



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA-LISBOA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Carla Margarida Pereira Vicente Fernandes

Literacia dos pais na prevenção de quedas infantis dos 2 aos 4 anos de idade

Lisboa
2023/2024

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Carla Margarida Pereira Vicente Fernandes

Literacia dos pais na prevenção de quedas infantis dos 2 aos 4 anos de idade

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica**

Docente: Prof. Doutor José Manuel da Silva Vilelas

**Lisboa
2023/2024**

**“A educação é a arma mais poderosa
que você pode usar para mudar o mundo”**

Nelson Mandela

Agradecimentos

Ao Prof Dr. José Vilelas, por acreditar no percurso desta grande viagem e partilhar o seu conhecimento...

Aos pais das crianças que participaram neste trabalho, com toda a sua disponibilidade e confiança...

À minha família que foram, são e serão o pilar...

Aos meus amigos pela paciência e por perceberem por vezes a minha ausência...

Índice

Resumo	8
Abstract	9
I - Introdução.....	10
II – Literacia dos pais na prevenção de quedas infantis	14
II.1 - Acidentes infantis: as quedas	14
II.2 – Desenvolvimento Infantil e as quedas.....	15
II.3 - Literacia dos pais na prevenção das quedas infantis	17
II.4 - O ESIP e a literacia dos pais	18
III – Material e Métodos	22
III.1 – Tipo de estudo.....	22
III.2 – População, Amostra e Técnica de amostragem.....	22
III.3 – Hipóteses	23
III.4 – Variáveis.....	23
III.5 – Instrumento de Recolha de dados.....	23
III.6 – Tratamento e análise dos dados.....	24
III.7 – Implicações éticas.....	24
IV - Apresentação dos resultados.....	26
IV.1 – Caracterização sociodemográfica	26
IV.2 – Comportamentos dos pais face às quedas na criança	33
IV.3 – Conhecimentos dos pais sobre o tema	37
IV.4 – Literacia dos pais face às quedas infantis	40
IV.4.1 – Validação do Inventário sobre a prevenção das quedas em crianças dos 2 aos 4 anos, para a população portuguesa.....	42
IV.4.2 – Estatística Descritiva do Inventário LPQ.....	46
IV.5 – Teste das Hipóteses.....	47
V – Discussão.....	53
VI – Conclusões.....	63
VI - Referências Bibliográficas.....	66
APÊNDICES.....	70
Apêndice A – Instrumento de recolha de dados.....	71
Apêndice B – Declaração da Vogal da Direção de Enfermagem	77
Apêndice C – Declaração de autorização do Coordenador da USF	79

Apêndice D – Declaração de Autorização para a realização do estudo de investigação do Diretor Executivo do ACES	81
ANEXOS.....	83
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética em Saúde da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra	84

Índice de tabelas

Tabela 1 - Frequências e percentagens do variável género	26
Tabela 2 - Médias e valores de dispersão da idade dos participantes	26
Tabela 3 - Frequências e percentagens das variáveis grau de parentesco, nacionalidade e habilitações literárias	27
Tabela 4 - Frequências e percentagens do variável tipo de habitação.....	28
Tabela 5 - Frequências e percentagens da variáveis de caracterização da família	29
Tabela 6 - Frequências e percentagens das variáveis das idades das crianças.....	30
Tabela 7 - Frequências e percentagens da variável problemas de saúde das crianças ..	31
Tabela 8 - Frequência e percentagens das variáveis em análise	32
Tabela 9 - Frequências e percentagens das variáveis de caracterização do desenvolvimento	33
Tabela 10 - Frequências e percentagens das variáveis de caracterização dos comportamentos face à prevenção das quedas da criança	35
Tabela 11 - Frequências e percentagens das variáveis de caracterização dos comportamentos face à prevenção das quedas da criança	36
Tabela 12 - Frequências e percentagens das variáveis de conhecimentos dos pais dos factores de queda das crianças.....	38
Tabela 13 - Frequências e percentagens da importância dos conhecimentos dos pais.	40
Tabela 14 - Frequências e percentagens das variáveis literacia dos pais	41
Tabela 15 - Análise fatorial do Inventário LPQ	44
Tabela 16 - Medidas de ajustamento do modelo na análise fatorial confirmatória.....	46
Tabela 17 - Média, desvio padrão dos valores do inventário LPQ.....	47
Tabela 18 - Resultado obtido do teste de Spearman entre o inventário LPQ e as variáveis socio demográficas	48
Tabela 19 - Resultado obtido do teste entre o inventário LPQ e os comportamentos e conhecimentos dos pais.....	51
Tabela 20 - Teste da diferença de médias das variáveis segundo os pais que ouviram falar sobre quedas e a literacia	52

Lista de Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APSI - Associação para a promoção da Segurança Infantil

ARSLVT - Associação Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

CES – Comissão de Ética para a Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALS – Plano de Ação para a Literacia em Saúde

LPQ – Literacia para a prevenção de quedas

ILPQ – Inventário sobre a Literacia sobre a Prevenção de Quedas

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

ULSASI – Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra

Resumo

As quedas na primeira infância são uma realidade em Portugal e no mundo. A prevenção é crucial na redução desses acidentes, onde a supervisão adequada, a literacia e a capacidade dos pais na adoção de estratégias preventivas reflete ganhos em saúde para a criança.

O objetivo do estudo é Avaliar a Literacia dos pais na prevenção de quedas dos 2 aos 4 anos de idade. Trata-se de um estudo descritivo e correlacional de abordagem quantitativa. Foi aplicado um através de questionário a uma amostra de 50 pais.

Os resultados demonstram que os pais possuem em média 35 anos. São na maioria mães, de nacionalidade portuguesa. A maioria das crianças já sofreu algum tipo de queda em espaços abertos. Embora a maioria das crianças brinquem sob supervisão, existe um risco de queda elevado sobretudo quando andam e correm. A maioria dos pais reconhece a importância da prevenção de quedas, mas mais da metade dos pais não receberam informações sobre o tema. Entre os pais que já ouviram falar sobre prevenção de quedas, a maioria obteve essa informação pelos enfermeiros. A maioria dos pais considera adequado o seu conhecimento sobre quedas infantis. Não existe associação entre as variáveis demográficas dos pais e o inventário sobre a Literacia da prevenção das quedas em crianças dos 2 aos 4 anos (ILPQ). A não associação entre o conhecimento e o comportamento dos pais com o ILPQ é parcialmente confirmada. Os pais que ouviram falar sobre quedas apresentam médias mais elevadas de literacia quando comparados com os que não ouviram. O ILPQ, apresenta uma adequada validade e fidelidade, com boas propriedades psicométricas, permitindo a sua validação para os participantes.

Conclui-se que continua a ser importante desenvolver estratégias eficazes para aumentar a segurança das crianças, promovendo um ambiente doméstico mais seguro e informando os pais sobre práticas preventivas essenciais.

Palavras-chave: Acidentes infantis, Quedas infantis, Literacia em saúde, Enfermeiro Especialista

Abstract

Falls in early childhood are a reality in Portugal and around the world. Prevention is crucial in reducing these accidents, where adequate supervision, literacy and the ability of parents to adopt preventive strategies reflect health gains for the child.

The objective of the study is to evaluate parents' literacy in preventing falls from 2 to 4 years of age. This is a descriptive and correlational study with a quantitative approach. A questionnaire was administered to a sample of 50 parents.

The results show that parents are on average 35 years old. They are mostly mothers, of Portuguese nationality. Most children have suffered some type of fall in open spaces. Although most children play under supervision, there is a high risk of falling, especially when walking and running. Most parents recognize the importance of preventing falls, but more than half of parents did not receive information on the topic. Among parents who have heard about fall prevention, the majority obtained this information from nurses. Most parents consider their knowledge about childhood falls to be adequate. There is no association between the parents' demographic variables and the inventory on fall prevention literacy in children aged 2 to 4 years (ILPQ). The non-association between parental knowledge and behavior with the ILPQ is partially confirmed. Parents who have heard about falls have higher literacy rates when compared to those who have not heard. The ILPQ presents adequate validity and fidelity, with good psychometric properties, allowing its validation for participants. It is concluded that it remains important to develop effective strategies to increase children's safety, promoting a safer home environment and informing parents about essential preventive practices.

Keywords: Child accidents, Child falls, Health literacy, Specialist Nurse

I- Introdução

Os acidentes infantis são uma das principais causas de morte em Portugal, segundo cálculos apresentados pela APSI, tendo algum ênfase na primeira infância, por ser uma idade mais vulnerável, devido à imaturidade, idade, curiosidade, desenvolvimento, integridade física, ambiente a que estão expostas, e estilo de vida familiar⁽¹⁻³⁾.

A realidade dos acidentes infantis varia em diferentes partes do mundo, mas existem algumas predisposições comuns observadas tanto em Portugal como a nível global. Os acidentes são uma das principais causas de morte e lesões em crianças tais como: acidentes rodoviários, quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações. As medidas de prevenção, como uso de dispositivos adequados, barreiras de segurança em portas e janelas, armazenamento adequado de produtos químicos fora do alcance das crianças, são fundamentais para reduzir esses acidentes⁽¹⁻³⁾.

É importante ressaltar que, embora os números de acidentes possam variar em diferentes regiões e países devido a fatores como infraestruturas, cultura, e políticas de segurança, a prevenção é uma preocupação global. Iniciativas como campanhas de consciencialização, regulamentações de segurança, melhorias em infraestruturas e educação para os pais e cuidadores, desempenham um papel crucial na redução desses acidentes e na proteção das crianças. A falta de supervisão adequada, e educação sobre o tema, são fatores que contribuem para os mesmos⁽¹⁾.

Face à idade, imaturidade, curiosidade, própria da criança nesta fase do desenvolvimento, bem como o ambiente a que estão expostas e estilo de vida familiar, a criança na primeira infância, encontra-se numa fase de exploração de tudo o que a rodeia, tudo é novidade e atraente. Logo o risco de acidente é uma realidade, podendo em algumas situações ser previsível e desta forma prevenidos⁽⁴⁾.

