Nove ou mais anos de escolaridade.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vencimento mensal fixo.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e W.C.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zona antiga</li> <li>Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto em geral menos confortável.</li> </ul>  |        |
| 4                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Operários especializados com ensino primário completo;</li> <li>Operários semi-qualificados;</li> <li>Técnicos administrativos;</li> <li>Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas;</li> <li>Pequenos agricultores e rendeiros.</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Escolaridade ≥ 4 anos e &lt; 9 anos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vencimentos incertos</li> <li>Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional</li> <li>Pensionistas ou reformados.</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Com cozinha e W.C., mas:</li> <li>- Degradado e/ou</li> <li>- Sem electrodomésticos essenciais.</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bairro operário/social, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.</li> </ul> |        |
| 5                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Trabalhadores manuais, operários não especializados/indiferenciados;</li> <li>Assalariados agrícolas.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Escolaridade &lt;4 anos;</li> <li>Analfabetos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência/Beneficiência pública ou privada (não se inclui subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Barraca ou andar sem ventilação/iluminação, ou onde moram demasiadas pessoas.</li> <li>Alojamentos impróprios.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bairro de lata.</li> </ul>  |        |
| <b>Pontos totais</b> |  |   |   |  |  |        |

**Classe I** (classe alta) - pontuação entre 5 e 9

**Classe II** (classe média alta) – pontuação entre 10 e 13

**Classe III** (classe média) – pontuação entre 14 e 17

**Classe IV** (classe média baixa) – pontuação entre 18 e 21

**Classe V** (classe baixa) – pontuação entre 22 e 25

**Fonte:** Amaro, Fausto (1990). Escala de *Graffar* Adaptada. In: Costa, Ana M<sup>a</sup> Bénard e tal. (1996). Currículos Funcionais. Lisboa: IIE, Vol.II”

Anexo 5 – Valores de referência da frequência respiratória segundo a idade

| Idade            | Frequência respiratória |
|------------------|-------------------------|
| RN pré-termo     | 40 – 60                 |
| RN a termo       | 30 – 50                 |
| Até 6 meses      | 20 – 30                 |
| 6 meses – 2 anos | 20 – 30                 |
| 2 – 12 anos      | 12 – 20                 |

Fonte: Stape A, Troster JE, Kimura HM, Gilio AE, Busso A, Britto JLBC. Manual de normas – Terapia intensiva pediátrica. São Paulo: Savier,1998.

Anexo 6 – Valores de referência da tensão arterial e da frequência cardíaca segundo a idade

| Idade     | P. sistólica<br>(mmHg) |     | P. diastólica<br>(mmHg) |     |
|-----------|------------------------|-----|-------------------------|-----|
|           | P50                    | p95 | p50                     | p95 |
| < 6 meses | 70                     | 110 | 45                      | 60  |

| Idade        | Mínima | Média | Máxima |
|--------------|--------|-------|--------|
| RN pré-termo | 100    | 130   | 180    |
| RN a termo   | 70     | 125   | 190    |
| 1 – 11 meses | 80     | 120   | 160    |
| 1 – 2 anos   | 80     | 110   | 130    |
| 2 – 4 anos   | 80     | 100   | 120    |
| 4 – 6 anos   | 75     | 100   | 115    |
| 6 – 8 anos   | 70     | 90    | 110    |
| 8-10 anos    | 70     | 90    | 110    |

Fonte: Stape A, Troster JE, Kimura HM, Gilio AE, Busso A, Britto JLBC. Manual de normas – Terapia intensiva pediátrica. São Paulo: Savier;1998.

## APÊNDICE 26 – Consentimento informado, esclarecido e livre para o estudo de caso

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### Consentimento informado

Ana Raquel Seco Rocha, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência Pediátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. e a frequentar o 3º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica no Campus do IPP, encontra-se neste âmbito a realizar Estágio no Centro de Saúde de [REDACTED] – UCSP, no período compreendido entre 20 de maio a 28 de junho de 2019, sob orientação da Sra. Enf. Especialista [REDACTED] e orientação académica da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, solicita a sua autorização para a recolha de dados com o intuito de realizar um trabalho académico de Estudo de Caso, no âmbito da Unidade Curricular Estágio I a decorrer no serviço supracitado. Mais informa que com este trabalho, o estudo desenvolvido não trará qualquer prejuízo e poderá trazer contributos para a promoção da saúde e prevenção da doença da criança e família em questão no sentido da maximização da sua saúde e qualidade de vida. O plano de cuidados será dado a conhecer aos profissionais de enfermagem da UCSP de [REDACTED] para continuidade de cuidados.