Os acidentes domésticos são "...todos os eventos causados independentemente da vontade humana que ocorrem no ambiente de casa ou domicílio, incluídas áreas externas..."^(4 p.2)

O papel dos pais na saúde e desenvolvimento das crianças é fundamental, sendo apontado como necessidade o apoio no exercício do seu papel parental. Desta forma os níveis de literacia em saúde podem condicionar a atuação nos cuidados às crianças⁽⁴⁾.

A literatura indica-nos que literacia em saúde é um conjunto de “...competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para a cederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde”^(5 p.9). Estudos comprovam que os indivíduos com baixo nível de literacia em saúde, têm menos saúde, mais hospitalizações e maiores dificuldades em procurar os melhores cuidados, aderir aos tratamentos e implementar comportamentos de promoção de saúde⁽⁵⁾.

Sendo as quedas infantis, a 1ª causa de acidente em Portugal, no relatório da APSI de 2022, nas crianças dos 2 aos 4 anos de idade, torna-se importante avaliar a literacia em saúde dos pais na prevenção de quedas infantis nesta faixa etária⁽¹⁾.

Neste contexto, pretende-se desenvolver um estudo que contribua para a avaliação da literacia dos pais relativamente à prevenção de quedas infantis na primeira infância, numa USF de Lisboa. Desta forma, o desafio do presente estudo vai ao encontro de um dos objetivos delineados no Plano Nacional de Saúde 2021-2030, que pretende “selecionar estratégias de intervenção mais adequadas, tendo em vista o alcance dos objetivos de saúde sustentável para Portugal, visando, entre outros, a redução das iniquidades em saúde”^(6 p.20).

Para definir este estudo de investigação, foi identificada uma pergunta de partida: qual a literacia dos pais em relação às quedas infantis nas crianças dos 2 aos 4 anos de idade?

A temática deste estudo é “Literacia dos Pais na Prevenção de Quedas Infantis dos 2 aos 4 anos de idade”, focando o estudo empírico na avaliação da autonomia e conhecimento dos pais face à prevenção de quedas infantis, tendo por base científica uma adequada revisão sustentada e fundamentada no modelo teórico de promoção de saúde de Nola Pender e de Anne Casey que defende a importância da parceria de cuidados^(7,8,9). A escolha deste tema, deve-se à relação e incidência entre as quedas e a faixa etária dos 2 aos 4 anos, onde a fase do desenvolvimento, a curiosidade infantil,

a fase exploratória e a descoordenação motora das mesmas neste intervalo de idade, são propícias às mesmas.

Reforçando a pertinência do estudo a APSI, refere que os internamentos entre 2017 e 2021, são na maioria por quedas (17,3%)⁽¹⁾. Ainda outros estudos relatam que, as quedas nesta faixa etária são uma das principais causas de lesões e fáceis de prevenir e intervir nas crianças, com uma forte correlação entre a lesão e a falta de supervisão parental, assim como o conhecimento e atitudes dos pais deficitários em relação à segurança das crianças^(2-4,10).

De acordo com Anne Casey o enfermeiro é um parceiro integrante no processo de cuidar, no sentido em que “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”, através da comunicação, criando “oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”, “Sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção”, bem como identifica e intervém precocemente “nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”^(11 p. 2,3).

Sendo assim, o EESIP desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados das crianças e jovens, sendo um parceiro relevante na comunidade relativamente aos cuidados de saúde. Pelas competências que lhe são conferidas, e pelos cuidados de proximidade com as crianças e famílias, tem um papel preponderante em fornecer orientação aos pais, abordando várias temáticas, entre elas as relacionadas com a prevenção de acidentes e promoção de estilos de vida saudáveis, de forma a capacitá-los para a sua autonomia, permitindo cuidados de qualidade e educando as famílias sobre práticas de saúde saudáveis, desenvolvendo estratégias para fomentar a autonomia das famílias, fornecendo conhecimento sobre as medidas de prevenção nas diferentes idades^(9,11).

Face ao exposto, e no sentido de fazer um levantamento da literacia dos pais destas crianças no contexto em que se inserem, de forma a perceberem quais os perigos existentes, para proceder à adequada educação para a saúde individualizada a cada família, promovendo o acesso de cuidados de saúde aos grupos de população de maior vulnerabilidade foi definido como objetivo geral deste estudo: **Avaliar a literacia dos pais na prevenção de quedas infantis dos 2 aos 4 anos.**

Com este estudo pretendo dar resposta aos seguintes objetivos:

- Caracterizar a literacia dos pais, relativamente à prevenção de quedas infantis;
- Descrever o comportamento dos pais face à prevenção de quedas na criança;
- Validar para a amostra portuguesa o inventario de literacia prevenção de quedas, utilizando a análise fatorial exploratória e confirmatória;
- Verificar a associação entre as variáveis demográficas dos pais com o inventário LPQ;
- Verificar a associação entre o conhecimento e o comportamento dos pais com o inventário LPQ;
- Determinar se os pais que ouviram falar sobre quedas apresentam médias mais elevadas de literacia quando comparados com os que não ouviram.

De acordo com a pesquisa realizada acerca da problemática, tendo em conta os dados estatísticos obtidos e a experiência profissional, considero pertinente a intervenção do enfermeiro na promoção da segurança infantil, nomeadamente na prevenção de quedas em contexto domiciliário em crianças na faixa etária dos 2 aos 4 anos de idade.

A estrutura deste trabalho é composta por um enquadramento teórico onde é apresentada a problemática que conduziu ao desenvolvimento do estudo onde são apresentados dados estatísticos e realizada uma breve fundamentação teórica sobre o tema, seguido da metodologia onde se descreve o tipo de estudo, a população e técnica de amostragem, identificadas as hipóteses e variáveis do estudo, a recolha de dados feita através de um questionário, a forma de tratamento e análise de dados, as implicações éticas consideradas para o estudo, finalizando com uma conclusão, dando ênfase aos principais aspetos do estudo, evidenciando ganhos em saúde para os intervenientes do mesmo.

II – Literacia dos pais na prevenção de quedas infantis

II.1 - Acidentes infantis: as quedas

De acordo com a OMS, um acidente é um evento inesperado e, na maioria das vezes, prejudicial, que ocorre sem intenção humana e resulta de uma força externa que age rapidamente, causando lesões físicas ou mentais ⁽¹²⁾.

A APSI no seu relatório de avaliação de 2022, entre 1992 e 2020 as lesões não intencionais (acidentes) nas crianças em ambiente doméstico, foram uma realidade, onde morreram cerca de 6500 crianças e jovens, tendo sido uma das principais causas de morte no mundo entre os 5 e os 19 anos. Mortes essas onde as crianças e jovens se viram condicionados no seu crescimento, aprendizagem, não podendo contribuir para a comunidade e sociedade onde estão inseridas ⁽¹⁾.

O tipo de acidente que causa mais mortes dos 0 aos 4 anos são os acidentes rodoviários, seguido de asfixia e estrangulamento, afogamentos, queimaduras e quedas. Mas quando se trata de acidentes que têm como consequência internamentos, dados entre 2017 e 2021, demonstram que a maior percentagem são as quedas (17,3%), ingestão de objetos estranho (3,4%), intoxicação (2,3%), asfixia, exposição a fumos e afogamentos, com menos de 1%. Estes dados levam a refletir que existem muitas medidas ainda a implementar, criando estratégias de intervenção de forma a reduzir o impacto que estes acidentes têm na vida das crianças e suas famílias, proporcionando condições para uma participação mais ativa da população ⁽¹⁾.

É também evidenciado nesse mesmo relatório que na última década, em Portugal, morreram por ano em média 66 crianças em idade pediátrica, que apesar da sua diminuição representaram 12,3% da totalidade das mortes na idade pediátrica, 3393 foram internadas e mais 22700 socorridas pelo INEM, muitas das vezes sem necessidade de internamento, dados estes inferiores ao ano 2015, segundo o relatório da APSI de 2017^(1,13).

Os acidentes também podem ser previsíveis e desta forma prevenidos. O PNSIJ também descreve a importância da promoção da segurança infantil e a prevenção de acidentes, sendo um dos objetivos, a promoção de comportamentos saudáveis relacionada com a prevenção de acidentes e intoxicações, envolvendo a comunidade ativamente para melhorar a qualidade e segurança da criança ⁽¹⁴⁾.

Os acidentes na primeira infância, ocorrem maioritariamente em ambiente doméstico, havendo uma redução no impacto dos mesmos, favorecendo a redução do número de internamentos, acidentes esses, resolvidos maioritariamente no domicílio (2,4). Podemos ainda afirmar que os acidentes infantis estão diretamente relacionados com a fase de desenvolvimento da criança.

II.2 – Desenvolvimento Infantil e as quedas

O desenvolvimento da criança dos 2 aos 4 anos é caracterizado por uma rápida evolução física, cognitiva e socio emocional. No entanto, essa fase do desenvolvimento também acarreta uma maior vulnerabilidade a acidentes infantis devido às características específicas das crianças nesta faixa etária (15).

- **Desenvolvimento motor:** durante os primeiros anos de vida, as crianças aprendem a controlar os seus movimentos e a explorar o ambiente. Isso inclui gatinhar, andar e eventualmente correr. A falta de coordenação motora e equilíbrio torna-as mais predispostas a quedas e colisões;
- **Curiosidade exploratória:** as crianças pequenas têm uma forte curiosidade para explorar o mundo ao seu redor, muitas vezes subindo escadas e bancos, debruçando-se nas janelas ou varandas;
- **Falta de noção do perigo:** a criança desta idade tem pouca ou nenhuma noção real do perigo. Colocam-se em situações de risco, como piscinas ou ruas, sem perceber o risco associado;
- **Supervisão necessária:** requerem supervisão constante e atenta de adultos. A falta de supervisão adequada pode levar a acidentes graves;
- **Habilidades de comunicação limitadas:** por ainda estarem a desenvolver a sua capacidade de comunicação podem não ser capazes de expressar quando se estão a sentir mal ou em perigo;
- **Habilidades cognitivas em desenvolvimento:** nesta fase ainda não têm o raciocínio lógico totalmente desenvolvido para avaliar situações complexas;
- **Mobilidade e exploração:** à medida que as crianças começam a mobilizar-se de forma mais independente, exploram o seu ambiente de forma mais abrangente. Isso inclui tocar, puxar, e interagir com objetos, o que pode aumentar o risco de quedas (15).

As quedas na primeira infância podem ter impactos significativos nas crianças tanto física como psicologicamente^(2,10,15). É importante reconhecer que as crianças pequenas são naturalmente curiosas e estão em constante exploração do seu ambiente, podendo levá-las a situações em que as quedas ocorrem. As maiores consequências das quedas são:

- lesões físicas;
- medo e ansiedade, afetando o desenvolvimento emocional e autoconfiança;
- alterações do desenvolvimento motor, como a coordenação motora, equilíbrio e locomoção⁽¹⁵⁾.

A criança passa por complexos processos de mudança no seu desenvolvimento, quer físico, cognitivo e psicossocial, fundamentais para as capacitar com habilidades que lhes permitirão satisfazer as suas necessidades e se adaptar ao ambiente que as rodeia^(16,17). Todos estes fatores relacionados com o desenvolvimento infantil, associados ao conhecimento e comportamento dos pais, bem como a importância que os mesmos têm em relação aos acidentes, na procura de medidas preventivas, podem condicionar a prevenção das quedas infantis^(2,18).

Portanto, a prevenção de quedas nos primeiros anos de vida é essencial. Isso inclui medidas como, garantir que o ambiente seja seguro (instalando barreiras de segurança, armazenar produtos químicos em local seguro fora do alcance das crianças, entre outras), prestar supervisão adequada, educar os pais e cuidadores sobre os riscos e tomar precauções adicionais para proteger as crianças^(15,17). Além dos danos físicos e emocionais com possíveis sequelas a curto, médio e longo prazo, as quedas podem ter impacto na saúde e bem-estar da criança, família e comunidade, bem como no consumo de recursos dos cuidados de saúde^(19,20).

A falta de condições do meio que rodeia a criança, sobretudo em contexto domiciliar, potencia a ocorrência de quedas nestas crianças, face à estrutura física como as escadas, o piso escorregadio, a presença de móveis que facilmente são escalados pelas crianças, a presença de tapetes sem antiderrapante e as varandas⁽²⁾.

A vulnerabilidade das crianças nesta faixa etária associado ao imaturo desenvolvimento físico, motor e cognitivo, juntamente com a impulsividade e curiosidade, potencia um maior risco e mais gravoso nos traumatismos, tornando as crianças mais suscetíveis ao risco^(20,21).

Em síntese, a percepção do risco é menor quanto maior for a vulnerabilidade e menor idade da criança, pondo em risco a segurança dos mesmos ^(19,20).

II.3 - Literacia dos pais na prevenção das quedas infantis

Segundo a OMS, referido no Plano de Ação para a literacia em saúde da DGS, a literacia em saúde envolve habilidades cognitivas e sociais, bem como a capacidade de uma pessoa aceder, entender e usar informações para promover e manter uma saúde de qualidade. Isso permite que tomem decisões informadas sobre cuidados de saúde, contribuindo para a prevenção de doenças e a promoção da saúde ao longo de toda a vida, melhorando a qualidade de vida ⁽²²⁾. A literacia também implica processar e saber interpretar as informações necessárias, de forma a tomar as melhores decisões sobre a saúde ⁽²³⁾.

A diminuição da literacia em saúde dos pais, está relacionada com poucos conhecimentos sobre resultados e comportamentos relacionados com a saúde, maiores taxas de hospitalizações e maior recorrência aos serviços de urgência, com impacto negativo na saúde e bem-estar da criança ⁽²⁴⁾.

A procura de informação e conhecimento por parte dos pais, nos profissionais de saúde, que são agentes facilitadores de informação, permitem aos mesmos uma maior consciencialização do que devem fazer para reduzir o risco de acidente bem como o impacto na saúde dos seus filhos ⁽²⁵⁾.

A literacia em saúde tem evoluído como mediador e moderador da saúde ao longo dos anos, como forma de reforçar o conhecimento, a sua utilização e sensibilizar para a importância da obtenção da informação adequada na promoção da saúde. Segundo os resultados de um inquérito sobre literacia em saúde efetuado em 2016 (DGS), comparando com outros países europeus, Portugal foi o país que apresentou um nível problemático de literacia em saúde (38,1%) sendo superior à média europeia (35,2%). Em cada 10 pessoas 5 foram classificados com níveis reduzidos de literacia em saúde ⁽²²⁾.

Pela necessidade de perceber o nível de literacia da população, foram calculados e estabelecidos, pela European Health Literacy Survey (HLS-EU), 4 níveis de literacia

em saúde, pelos quais a DGS se baseou para identificar e classificar os níveis de literacia da população portuguesa, tendo como classificação: Inadequado, Problemático, Suficiente e Excelente. No relatório 2019/2022 do Plano de ação para a literacia em saúde, refere que o nível de literacia em Portugal foi classificado em suficiente (65%) ao invés de 2016 que os valores eram de 42,4%. Relativamente ao nível problemático (38,1%) onde Portugal se encontrava no inquérito efetuado em 2016, no relatório mais atual o valor referente ao nível problemático representava 22%. Como se pode verificar houve uma pequena melhoria em termos de literacia. Assim, em cada 10 pessoas 7 apresentam níveis de literacia mais altos, no que diz respeito à promoção da saúde⁽²⁶⁾.

Logo reflete uma melhor adequação das estratégias utilizadas para a promoção da literacia em saúde e bem-estar, sugerindo um aumento do conhecimento e uniformização de estratégias de forma transversal e integrada.

Os efeitos da literacia induzem diferentes comportamentos e resultados em saúde para a criança, na promoção da saúde e prevenção da doença. Torna-se imprescindível uma abordagem centrada na família, utilizando precauções universais e uma conjugação entre as exigências com que os pais são confrontados atualmente e as suas competências de literacia em saúde⁽⁶⁾.

A saúde e o bem-estar das crianças relacionam-se com a literacia em saúde dos pais. A literatura indica-nos que duma maneira geral, o baixo nível de literacia e alguns comportamentos dos pais sobre conhecimentos de saúde dos seus filhos, têm um impacto negativo na sua saúde⁽²³⁾.

II.4 - O ESIP e a literacia dos pais

A prevenção é uma intervenção importante na redução de acidentes infantis. Desta forma, é importante desenvolver estratégias educacionais com início desde a fase pré-natal, preparando os pais nos cursos para a parentalidade, estando próxima da comunidade e atento às necessidades dos mesmos, desperto para o cumprimento das normas e medidas de proteção, para que se tornem eficazes⁽¹¹⁾.

Segundo o Plano de Ação de literacia em saúde de 2019-2021, os profissionais de saúde são um dos pilares de atuação nas campanhas e intervenções temáticas para comunidade. Também refere, que a evidência traduz que as famílias apreendem e aplicam melhor a informação, quando esta é transmitida de forma específica, centrada em questões concretas ⁽²²⁾. Estas atividades estão relacionadas com o conceito de promoção da saúde.

A promoção da saúde são todas as atividades estabelecidas para o desenvolvimento de recursos, que mantenham ou acrescentem o bem-estar da pessoa ⁽⁷⁾. O modelo de Nola Pender surge pela necessidade de conjugar a enfermagem à ciência do comportamento saudável, ou seja, identificar fatores que influenciam comportamentos saudáveis de forma que as pessoas os adotem, ou não. Pressupõe uma avaliação das características cognitivas, psicossociais e ambientais da pessoa alvo dos cuidados, de forma a promover a adoção de comportamentos potenciadores da sua saúde. Esta teórica estabelece três pontos principais para este processo de promoção: características e experiências individuais, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar e o comportamento de promoção de saúde desejável ⁽⁸⁾. Também, Anne Casey que defende a parceria de cuidados, realça a importância do envolvimento dos pais e crianças nos cuidados em parceria com o enfermeiro, com partilha de conhecimentos ⁽⁹⁾. Esta teórica define no seu modelo cinco conceitos cruciais para descrevê-lo: *criança*, que depende de outros (pais/cuidadores) para satisfazer as suas necessidades; a *família* que é a principal responsável pela prestação de cuidados à criança, influenciando no seu crescimento e desenvolvimento; o *enfermeiro*, profissional responsável pela prestação de cuidados especializados à criança, como promotor da saúde e bem-estar, desenvolvendo a relação de ajuda entre a família, criança e enfermeiro, fornecendo conhecimentos de forma a aumentar as capacidades parentais, encaminhando as mesmas para que estas reconheçam a importância de recorrer a outros profissionais de saúde e apoios alternativos na comunidade; a *saúde* que é um estado que se deve manter equilibrado, de forma a permitir à criança potenciar o seu desenvolvimento ao longo da vida; e por fim o *ambiente*, que é aquele que pelos seus estímulos externos pode influenciar o desenvolvimento da criança, mas com os cuidados adequados pode fazê-la sentir-se segura e confiante⁽⁹⁾.

Estes modelos teóricos fundamentam este estudo e surgiram da necessidade de implementar e avaliar ações de promoção da segurança infantil através da prevenção de quedas, onde se aplicarão as variáveis descritas anteriormente, de forma a desenvolver em parceria com os pais e cuidadores, um plano adequado e

individualizado, tendo em conta as características culturais, individuais, ambientais/habitacionais e socioeconómicas. Segundo alguns autores, os pais demonstram comportamentos desadequados por diminuição de conhecimentos na prevenção de acidentes, referindo também que os mesmos têm frequentemente dificuldades na compreensão nas informações percebidas referentes à saúde, bem como decisões referentes às opções de tratamentos. Desta forma é relevante promover a literacia dos pais, através da intervenção comunitária, com ações de sensibilização^(4,23,24).

O enfermeiro, como parceiro nos cuidados, na prevenção de quedas infantis, deve reconhecer a família como “unidade de intervenção” com diferentes valores, culturas, diferenças, e como tal favorecer a partilha de informação, possibilitando colaboração e garantia de cuidados ajustados às características e necessidades dos pais⁽⁶⁾.