Para tal, é necessário que vossa excelência declare que:

- Foi informado(a) acerca dos objetivos do trabalho;
- Foi informado(a) que é livre de aceitar ou recusar participar no trabalho de forma livre e esclarecida, sem qualquer consequência para o inquirido independentemente da sua decisão;
- Compreendeu que tem como direito, colocar qualquer dúvida, no decurso do trabalho.

Os dados recolhidos são de caráter anónimo e confidencial.

Para os devidos efeitos, declaro estar/~~não estar~~ (riscar o que não interessa) interessado(a) em participar de forma voluntária neste trabalho autorizando a utilização dos dados obtidos no referido estudo.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: 14/06/2019

Assinatura da investigadora: \_\_\_\_\_

Ana Raquel Seco Rocha

(Este documento é preenchido em duplicado e ambas as partes ficam com um exemplar)

**APÊNDICE 27 – Artigo Científico de Revisão Integrativa da Literatura: ‘Controlo da dor no recém-nascido: As intervenções não-farmacológicas do Enfermeiro’**

**Controlo da dor no recém-nascido: As intervenções não-farmacológicas do Enfermeiro**

Revisão Integrativa

***Pain control in the newborn: The non-pharmacological interventions of the Nurse***

*Integrative Review*

**Control del dolor en el recién nacido: las intervenciones no farmacológicas del enfermero**

Revisión Integrativa

**Adriana Janeiro-** Licenciada em Enfermagem e Pós-graduada em Intervenção em Feridas, pela Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Enfermeira no Serviço de Urgência Geral do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

**Ana Rocha-** Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Enfermeira na Unidade de Convalescença do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

**Ana Valeriano-** Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Enfermeira no Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

**Daniela Abreu-** Licenciada em Enfermagem e Pós-graduada em Intervenção em Feridas pela Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

**Patrícia Paulino-** Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Pós-Graduada em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde, pela COGNOS Formação Profissional e Desenvolvimento Pessoal; Enfermeira no Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

## Resumo

É irrefutável que o recém-nascido (RN) possui todos os componentes anatómicos, funcionais e neurosensoriais que lhe permitem sentir dor, sendo crucial compreender a eficácia das intervenções não-farmacológicas no controlo da mesma.

**Objetivos:** Identificar as intervenções não-farmacológicas do Enfermeiro no controlo da dor no RN.

**Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com base na pesquisa de estudos nas bases de dados EBSCO®, SciELO® e B-on® nos últimos 5 anos (2013-2018). Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, obteve-se uma amostra de 8 artigos.

**Resultados:** Os estudos analisados demonstram que as intervenções não-farmacológicas no alívio da dor como a sucção não-nutritiva, amamentação, solução glicosada/sacarose via oral, contacto pele a pele, contenção manual ou com lençol, toque terapêutico, musicoterapia e a redução de estímulos ambientais têm eficácia comprovada como medida complementar no controlo da dor.

**Conclusões:** A exposição prolongada a procedimentos/estímulos dolorosos acarreta consequências negativas a curto e a longo prazo no processo de desenvolvimento do RN. Desta forma, é imprescindível a intervenção dos enfermeiros na avaliação, prevenção e controlo da dor.

**Descritores:** Recém-nascido, Dor, Enfermagem Neonatal, Tratamento e Métodos não-farmacológicos.

**APÊNDICE 28 – Resumo da *Scoping Review*: ‘PEWS – Pediatric Early Warning Score: Um instrumento de avaliação do Enfermeiro em Pediatria’**

***PEWS- Pediatric Early Warning Score***

**Um instrumento de avaliação do Enfermeiro em Pediatria**

*Scoping Review*

**Adriana Janeiro-** Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

**Ana Rocha-** Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Enfermeira na Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

**Daniela Abreu-** Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

## Resumo

**Contexto:** A segurança do doente e a deteção precoce de indicadores que predizem o agravamento clínico são fatores com influência na qualidade dos cuidados de saúde prestados em contexto pediátrico. Em pediatria, o agravamento clínico evidencia-se através de sinais e sintomas neurológicos e fisiológicos que frequentemente se instalam de forma súbita.

**Objetivo:** Identificar a importância da aplicação da *PEWS* pelos enfermeiros na sua prática clínica.

**Método de Revisão:** Foi realizada uma *scoping review* com base na pesquisa de estudos nas bases de dados EBSCO®, SciELO®, Pubmed® e B-on® nos últimos 4 anos (2015-2019). Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e a avaliação da qualidade metodológica com base no *Joanna Briggs Institute*, obteve-se uma amostra de 3 artigos.

**Apresentação e interpretação dos resultados:** Foram incluídos 3 estudos nesta revisão que indicam que o uso da *PEWS* é eficaz, uma vez que avalia viavelmente a condição clínica da criança, sustenta a decisão clínica, aumenta a autoconfiança dos enfermeiros, melhora a comunicação e coesão no seio da equipa e diminui a probabilidade de ocorrência de eventos graves como paragens cardiorrespiratórias.

**Conclusão:** O uso da *PEWS* pelo Enfermeiro é eficaz para predizer a condição clínica da criança e prevenir potenciais complicações. É necessário desenvolver mais estudos qualitativos sobre a temática.

**Palavras-Chave:** *Pediatric Early Warning Score*; Enfermeiro de Pediatria.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – Declaração de Aceitação de Orientação

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



## DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro assumir a orientação do trabalho da estudante Ana Raquel Seco Rocha (n.º 19327), conducente à elaboração do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Trata-se de um Relatório de Estágio, que inclui metodologia de projeto, subordinado ao tema da área de especialização referida, inserido na linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, com o título: Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança.

Por ser um trabalho importante, que colmata uma necessidade verificada nos contextos clínicos, que responde às competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e, sobretudo, porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com todo o interesse científico a sua orientação.

Setúbal, 5 de novembro de 2019

A Orientadora

Ana Lúcia Casero Ramos

Doutora em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem ESS-IPS

## ANEXO 2 – Parecer do Conselho Técnico-Científico do IPP sobre o desenvolvimento do projeto de intervenção



DELIBERAÇÃO - 20 19 / 25

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: **APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO – ANO LETIVO 2018/2020 – 3ª EDIÇÃO**

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico

(Raul Alberto Camilho Condeiro, Professor Adjunto)

## ANEXO 3 – Autorizações institucionais para desenvolvimento do projeto de intervenção

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Exmo. Sr. Coordenador da UCSP de [redacted]

Dr. [redacted]

*Handwritten notes:*  
Ana Raquel Seco Rocha  
Coordenadora UCSP  
Centro de Saúde de Évora

Ana Raquel Seco Rocha, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência Pediátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. e a frequentar o 3º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Campus do IPP – Escola Superior de Saúde, encontra-se neste âmbito a realizar Estágio no Centro de Saúde de [redacted] – UCSP, no período compreendido entre 20 de maio a 28 de junho de 2019, sob orientação da Sra. Enf. Especialista Laura Cachopas e orientação académica da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, pretende desenvolver um projeto integrado na linha de investigação 'Segurança e Qualidade de Vida', subordinado à temática da Prevenção de Acidentes Rodoviários no transporte de crianças/jovens em automóveis, intitulado 'Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança' que tem como objetivo geral: Contribuir para a segurança das crianças/jovens até aos 12 anos, no que respeita ao transporte automóvel.

Desta forma, vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª autorização para realização de colheita de dados através da aplicação de questionários, sobre a temática em estudo, a profissionais de enfermagem da UCSP de [redacted] e posteriormente, realização de atividades (Educação para a Saúde, folhetos/cartazes informativos e jogo 'quantos queres') no serviço supracitado.

Esclarece ainda que nesta etapa assim como nas demais envolvidas no decorrer do projeto, serão garantidos todos os aspetos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Disponibiliza-se, desde já, a divulgar os resultados do projeto e anexa os instrumentos de recolha de dados utilizados, estando disponível para os esclarecimentos adicionais que forem necessários.

Sem outro assunto, agradece a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

[redacted], 27 de maio de 2019.

Ana Raquel Seco Rocha  
(Ana Raquel Seco Rocha)

DELIBERAÇÃO:  
Autoriza-se  
6/11/2019  
Clandes  
CENTRO HOSPITALAR DE [REDACTED], E.P.E.  
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sra. Dra. [REDACTED], Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento,  
DE: Sr. [REDACTED], Secretário do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

31-10-2019

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo/questionário "Transporte da criança/jovem: uma viagem em segurança", a realizar no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de [REDACTED], E.P.E.

Trata-se de um estudo, conferidor de grau académico - Mestrado, cuja Investigadora Principal é a Exma. Sra. Enf.ª Ana Raquel Seco Rocha, a realizar no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de [REDACTED], E.P.E. (ver anexo e processo devidamente instruído).

O estudo/questionário, no entendimento da Comissão de Ética, a passagem de questionários anónimos a não doentes, não requer análise da CES.