O EESIP é um parceiro integrante neste processo, no sentido em que “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”, através da comunicação, criando “oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”, “Sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção”, bem como identifica e intervém precocemente “nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”^(11 p.2)

Ao reconhecer as diferentes características do crescimento e desenvolvimento da criança, e pela relação de proximidade estabelecida com as famílias, o enfermeiro em saúde infantil e pediátrica desempenha uma função crucial na promoção da saúde e bem-estar das mesmas, permitindo-lhes individualizar o planeamento dos cuidados, adaptando-os a cada faixa etária de forma autónoma e saudável antecipando e prevenindo o acidente, de forma a maximizar o potencial do seu desenvolvimento^(5,25).

O enfermeiro possui conhecimento científico que possibilita identificar os fatores de risco, formação estratégica em saúde na comunidade, sendo o principal mediador com papel privilegiado de proximidade, orientando e educando de forma continuada, promovendo a prevenção de quedas infantis e a qualidade de vida destas crianças^(27,28).

O enfermeiro tem um papel importante na monitorização das famílias vulneráveis com necessidade de apoio adicional, de forma a potenciar os seus conhecimentos sobre

saúde, a forma como podem aceder à informação, para poderem tomar decisões conscientes sobre a saúde do seu filho. Os conhecimentos e competências adquiridos pelos pais em matéria de saúde, podem contribuir para melhorar os resultados da saúde das crianças.

III – Material e Métodos

III.1 – Tipo de estudo

Este estudo de investigação, é um tipo de estudo Descritivo e Correlacional, de abordagem quantitativa, onde será possível, transpor em números e opiniões toda a informação recolhida, de forma a ser analisada posteriormente, descrevendo as conclusões dos fenómenos sobre o qual recaem as observações ⁽²⁹⁾.

III.2 – População, Amostra e Técnica de amostragem

Tendo em conta os dados dos últimos 3 meses, recorreram a consultas de vigilância realizadas de crianças na faixa etária em estudo: 150 pais das crianças. A amostra deste estudo é constituída por 33,3% da população, n= 50 pais que recorrem à consulta de vigilância de saúde infantil de uma USF de Lisboa.

Como critérios de inclusão: serão incluídos nos estudos os pais de crianças com idade compreendida entre os 2 e os 4 anos de vida.

Como critérios de exclusão: serão excluídos no estudo os pais que não compareçam à consulta de vigilância de vigilância durante o período de implementação do estudo e que não apresentem o domínio do português ou inglês. O contexto da implementação do estudo decorrerá na unidade de saúde onde os pais recorrerão às consultas de vigilância com as crianças.

Modalidade de recrutamento: a seleção dos participantes é identificada pela equipa de saúde da USF onde o estudo irá decorrer, com base nas consultas de vigilância de saúde infantil marcadas. O enfermeiro de família fara a mediação entre os inquiridos e a investigadora. A técnica de amostragem foi intencional.

III.3 – Hipóteses

Como resposta ao problema de pesquisa, foram definidas as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 – não existe associação entre as variáveis demográficas dos pais com a escala LPQ
- Hipótese 2 - não existe associação entre o conhecimento e o comportamento dos pais com a escala LPQ
- Hipótese 3 – os pais que ouviram falar sobre quedas apresentam médias mais elevadas de literacia quando comparados com os que não ouviram

III.4 – Variáveis

Como variáveis do estudo foram de definidas as seguintes:

- Variável Dependente –literacia prevenção de quedas
- Variável Independente – Pais de crianças dos 2 aos 4 anos de idade
- Variável atributo – cultura, conhecimentos, variáveis sociodemográficas

O estudo assenta na análise de variáveis socio demográficas (idade, nacionalidade, habilitações literárias, tipo de família, agregado familiar), variáveis relacionadas com comportamentos dos pais face à prevenção das quedas (frequência, tipo e local de ocorrência de quedas), variáveis relacionadas com o conhecimento das quedas (importância do tema, local de vigilância de saúde, obtenção de informação) e variáveis relacionadas com a literacia dos pais (mudanças de comportamentos e ações de prevenção face às quedas).

III.5 – Instrumento de Recolha de dados

O questionário foi elaborado pela investigadora com recurso à melhor evidência científica e guidelines existentes. A testagem do questionário foi realizada utilizando para tal um painel de peritos: o orientador e outra docente da ESSCVP que analisaram as questões formuladas e que deram sugestões de melhoria que foram consideradas pela investigadora. É de salientar que os peritos possuem uma elevada experiência que todos têm na área da investigação e elaboração de instrumentos de recolha de dados.

A escolha para o presente estudo foi o questionário construído com questões fechadas e de escalas de Likert a ser fornecido aos participantes no estudo, por via presencial.

O questionário é constituído por 4 partes: na 1ª parte pretende-se caracterizar a amostra em estudo; na 2ª parte tem o propósito de descrever os comportamentos dos pais face à prevenção de quedas infantis, na 3ª parte averiguar quais os conhecimentos sobre o tema e numa 4ª parte avaliar a literacia dos pais face à prevenção de quedas infantis. No total são 16 questões. O tempo previsto de preenchimento foi de aproximadamente 8 minutos. (Apêndice 1)

Para esta recolha foi feito um primeiro contacto com a família onde foi apresentado o objetivo do estudo, pedido o seu consentimento e posteriormente aplicado um questionário, previamente autorizado pela CES da ULSASI (Anexo 1).

III.6 – Tratamento e análise dos dados

De forma a fazer uma análise sistemática de toda a informação disponível deste estudo, será feita uma análise quantitativa dos mesmos.

Estes dados serão codificados e posteriormente tratados estatisticamente recorrendo ao programa *estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, e serão organizados de modo a obter informações que me permitam responder a diferentes indicadores pretendidos para o estudo.

A informação recolhida será guardada pela investigadora que aplica o estudo, por um período de cinco anos após o término do estudo de investigação, numa gaveta fechada à chave no gabinete de enfermagem. Após o término do trabalho os instrumentos de dados serão destruídos na presença do responsável de equipa.

III.7 – Implicações éticas

O estudo a desenvolver seguirá os preceitos emanados no código deontológico do enfermeiro que refere no artigo 97º que os cuidados de enfermagem são realizados tendo por base os “adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade e pela saúde da população”^(30 P.3)

De modo a cumprir e respeitar os procedimentos éticos e normas legais, este estudo teve o parecer favorável da Vogal da Direção de enfermagem, coordenação da USF e

Direção executiva do ACES (Apêndice B,C e D) , bem como da CES da ULSASI (Anexo 1).

O projeto não terá custos envolvidos durante a sua operacionalização, tendo em conta a declaração de Helsínquia, atualizada em 2013, todas as intervenções contemplarão a salvaguarda do direito à informação, autonomia e participação do próprio e seus familiares⁽³¹⁾. Desta forma, enquanto investigadora principal assumo e declaro a minha posição relativamente à propriedade de dados. Será pedido consentimento informado, livre e esclarecido, aos participantes individualmente. Serão respeitados os princípios éticos de investigação da Beneficência, Avaliação da maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade⁽³²⁾.

Está previsto que não ocorram danos e riscos prováveis da investigação nos participantes, quer físicos, emocionais ou psicológicos. A forma como é feita esta recolha de dados, não omitir juízos de valor das respostas obtidas, manter a confidencialidade, não induzir as respostas dos participantes para não conduzir a determinada resposta, dando tempo para a elaboração da mesma, ser verdadeira e justa no tratamento de dados.

No que diz respeito à proteção de dados, esta respeitará os princípios da privacidade e confidencialidade dos participantes, com base na proteção de dados em vigor, protegendo todas as informações pessoais recolhidas e usadas para este estudo. Desta forma os dados do estudo, ficam guardados em gaveta fechada com chave em gabinete de enfermagem de responsável de equipa, onde apenas a investigadora terá acesso. Todos os documentos utilizados neste estudo, relacionados com os dados recolhidos, serão destruídos ao fim dois anos, tempo previsto esse que coincide com a provável publicação do estudo. Toda a informação recolhida será destruída na presença da responsável de equipa.

IV- Apresentação dos resultados

IV.1 – Caracterização sociodemográfica

A amostra do presente estudo é constituída por 50 participantes que foram observados nas várias variáveis do instrumento de recolha de dados.

Vamos proceder à análise das variáveis de caracterização do questionário.

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequências e percentagens da variável "género" em uma amostra composta por 50 participantes. De acordo com os dados, observa-se que 3 participantes se identificam como do género masculino, representando 6% da amostra total, enquanto 47 participantes se identificam como do género feminino, correspondendo a 94% da amostra. Assim, a distribuição evidencia uma clara predominância de participantes do género feminino.

Tabela 1 - Frequências e percentagens do variável género

GÉNERO	Nº	%
Masculino	3	6.00
Feminino	47	94.00
Total	50	100.00

A Tabela 2 apresenta as médias e os valores de dispersão relativos à variável "idade dos participantes," medida em anos. De acordo com os dados fornecidos, a idade mínima observada entre os participantes é de 23 anos, enquanto a idade máxima é de 42 anos. A média das idades é de 34,58 anos, com um desvio padrão de 5,52 anos. A faixa de idade, determinada pela diferença entre o valor mínimo (23 anos) e o valor máximo (42 anos), é de 19 anos. Isso indica que a amostra inclui indivíduos de uma ampla faixa etária, variando de jovens adultos até pessoas na faixa de 40 anos.

Tabela 2 - Médias e valores de dispersão da idade dos participantes

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade (em anos)	23	42	34.58	5.52

A Tabela 3 apresenta as frequências e percentagens das variáveis "grau de parentesco," "nacionalidade," e "habilitações literárias" dos participantes do estudo.

Em relação ao grau de parentesco, observa-se que a grande maioria dos participantes, é composta por mães, representando 94% da amostra, enquanto os pais constituem apenas 6%. Isso sugere que a maioria dos cuidadores ou responsáveis que participaram do estudo são do sexo feminino, evidenciando uma predominância significativa de mães na amostra.

No que diz respeito à nacionalidade, a tabela revela uma diversidade de origens entre os participantes. A maior parte deles é de nacionalidade portuguesa, representando 64% da amostra. Outras nacionalidades estão presentes em menores proporções: angolana e cabo-verdiana, cada uma com 8% dos participantes; guineense, com 10%; brasileira, com 6%; e ucraniana, com 4%. Apesar dessa diversidade, é evidente a predominância de participantes portugueses.

Tabela 3 - Frequências e percentagens das variáveis grau de parentesco, nacionalidade e habilitações literárias

Variáveis	Nº	%
Grau de parentesco		
Mãe	47	94.00
Pai	3	6.00
Nacionalidade		
Angolana	4	8.00
Brasileira	3	6.00
Cabo Verdiana	4	8.00
Guineense	5	10.00
Portuguesa	32	64.00
Ucraniana	2	4.00
Habilitações literárias		
Ensino básico	13	26.00
Ensino secundário	28	56.00
Ensino superior	9	18.00

Quanto às habilitações literárias, a maioria dos participantes possui ensino secundário, o que corresponde a 56% da amostra. Aqueles com ensino básico representam 26%, enquanto os participantes com ensino superior constituem 18% da amostra. Esses dados indicam que a amostra é maioritariamente composta por indivíduos com níveis

de escolaridade intermediários, embora haja uma representação menor de participantes com ensino superior.

A Tabela 4 apresenta as frequências e percentagens relativas à variável "tipo de habitação em que vive" entre os participantes do estudo, com um total de 50 indivíduos. De acordo com os dados, a maioria dos participantes vive em apartamentos, representando 82% da amostra, o que corresponde a 41 pessoas. As moradias são o segundo tipo de habitação mais comum, com 6 participantes, ou 12% da amostra. Apenas 4% dos participantes, ou 2 pessoas, vivem em anexos, enquanto 2% dos participantes, ou 1 pessoa, reside num quarto. Essa distribuição evidencia uma forte predominância de apartamentos como tipo de habitação entre os participantes, sugerindo que a amostra é composta principalmente por indivíduos que vivem em ambientes urbanos ou em áreas onde os apartamentos são a forma de habitação mais acessível ou comum. A presença de moradias, embora em menor proporção, indica que uma parte da amostra vive em casas independentes, possivelmente em áreas suburbanas ou rurais. Os tipos de habitação menos comuns, como anexos e quartos, representam uma minoria na amostra, sugerindo que poucos participantes vivem em condições de habitação mais precárias ou temporárias.

Tabela 4 - Frequências e percentagens do variável tipo de habitação

Tipo de habitação em que vive	Nº	%
Anexo	2	4.00
Apartamento	41	82.00
Moradia	6	12.00
Quarto	1	2.00
Total	50	100.00

A Tabela 5 apresenta as frequências e percentagens relacionadas às variáveis de caracterização da família entre os participantes do estudo. Essas variáveis incluem o tipo de família, o número de pessoas no agregado familiar e o número de crianças de 2 a 4 anos presentes no agregado. Analisando as variáveis temos:

1. Tipo de família: A maioria dos participantes pertence a famílias nucleares, que representam 52% da amostra, totalizando 26 famílias. Em seguida, as famílias monoparentais constituem 18% da amostra (9 famílias), enquanto as famílias informais somam 16% (8 famílias). As famílias alargadas representam 10% da amostra (5 famílias) e, por fim, as famílias reconstituídas são as menos comuns, correspondendo

a 4% (2 famílias). Esse perfil indica uma predominância de famílias nucleares, caracterizadas por serem compostas por pais e filhos, refletindo um modelo familiar mais tradicional. A presença de famílias monoparentais e informais também é significativa, sugerindo diversidade nas estruturas familiares dos participantes.

2. Número do agregado familiar: A maior parte dos agregados familiares é composta por quatro elementos, representando 40% da amostra (20 famílias). As famílias com três elementos constituem 22% (11 famílias), enquanto aquelas com cinco elementos representam 24% (12 famílias). Famílias com seis elementos correspondem a 6% da amostra (3 famílias), e aquelas com dois ou sete elementos são as menos frequentes, cada uma representando 4% (2 famílias). A distribuição mostra uma tendência para agregados familiares de tamanho médio, com a maioria das famílias tendo entre três e cinco membros.

3. Número de crianças dos 2 aos 4 anos: A vasta maioria das famílias (90%) tem uma criança na faixa etária de 2 a 4 anos, o que corresponde a 45 famílias. Apenas 10% das famílias têm duas crianças nessa faixa etária, representando 5 famílias. Esses dados indicam que a maioria das famílias na amostra possui uma única criança pequena, o que pode ter implicações para a dinâmica familiar, os recursos necessários e a atenção dedicada à criança.

Tabela 5 - Frequências e percentagens das variáveis de caracterização da família

Variáveis	Nº	%
Tipo de família		
Alargada	5	10.00
Informal	8	16.00
Monoparental	9	18.00
Nuclear	26	52.00
Reconstituída	2	4.00
Nº do agregado familiar		
Dois elementos	2	2.00
Três elementos	11	22.00
Quatro elementos	20	40.00
Cinco elementos	12	24.00
Seis elementos	3	6.00
Sete elementos	2	4.00
Nº de crianças dos 2 aos 4 anos		
Uma criança	45	90.00
Duas crianças	5	10.00

A Tabela 6 apresenta as frequências e percentagens relacionadas às idades das crianças, divididas entre o 1º e o 2º filho das famílias participantes do estudo. Entre as famílias participantes, a distribuição das idades do 1º filho é relativamente equilibrada. A maior parte dos 1º filhos tem quatro anos, representando 32% da amostra (16 crianças). Crianças de três anos constituem 30% da amostra (15 crianças), enquanto aquelas com dois anos representam 28% (19 crianças). Essa distribuição indica uma leve predominância de crianças mais velhas (quatro anos), mas, no geral, as idades são bem distribuídas entre dois, três e quatro anos, sugerindo uma faixa etária bastante homogênea entre os primeiros filhos das famílias.

Para o 2º filho, a tabela revela que todas as crianças (5 no total) têm quatro anos, correspondendo a 100% dos casos reportados. Isso sugere que, na amostra estudada, os 2º filhos nas famílias são exclusivamente crianças de quatro anos, o que pode indicar uma coincidência ou um padrão específico nas famílias com mais de um filho. A análise conjunta dos dados revela que, enquanto há uma distribuição variada de idades para os 1º filhos, a idade do 2º filho é uniformemente de quatro anos em todas as famílias que possuem mais de uma criança. Este padrão pode ser relevante para entender a dinâmica familiar, o planejamento familiar, ou as circunstâncias específicas que levaram à proximidade etária entre os irmãos nas famílias estudadas.

Tabela 6 - Frequências e percentagens das variáveis das idades das crianças

Variáveis	Nº	%
Idade do 1º filho		
Dois anos	19	28.00
Três anos	15	30.00
Quatro anos	16	32.00
Idade do 2º filho		
Quatro anos	5	100.00

A Tabela 7 apresenta as frequências e percentagens relacionadas à variável "problemas de saúde das crianças," conforme relatado pelos pais ou responsáveis. De acordo com os dados, a grande maioria das crianças, 49 em um total de 50, não tem problemas de saúde, o que corresponde a 98% da amostra. Apenas 1 criança, representando 2% da amostra, foi reportada como tendo problemas de saúde. Esses resultados indicam que

a prevalência de problemas de saúde entre as crianças na amostra estudada é extremamente baixa. A esmagadora maioria das crianças parece estar em boas condições de saúde, com apenas um caso de problema de saúde reportado. Essa baixa incidência de problemas de saúde sugere que a amostra é composta predominantemente por crianças saudáveis, o que pode ser um fator relevante para a interpretação dos resultados do estudo. Em contextos onde a saúde das crianças é uma variável importante, este dado pode influenciar as conclusões, pois a amostra pode não representar adequadamente populações onde problemas de saúde são mais comuns. Por outro lado, a presença de apenas uma criança com problemas de saúde pode limitar a capacidade de explorar ou generalizar conclusões sobre os impactos desses problemas dentro do grupo estudado. Caso o estudo esteja interessado em examinar a relação entre problemas de saúde e outros fatores, a baixa prevalência observada pode requerer uma abordagem diferente, talvez com uma amostra maior ou mais diversificada para captar uma variação maior nesse aspeto.

Tabela 7 - Frequências e percentagens da variável problemas de saúde das crianças

O seu filho tem problemas de saúde?	Nº	%
Não	49	98.00
Sim	1	2.00
Total	50	100.00

A Tabela 8 apresenta as frequências e percentagens relacionadas a duas variáveis em análise: se a criança frequenta o infantário e, para aquelas que não frequentam, com quem ficam durante o dia.

De acordo com os dados, 70% das crianças (35 no total) frequentam o infantário, enquanto 30% (15 crianças) não frequentam. Esse resultado indica que a maioria das crianças na amostra está inserida em um ambiente de educação infantil formal, o que pode refletir a importância dada à educação precoce pelos responsáveis ou a necessidade de supervisão infantil fora de casa.

Entre as 15 crianças que não frequentam o infantário, a maioria fica aos cuidados da mãe, representando 73,33% (11 crianças). Os avós são responsáveis por cuidar de 13,33% dessas crianças (2 no total), enquanto uma criança (6,67%) fica com uma ama, e outra (6,67%) fica aos cuidados do pai.

Os dados sugerem que, quando as crianças não frequentam o infantário, o cuidado é maioritariamente assumido pela mãe, evidenciando o papel central das mães no cuidado direto dos filhos em situações onde a criança não está inserida em um ambiente de educação formal. A presença dos avós como cuidadores também é significativa, o que pode refletir um suporte familiar estendido. A ama e o pai desempenham papéis menores como cuidadores alternativos.