Contudo, teve o parecer favorável da Exma. Sr. Enf.ª Gestor [REDACTED]

A realização deste estudo/questionário tem como objectivo geral contribuir para a segurança das crianças/jovens até aos 12 ano, no que respeita ao transporte automóvel.

À consideração superior,

  
[REDACTED]

ACTA Nº 45/19

[REDACTED]

DESPACHO  
Tomei conhecimento  
WAVLO.  
À Exma. Sra.  
Enf.ª [REDACTED]  
[REDACTED]  
solicita-se  
autorização  
para a real  
ização do  
questionário  
em anexo.  
Enf.ª  
31-10-2019  
Nada a opor.  
Clandes  
31/11/2019  
Ao sec do GID para  
interferir o ED de  
deliberação do  
CA  
Actualizei o  
mapa de contacto  
Medicai dos estu  
dos Enf.  
12-11-2019

Hospital [redacted] EPE

### COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital [redacted], EPE ([redacted] EPE)

**Título do Projeto:** Transporte de crianças: uma viagem em segurança

#### Identificação do Proponente

Nome: Ana Raquel Rocha

Instituição: Hospital [redacted], EPE

Investigador Responsável/Orientador: Prof Doutora Ana Lucia Ramos

Enquadramento Académico: Mestrado

#### Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão  Sim
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados  Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos  Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes  Sim

*Antunjanovic*  
Ass. n.º 54 de 11/12/2019  
O Conselho de Administração  
*[Signature]*  
Presidente  
*[Signature]* *[Signature]*  
Vogal Vogal  
*[Signature]* *[Signature]*  
Enfermeira Directora Directora Clínica

#### Parecer da Comissão de Ética do [redacted] EPE:

Favorável  X

Condicional

Data: 05/12/19

O Presidente da Comissão de Ética  
*[Signature]*

## ANEXO 4 – Parecer da Comissão de Ética do IPP sobre o estudo de investigação



### PARECER

Nº Pedido \_\_\_\_\_ / Data 28/11/2019  
Ref. 8C/2019/3706

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 28 de novembro de 2019, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de Investigação “Transporte de crianças/jovens: uma viagem em segurança” no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Ramo de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica sob a responsabilidade da Investigadora Ana Raquel Seco Rocha e orientação da Profª Doutora Ana Lúcia Ramos.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

28-11-2019

---

## ANEXO 5 – Certificado de participação e conteúdos programáticos: ‘VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira’



---

### Participação em Formação Contínua

---

### Certificado

Certifica-se que **Ana Raquel Seco Rocha**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação [REDACTED], frequentou o seguinte curso de formação contínua:

#### VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira

que decorreu de **27 de Setembro de 2019** a **28 de Setembro de 2019**, no seguinte local: Centro Cultural do Morgado - Arruda dos Vinhos

Carnaxide, 27 de Setembro de 2019

  
academiacuf  
Academia de Estudos  
Lda  
Rua do S.º António, 10  
1790-013 Carnaxide

---

Cláudia Silveira

Código de Certificado: C-5d6bf8b41c292

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE





27 e 28 de setembro de 2019 | Centro Cultural do Morgado, Arrudá dos Vinhos

## CRIANÇA NO MUNDO GLOBAL

**Dia 27** | 09h00 - 17h00 (Profissionais de saúde)

### Doenças pediátricas do "Mundo desenvolvido"

Prematuridade  
Desenvolvimento  
Cuidados paliativos

### O mundo digital

Cyberbullying  
Adições nos adolescentes

### O mundo das viagens

Doenças do viajante  
Novas vacinas anti-meningocócicas  
Problemas dos migrantes

### Temas práticos "de sempre"

Refluxo gastro-esofágico  
Alergia às proteínas do leite de vaca  
Algoritmos em hematologia

**Dia 28** | 09h00 - 12h00 (Profissionais de saúde)

### Workshops

Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade  
Antibióticos em pediatria  
Interpretação de exames complementares  
Obstipação e enurese

14h00 - 17h00 (Pais e Educadores)

### Como lidar com um filho adolescente

Problemas do sono na criança

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



---

## ANEXO 6 – Certificado de participação e conteúdos programáticos: ‘Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras’



---

### Participação em Eventos Científicos

---

### Certificado

Certifica-se que **Ana Raquel Seco Rocha**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação , frequentou o seguinte evento científico:

#### **Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras**

que decorreu a **4 de Outubro de 2019**, com a duração de 8 horas, no seguinte local: Centro Pastoral de Torres Vedras

Carnaxide, 4 de Outubro de 2019

Cláudia Silveira

---

Código de Certificado: C-5d6d54c12bb7c

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE





---

### Conteúdo Programático

---

#### PREVENIR E TRATAR

Nutrição - Novas tendências, velhas questões

Alimentação no 1o ano de vida: Atualizações

Dietas alternativas e modas na diversificação alimentar

Suplementos alimentares – O estado da arte

Alergia alimentar

Evicção de lactose e glúten – Convicção ou evidência?