Tabela 8 - Frequência e percentagens das variáveis em análise

Variáveis	Nº	%
Frequenta o infantário?		
Não	15	30.00
Sim	35	70.00
Em caso negativo, com quem ficam?		
Ama	1	6.67
Avos	2	13.33
Mãe	11	73.33
Pai	1	6.67

A Tabela 9 apresenta as frequências e percentagens relacionadas a várias características do desenvolvimento das crianças participantes, com foco em habilidades motoras e de comunicação. Assim, temos a considerar as seguintes dimensões:

- Habilidade de Falar:** A maioria das crianças, 69% (48 crianças), já fala. No entanto, 4% da amostra (2 crianças) não responderam a essa pergunta, o que pode indicar que essa informação não foi coletada ou que as crianças ainda não falam. Esses dados sugerem que a maioria das crianças na amostra já desenvolveu a capacidade de falar, o que é um marco importante no desenvolvimento infantil.
- Habilidade de Andar:** Todas as crianças na amostra, 100% (50 crianças), já andam. Este dado é esperado, uma vez que a capacidade de andar é um marco de desenvolvimento que geralmente é atingido entre 12 e 18 meses de idade, e a amostra aparentemente inclui crianças que estão além dessa faixa etária.
- Habilidade de Correr:** Assim como a habilidade de andar, todas as crianças (100%) também conseguem correr, o que é consistente com o desenvolvimento esperado em crianças que já andam e são fisicamente ativas.

- 4. Habilidade de Subir e Descer Escadas sem Ajuda:** A maioria das crianças, 88% (44 crianças), consegue subir e descer escadas sem ajuda, o que indica um desenvolvimento motor avançado e confiança em suas habilidades físicas. Contudo, 12% (6 crianças) não responderam a essa questão, o que pode refletir uma falta de dados ou dificuldade em realizar essa tarefa.
- 5. Equilíbrio em Pé:** Quase todas as crianças (98%, ou 49 crianças) têm equilíbrio em pé, um marco importante no desenvolvimento motor. Apenas 2% (1 criança) não respondeu a essa questão, o que, novamente, pode sugerir ausência de dados ou alguma dificuldade.

Os dados da Tabela 9 indicam que a maioria das crianças na amostra tem desenvolvido bem suas habilidades motoras e de comunicação, com todas elas conseguindo andar e correr, e a maioria sendo capaz de subir e descer escadas sozinha e manter o equilíbrio em pé.

Tabela 9 - Frequências e percentagens das variáveis de caracterização do desenvolvimento

Características do desenvolvimento	Nº	%
Fala:		
Sim	48	69.00
Não responde	2	4.00
Anda:		
Sim	50	100.00
Corre:		
Sim	50	100.00
Sobe e desce escadas, sem ajuda:		
Sim	44	88.00
Não responde	6	12.00
Tem equilíbrio de pé:		
Sim	49	98.00
Não responde	1	2.00

IV.2 – Comportamentos dos pais face às quedas na criança

Em relação aos comportamentos dos pais face à prevenção de quedas na criança, e de forma a avaliar esta dimensão, optámos por elaborar um questionário específico que

contém questões que pretendem determinar se existem ou não quedas das crianças, e em caso afirmativo quais são os comportamentos dos pais face a essa situação. Assim nas próximas tabelas vamos proceder à análise de dados.

A Tabela 10 apresenta as frequências e percentagens relacionadas aos comportamentos e experiências das crianças em relação à prevenção de quedas. Os dados recolhidos abordam tanto a ocorrência de quedas quanto os locais onde as quedas ocorreram, além da frequência com que essas quedas acontecem.

Assim temos, a seguinte análise:

Ocorrência de Quedas: A maioria das crianças, 69% (48 crianças), sofreu alguma queda, enquanto 4% (2 crianças) não sofreram quedas. Esse dado sugere que as quedas são uma experiência comum entre as crianças da amostra, o que é esperado considerando que quedas são um dos acidentes mais frequentes na infância, especialmente em crianças pequenas que estão desenvolvendo as suas capacidades motoras:

Quedas em Casa: Entre as crianças que sofreram quedas, 46% (23 crianças) caíram em casa. No entanto, 54% (27 pais) não responderam a essa pergunta;

Quedas em Espaços Abertos: 52% das crianças (26 crianças) sofreram quedas em espaços abertos, enquanto 48% (24 pais) não responderam;

Quedas na Escola: Somente 20% das crianças (10 crianças) caíram na escola, enquanto a grande maioria, 80% (40 crianças), não respondeu a essa pergunta. Essa alta taxa de respostas ausentes pode indicar que as quedas na escola são menos frequentes.

Frequência das Quedas: A frequência das quedas varia entre as crianças. Apenas 4% (2 crianças) nunca sofreram quedas, enquanto 36% (18 crianças) caem raramente. 42% (21 crianças) caem ocasionalmente, 16% (8 crianças) frequentemente, e 2% (1 criança) muito frequentemente. Esses dados indicam que, embora as quedas sejam comuns, a frequência com que ocorrem varia consideravelmente, com a maioria das crianças caindo ocasionalmente a raramente.

Os dados sugerem que quedas são uma ocorrência comum entre as crianças da amostra, com uma variação na frequência e nos locais onde as quedas acontecem.

Tabela 10 - Frequências e percentagens das variáveis de caracterização dos comportamentos face à prevenção das quedas da criança

Variáveis avaliadas	Nº	%
A criança sofreu queda?		
Sim	48	69.00
Não	2	4.00
Caiu em casa		
Sim	23	46.00
Não responde	27	54.00
Caiu em espaços abertos		
Sim	26	52.00
Não responde	24	48.00
Caiu na escola		
Sim	10	20.00
Não responde	40	80.00
Frequência das quedas		
Nunca	2	4.00
Raramente	18	36.00
Ocasionalmente	21	42.00
Frequentemente	8	16.00
Muito frequentemente	1	2.00

A Tabela 11 apresenta as frequências e percentagens relativas aos comportamentos das crianças e das práticas parentais relacionadas à prevenção de quedas, bem como as condições de segurança durante o sono. Pela análise da tabela 11, temos:

Riscos de Quedas: Os dados mostram que a maioria dos riscos de quedas ocorre quando as crianças correm ou andam, com 66% (33 crianças) dos casos sendo reportados nessa situação. Brincar também é uma atividade associada a riscos, representando 16% (8 crianças) dos casos. Menores percentagens foram atribuídas a situações em que as crianças estão andando de triciclo ou bicicleta (10%, 5 crianças) e quando não conhecem o espaço e são curiosas (8%, 4 crianças). Esses dados sugerem que as atividades de locomoção, como andar e correr, são os momentos de maior risco de quedas para as crianças, o que pode estar relacionado à sua exploração e desenvolvimento motor;

Supervisão durante as Brincadeiras: A maioria das crianças brinca acompanhada (56%, 28 crianças), o que indica uma supervisão ativa por parte dos pais ou cuidadores. No entanto, 38% das crianças (19 crianças) brincam sozinhas, mas com supervisão,

sugerindo que os cuidadores mantêm uma vigilância à distância. Apenas 4% (2 crianças) brincam sozinhas sem supervisão, e 2% (1 criança) dos casos não responderam a essa pergunta. Estes dados indicam que a maioria dos cuidadores está atenta ao comportamento das crianças durante as brincadeiras, com um número relativamente pequeno de crianças brincando sem supervisão.

Condições de Sono: Em relação às condições de sono, 46% das crianças (23 crianças) dormem em cama com proteção, o que é uma prática comum para prevenir quedas durante o sono. 20% (10 crianças) dormem em berços com grades, também oferecendo segurança adicional. No entanto, 28% das crianças (14 crianças) dormem na cama dos pais, o que pode refletir preferências culturais ou de conforto, mas que pode ter implicações para a segurança se as condições não forem adequadas. Apenas 6% das crianças (3 crianças) dormem em cama sem proteção, o que representa um risco maior de quedas.

Tabela 11 - Frequências e percentagens das variáveis de caracterização dos comportamentos face à prevenção das quedas da criança

Variáveis avaliadas	Nº	%
Em que altura existem maiores riscos de quedas?		
Quando brincam	8	16.00
Quando correm/andam	33	66.00
Quando andam de triciclo/bicicleta	5	10.00
Quando não conhecem o espaço e são curiosos	4	8.00
Costuma brincar com as crianças?		
Acompanhado	28	56.00
Sozinho com supervisão	19	38.00
Sozinho sem supervisão	2	4.00
Não responde	1	2.00
Onde dorme a criança		
Berço com grades	10	20.00
Cama com proteção	23	46.00
Cama dos pais	14	28.00
Cama sem proteção	3	6.00

IV.3 – Conhecimentos dos pais sobre o tema

Adicionalmente (para além dos comportamentos dos pais) fomos avaliar os seus conhecimentos sobre o tema pelo que elaborámos ara avaliar esta dimensão, optámos por elaborar um questionário específico que contém questões que pretendem avaliar conhecimentos dos pais sobre as quedas. As tabelas que se seguem pretendem realizar essa avaliação.

A Tabela 12 apresenta as frequências e percentagens relativas ao conhecimento dos pais sobre os fatores de queda das crianças e sua prevenção, assim como as fontes de informação sobre o tema.

A maioria dos pais reconhece a importância da prevenção de quedas, com 62% (31 pais) afirmando que concordam que a prevenção é importante, enquanto 2% (1 pai) concorda bastante. No entanto, 34% (17 pais) concordam pouco, e 2% (1 pai) discorda da importância da prevenção. Esses dados sugerem que, embora a maioria dos pais entenda a relevância da prevenção de quedas, uma parte significativa tem um entendimento mais fraco sobre sua importância, o que pode indicar a necessidade de maior conscientização e educação sobre os riscos associados a quedas na infância.

Quase todos os pais (96%, ou 48 pais) fazem as consultas de vigilância de seus filhos em Unidades de Saúde Familiar (USF). Apenas 2% (1 pai) utiliza serviços hospitalares e outros 2% (1 pai) recorrem a serviços privados. Isso sugere que a maioria dos pais tem acesso a cuidados de saúde primários através das USFs, o que pode facilitar a disseminação de informações sobre a prevenção de quedas, dado o contato regular com profissionais de saúde. Quando perguntados se já ouviram falar sobre a prevenção de quedas e como atuar, 56% (28 pais) responderam que não, enquanto 44% (22 pais) afirmaram que sim. Este dado revela uma divisão significativa, com mais da metade dos pais não tendo recebido informações sobre a prevenção de quedas, o que representa uma lacuna importante no conhecimento que pode influenciar diretamente a segurança das crianças.

Entre os pais que já ouviram falar sobre prevenção de quedas, a maioria obteve essa informação através de enfermeiros (47,62%, ou 10 pais). Outras fontes incluem a internet (28,57%, ou 6 pais), médicos (9,52%, ou 2 pais), amigos (4,76%, ou 1 pai), e outras fontes (9,52%, ou 2 pais). Esses dados destacam o papel central dos enfermeiros

na educação dos pais sobre prevenção de quedas, mas também mostram que a internet é uma fonte significativa de informação, o que pode variar em termos de qualidade e confiabilidade.

Tabela 12 - Frequências e percentagens das variáveis de conhecimentos dos pais dos fatores de queda das crianças

Variáveis avaliadas	Nº	%
A prevenção das quedas é importante		
Discordo	1	2.00
Concordo pouco	17	34.00
Concordo	31	62.00
Concordo bastante	1	2.00
Onde faz as consultas de vigilância do seu filho		
Hospital	1	2.00
Privado	1	2.00
USF	48	96.00
Já ouviu falar sobre a prevenção de quedas e como atuar?		
Não	28	56.00
Sim	22	44.00
Por quem?		
Amigos	1	4.76
Enfermeiros	10	47.62
Internet	6	28.57
Médicos	2	9.52
Outros	2	9.52

A Tabela 13 apresenta as frequências e percentagens relativas à importância dos conhecimentos dos pais sobre a prevenção de quedas e as práticas adotadas nesse contexto. Os dados abordam a posse de informações sobre o tema, as fontes dessas informações, a percepção sobre o momento apropriado para abordar o tema, e a frequência com que medidas preventivas são adotadas.

Informação sobre o Tema: Entre os pais participantes, 56% (28 pais) afirmaram ter informações sobre a prevenção de quedas, enquanto 44% (22 pais) disseram não ter essa informação. Esses dados indicam que pouco mais da metade dos pais se sente informado sobre o tema, sugerindo que ainda há um número significativo de pais que podem não estar suficientemente preparados para prevenir quedas em crianças.

Fontes de Informação sobre Quedas: As fontes de informação sobre quedas são diversas. Enfermeiros e a internet são as fontes mais comuns, cada uma representando 26,5% (22 pais). Seguem-se amigos (13,25%, 11 pais), outros meios (14,46%, 12 pais), médicos (10,84%, 9 pais), e em menor escala, o boletim individual de saúde (3,61%, 3 pais), jornais (2,41%, 2 pais) e TV (2,41%, 2 pais). Esses dados indicam que, enquanto os profissionais de saúde são fontes importantes de informação, a internet também desempenha um papel significativo. No entanto, a diversidade de fontes pode refletir uma variação na qualidade e precisão das informações que os pais estão recebendo.

Importância de Abordar o Tema na Gravidez: A grande maioria dos pais, 94% (47 pais), acredita que a prevenção de quedas deve ser abordada durante a gravidez. Apenas 6% (3 pais) discordam. Esse consenso sugere que os pais reconhecem a importância de ser informados sobre a prevenção de quedas desde as fases iniciais da parentalidade, o que pode ajudar na adoção de práticas preventivas desde cedo.

Locais Sugeridos para Abordar o Tema: Entre os que acreditam na importância de abordar o tema durante a gravidez, 52% (26 pais) sugerem que isso deve ser feito durante as consultas de vigilância, enquanto 36% (18 pais) mencionam cursos de preparação para a parentalidade. Sessões de formação em grupo foram sugeridas por 6% (3 pais), e outros 6% (3 pais) não souberam responder. Esses dados indicam que as consultas de vigilância e os cursos de preparação para a parentalidade são vistos como momentos ideais para a educação sobre a prevenção de quedas, provavelmente devido ao contato direto com profissionais de saúde e ao foco educativo desses momentos.

Adoção de Medidas Preventivas: No que diz respeito à adoção de medidas preventivas, 42% dos pais (21 pais) afirmaram adotar essas medidas muito frequentemente, e 40% (20 pais) disseram adotar frequentemente. Um menor número de pais adota medidas preventivas ocasionalmente (10%, 5 pais), raramente (6%, 3 pais), ou nunca (2%, 1 pai). Esses dados são encorajadores, pois indicam que a maioria dos pais está atenta à prevenção de quedas e adota medidas regularmente, embora ainda haja uma pequena parte que adota medidas preventivas com menos frequência.

Tabela 13 - Frequências e percentagens da importância dos conhecimentos dos pais

Variáveis avaliadas	Nº	%
Tem informação sobre o tema		
Não	22	44.00
Sim	28	56.00
Onde obtêm informação sobre quedas		
Enfermeiro	22	26.50
Medico	9	10.84
Boletim individual de saúde	3	3.61
Amigos	11	13.25
Jornais	2	2.41
TV	2	2.41
Internet	22	26.50
Outros	12	14.46
Este tema deve ser abordado na gravidez?		
Sim	47	94.00
Não	3	6.00
Onde?		
Consultas de vigilância	26	52.00
Curso preparação parentalidade	18	36.00
Sessões formação grupo	3	6.00
Não sabe	3	6.00
Adota medidas preventivas?		
Nunca	1	2.00
Raramente	3	6.00
Ocasionalmente	5	10.00
Frequentemente	20	40.00
Muito frequentemente	21	42.00

IV.4 – Literacia dos pais face às quedas infantis

Finalmente procedemos à avaliação da literacia dos pais face às quedas infantis (em complemento dos comportamentos e dos conhecimentos dos pais) através de 2 questões respondidas numa escala tipo Likert. De seguida vamos proceder à validação

de um inventário sobre a prevenção das quedas em crianças dos 2 aos 4 anos, elaborado por nós através da revisão da literatura.

A Tabela 14 apresenta as frequências e percentagens relativas à literacia dos pais sobre quedas infantis, bem como as mudanças de comportamento decorrentes desse conhecimento. Os dados mostram que a maioria dos pais considera seu conhecimento sobre quedas infantis como adequado, com 48% (24 pais) classificando-o como suficiente. Além disso, 28% (14 pais) consideram o seu conhecimento como bom e 16% (8 pais) o avaliam como muito bom. Apenas 8% (4 pais) consideram o conhecimento insuficiente, e nenhum pai avaliou seu conhecimento como muito insuficiente. Esses resultados, sugerem que a maioria dos pais sente que possui um bom entendimento sobre a prevenção de quedas, o que é um sinal positivo em termos de literacia sobre segurança infantil.

Tabela 14 - Frequências e percentagens das variáveis literacia dos pais

Variáveis avaliadas	Nº	%
O seu conhecimento sobre as quedas infantis é		
Muito insuficiente	0	0.00
Insuficiente	4	8.00
Suficiente	24	48.00
Bom	14	28.00
Muito bom	8	16.00
Mudou o seu comportamento?		
Nunca	7	14.00
Raramente	6	12.00
Ocasionalmente	9	18.00
Frequentemente	23	46.00
Muito frequentemente	5	10.00

No que diz respeito à mudança de comportamento em resposta ao conhecimento adquirido, 46% dos pais (23 pais) afirmam que frequentemente mudaram seu comportamento para prevenir quedas, enquanto 10% (5 pais) indicam que mudaram muito frequentemente. No entanto, 18% (9 pais) mudaram ocasionalmente, 12% (6 pais) raramente, e 14% (7 pais) nunca mudaram seu comportamento.

Os dados sugerem que, embora uma boa parte dos pais tenha alterado seus comportamentos de forma regular, há ainda uma parcela significativa que mudou

raramente ou nunca, o que pode indicar uma resistência à mudança ou subestimação dos riscos de quedas.

IV.4.1 – Validação do Inventário sobre a prevenção das quedas em crianças dos 2 aos 4 anos, para a população portuguesa

Tal como referimos, a variável dependente (literacia de prevenção de quedas) foi operacionalizada por um inventário por nós construído; importa, então, saber se os valores psicométricos adequados para aferir da sua validação para a amostra, assegurando a elaboração de valores standardizados cuja dimensão amostral permite caso se verifiquem qualidades psicométricas robustas. O inventário de literacia dos pais de prevenção de quedas (LPQ), foi elaborado por nós a partir da literatura. Para validar o inventário para a população portuguesa, foi efetuada a análise fatorial exploratória ao inventário LPQ.

Foi realizada uma primeira análise fatorial exploratória cujo modelo não era explicativo e a saturação dos itens no fator era inferior a 0.10. desta forma, foram expurgados os itens que induziam erro e foi elaborada nova análise final (tabela 15), pelo método de análise de componentes principais sem rotação (por se tratar de fator único; aplicado o método de Kaiser, foi identificada uma estrutura fatorial com 1 domínio¹ (valores próprios ≥ 1.00 e saturação o item no fator $\geq .35$).

A Tabela 15 detalha uma análise fatorial exploratória do inventário LPQ, fornecendo dados importantes sobre a estrutura subjacente dos itens que compõem a escala e a consistência interna do fator identificado. A análise fatorial exploratória é um passo crucial na validação de instrumentos de medida, especialmente em contextos psicológicos e educacionais, onde a confiabilidade e a validade das escalas são fundamentais para garantir a precisão e a utilidade dos resultados obtidos.

Analisando, os vários parâmetros, temos que:

1. Adequabilidade da Amostra e Teste de Esfericidade de Bartlett

O valor KMO de 0.710 indica que a amostra é considerada adequadamente adequada para a realização de uma análise fatorial. Valores de KMO variam entre 0 e 1, e valores

acima de 0.7 são geralmente considerados bons, indicando que a correlação entre as variáveis é suficiente para justificar a análise fatorial. O teste de esfericidade de Bartlett avalia se a matriz de correlação entre os itens é significativamente diferente de uma matriz identidade (onde todas as correlações seriam zero). Um valor de χ^2 de 47.965 com 10 graus de liberdade e um p-valor de .000 indicam que as correlações entre os itens são suficientemente grandes e diferentes de zero, o que justifica a realização da análise fatorial. A significância do teste indica que as correlações entre os itens não são triviais, o que justifica a aplicação da análise fatorial. Em outras palavras, as variáveis estão suficientemente relacionadas entre si, permitindo que a análise fatorial extraia fatores significativos.