Refluxo gastroesofágico: do fisiológico à doença

Simpósio MSD Vacinas em dia

Simpósio Germano de Sousa Uptake de novos testes laboratoriais

A criança que está sempre doente

Infeções recorrentes

ABC das imunodeficiências

Indicações para evicção escolar – Os “papéis” para a escola

## ANEXO 7 – Certificado de participação e conteúdos programáticos: ‘Workshop Segurança Rodoviária’



### Certificado de Formação Profissional

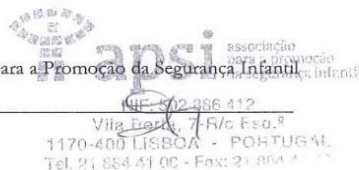
Certifica-se que Ana Raquel Seco Rocha natural de Viana do Alentejo nascida em 24/05/1993, com o N.º de Cartão de Cidadão [redacted] válido até [redacted] concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Segurança Rodoviária, em 22/10/2019, com a duração de 3:30 horas.

| Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações               | Horas (hh:mm) | Classificação |
|---|---------------|---------------|
| Os acidentes rodoviários com crianças                         | 1:00          | -             |
| Sistemas de Retenção para crianças e equipamentos de proteção | 1:30          | -             |
| Medidas de prevenção rodoviária                               | 1:00          | -             |

Lisboa, 06 de dezembro de 2019

O(A) Responsável pelo(a) APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 267/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



Com o apoio:





**apsi** associação  
para a promoção  
da segurança infantil

**Associação para a Promoção da Segurança Infantil**  
Com trabalho desenvolvido há mais de 25 anos, em parceria com pais, educadores, profissionais e todos os que lidam com crianças, na promoção de ambientes seguros que garantam às crianças um crescimento saudável.

A APSI é uma entidade formadora certificada nas áreas:  
581 - Arquitetura e Urbanismo  
761 - Serviços de apoio a crianças e jovens  
840 - Serviços de transporte



ENTIDADE  
FORMADORA  
**CERTIFICADA**

ARQUITECTURA E CONSTRUÇÃO  
• Arquitectura e urbanismo  
SERVIÇOS SOCIAIS  
• Serviços de apoio a crianças e jovens  
SERVIÇOS DE TRANSPORTE  
• Serviços de transporte

## WORKSHOP SEGURANÇA RODOVIÁRIA



### OBJETIVO GERAL

Adquirir conhecimentos específicos na área da segurança rodoviária infantil/juvenil

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a forma como ocorrem os acidentes rodoviários com crianças e jovens;  
Identificar as características e os comportamentos das crianças e jovens em ambiente rodoviário;  
Identificar estratégias para a redução dos acidentes rodoviários com crianças e jovens e das suas consequências.

#### Tema I: Os acidentes rodoviários com crianças

Os acidentes com crianças e jovens em ambiente rodoviário (passageiro, peão, condutor).  
Características e comportamento das crianças e jovens em ambiente rodoviário e as características que as tornam utentes vulneráveis.

#### Tema II: Sistemas de Retenção para crianças e equipamentos de proteção

Os diferentes sistemas de retenção para crianças.  
Equipamentos de proteção que contribuem para o aumento da segurança da criança peão e condutora.

#### Tema III: Outras medidas de prevenção rodoviária

A segurança no transporte coletivo de crianças.  
A legislação relacionada com a proteção das crianças em ambiente rodoviário.  
A mobilidade sustentável e o planeamento urbano.

## ANEXO 8 – Certificado de aprovação no Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico



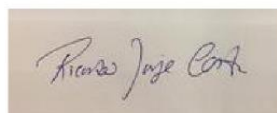
European Resuscitation Council vzw  
Emile Vanderveldelaan 35  
BE-2845 Niel - Belgium

# Ana Rocha

24/05/1993

Recebeu a qualificação de ERC  
**European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)**  
Em Portalegre, Portugal

Ricardo Jorge COSTA  
Course Director



Data do último curso: 18/10/2019

Este certificado é válido de 18/10/2019 e expirará em 18/10/2022,  
a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 18/10/2021 em <https://Cosy.ERC.edu>

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.  
Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-275-761209