2. Cargas Fatoriais e Contribuição dos Itens ao Fator 1

Os indicadores de avaliação mostram as cargas fatoriais dos itens associados ao Fator 1. O Item 2 apresentou a maior carga fatorial, com um valor de 0.793, seguido pelo Item 3, com uma carga de 0.777, e o Item 5, com uma carga de 0.721. Esses valores indicam que esses itens têm uma forte relação com o Fator 1, sendo os principais contribuintes para este fator. O Item 7 teve uma carga fatorial de 0.580, sugerindo uma relação moderada com o fator, enquanto o Item 4 apresentou a menor carga fatorial, com um valor de 0.482, indicando que, embora ainda significativo, sua contribuição para o Fator 1 é menor em comparação com os outros itens.

3. Variância Explicada e Raiz Própria

A análise revelou que o Fator 1 possui uma raiz própria de 2.32, o que significa que ele explica uma parte substancial da variância nos dados. Especificamente, o Fator 1 explica 46.41% da variância total, o que é uma porção significativa, especialmente considerando que apenas um fator está sendo analisado. Isso sugere que o Fator 1 captura quase metade da variação nas respostas, tornando-o um componente importante do inventário LPQ.

4. Consistência Interna: Alfa de Cronbach

Finalmente, o alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a consistência interna dos itens que compõem o Fator 1, resultando em um valor de 0.70. Esse valor indica uma consistência interna aceitável, sugerindo que os itens do Fator 1 estão suficientemente correlacionados entre si para formar uma escala confiável.

Tabela 15 - Análise fatorial do Inventário LPQ

Medida KMO	
adequabilidade da amostra	.710
Teste de esfericidade de Bartlett	47.965;gl=10; p=.000
Indicadores de avaliação	Fator 1
Item 2	.793
Item 3	.777
Item 5	.721
Item 7	.580
Item 4	.482
Raiz Própria	2.32
Variância Explicada (%)	46.41
Alfa (α) de Cronbach	0.70

De seguida submetemos o inventário LPQ a análise fatorial confirmatória que tem a vantagem de testar o modelo identificado revelando se é robusto ou não. Desta forma, submetemos a solução identificada acima para conhecer os valores de robustez.

A Tabela 16 apresenta as medidas de ajustamento do modelo utilizado na Análise Fatorial Confirmatória (AFC), oferecendo uma visão detalhada sobre a qualidade do ajuste entre o modelo teórico proposto e os dados observados. Essas medidas são fundamentais para avaliar se o modelo especificado é uma representação adequada das relações entre as variáveis latentes e observadas.

O primeiro resultado apresentado na tabela é o Teste ao Ajustamento Exato, onde o valor do qui-quadrado (χ^2) foi de 6.30 com 5 graus de liberdade (gl) e um p-valor de 0.278. O Teste do χ^2 é uma medida que avalia a discrepância entre o modelo teórico proposto e os dados observados. Este valor de sugere que a diferença entre o modelo e os dados é pequena, o que é indicativo de um bom ajuste. Neste caso, o valor de $\chi^2=6.30$ é relativamente baixo, e o p-valor de 0.278 é maior que o nível de significância comum (geralmente 0.05). Isso indica que não há evidência estatística para rejeitar o modelo proposto, ou seja, o modelo se ajusta bem aos dados, e a diferença observada

poderia ser atribuída ao acaso. Esse resultado sugere que o modelo teórico especificado é uma representação plausível das relações entre as variáveis.

O CFI (Índice de Ajuste Comparativo) tem um valor de 0.969. O CFI é uma das medidas de ajuste mais usadas na Análise Fatorial Confirmatória, e varia de 0 a 1, com valores próximos ou superiores a 0.90 indicando um bom ajuste do modelo. Um CFI de 0.969 sugere que o modelo proposto se ajusta muito bem aos dados, comparado a um modelo nulo, onde todas as variáveis são assumidas como não correlacionadas. Este alto valor de CFI é uma forte evidência de que o modelo teórico captura de forma eficaz as relações entre as variáveis.

O TLI (Índice de Tucker-Lewis), também conhecido como NNFI (Non-Normed Fit Index), apresenta um valor de 0.937 na tabela. Assim como o CFI, o TLI varia entre 0 e 1, e valores acima de 0.90 são geralmente interpretados como indicativos de um bom ajuste. O TLI é sensível à complexidade do modelo, penalizando modelos com mais parâmetros sem melhorar substancialmente o ajuste. Um TLI de 0.937 indica que o modelo se ajusta bem, considerando a complexidade do modelo em relação ao número de parâmetros. Este resultado, junto com o CFI, reforça a adequação do modelo.

O RMSEA (Erro Quadrático Médio de Aproximação) foi calculado como 0.072. O RMSEA é uma medida de quanto o modelo se desvia do modelo perfeito por grau de liberdade. Valores de RMSEA abaixo de 0.06 indicam um bom ajuste, enquanto valores entre 0.06 e 0.08 são considerados aceitáveis. O valor de 0.072, portanto, sugere que o modelo tem um ajuste aceitável, mas não excelente. Ainda assim, está dentro de uma faixa considerada boa, o que indica que o modelo é uma aproximação razoável dos dados observados.

Combinando todas essas medidas, a Tabela 16 sugere que o modelo proposto na Análise Fatorial Confirmatória é uma boa representação dos dados observados. O teste χ^2 não rejeita o modelo, e as medidas de ajuste (CFI, TLI, e RMSEA) estão todas dentro de faixas que indicam um bom ajuste, com o CFI e o TLI particularmente fortes. Embora o RMSEA indique um ajuste aceitável e não excelente, a combinação das outras métricas sugere que o modelo é estatisticamente robusto

Tabela 16 - Medidas de ajustamento do modelo na análise fatorial confirmatória

Testes	Valores
Teste ao ajustamento exato	$\chi^2 = 6.30; gl=5; p=.278$
CFI	.969
TLI	.937
RMSEA	.072

IV.4.2 – Estatística Descritiva do Inventário LPQ

A Tabela 17 apresenta a média, o desvio padrão, e os valores mínimos e máximos dos scores do inventário LPQ. Esses estatísticos descritivos fornecem uma visão geral sobre a distribuição dos scores do inventário LPQ na amostra estudada.

A média das pontuações do inventário LPQ é de 3.68. Um valor médio de 3.68 sugere que, em geral, os participantes tendem a se situar acima da média teórica de 3 em uma escala de 1 a 5. Isso pode indicar uma tendência dos respondentes em concordar com as afirmações do LPQ avaliando positivamente as dimensões medidas pela escala.

O desvio padrão é 0.97, o que indica a dispersão dos scores em torno da média. Um desvio padrão de 0.97 sugere que há uma variação moderada nas pontuações dos participantes. Por outras palavras, a maioria dos scores está concentrado em torno da média (3.68), mas existe uma dispersão considerável, com pontuações variando em quase um ponto para cima ou para baixo.

O valor mínimo observado no inventário LPQ é 1.40. Este valor indica o score mais baixo registrado entre os participantes. Como o inventário LPQ provavelmente varia de 1 a 5, um valor mínimo de 1.40 indica que houve pelo menos um participante que respondeu de maneira muito baixa em relação às dimensões avaliadas pela escala.

O valor máximo é de 5.00, o que significa que houve pelo menos um participante que obteve a pontuação máxima possível no inventário LPQ. Isso sugere que, para alguns indivíduos, as dimensões avaliadas pelo inventário LPQ foram totalmente favoráveis ou acordadas.

Tabela 17 - Média, desvio padrão dos valores do inventário LPQ

Variável	Média	Desvio padrão	Min	Máx
LPQ	3.68	0.97	1.40	5.00

IV.5 – Teste das Hipóteses

Para testar a hipótese 1 (não existe associação entre as variáveis demográficas dos pais com o inventário LPQ) utilizamos o teste de correlação de Spearman, que foi utilizado para avaliar a relação entre o LPQ e as variáveis socio demográficas. O teste de Spearman é uma medida de correlação não paramétrica que avalia a força e a direção da associação entre duas variáveis classificadas.

Em primeiro, observa-se que a correlação entre o gênero dos participantes e os scores do LPQ é muito fraca, com um coeficiente de correlação de 0.138. O p-valor associado a essa correlação é 0.341, indicando que a relação não é estatisticamente significativa. Isso sugere que não há evidência suficiente para afirmar que o gênero influencia os scores no inventário LPQ.

Em relação à variável parentesco, os valores são semelhantes por a relação entre parentesco e os scores da LPQ é muito fraca ou inexistente.

A correlação entre as habilitações literárias e os scores do inventário LPQ é negativa, com um coeficiente de -0.104, sugerindo uma fraca tendência de que níveis mais altos de escolaridade estejam associados a scores ligeiramente mais baixos no inventário LPQ. No entanto, essa correlação também não é significativa, como evidenciado pelo p-valor de 0.472, indicando que não há evidência suficiente para afirmar que as habilitações literárias afetam os scores no inventário LPQ.

Para o tipo de família, a correlação é praticamente nula, com um coeficiente de $r=-0.034$. O p-valor correspondente é 0.816, o que reforça a falta de significância estatística. Isso implica que o tipo de família dos participantes não tem influência perceptível sobre os scores do inventário LPQ.

A idade dos participantes também apresenta uma correlação muito fraca com os scores do inventário LPQ, com um coeficiente de -0.067. O p-valor de 0.643 mostra que essa

correlação não é estatisticamente significativa, indicando que a idade não parece ter uma influência significativa nos scores do inventário LPQ.

No que se refere à dimensão do agregado familiar, a correlação é levemente positiva, com um coeficiente de 0.151. No entanto, o p-valor de 0.297 indica que essa correlação não é significativa, sugerindo que o tamanho do agregado familiar não exerce uma influência forte ou significativa sobre os scores do inventário LPQ.

O número de crianças no agregado familiar apresenta uma correlação muito fraca e negativa com os scores do inventário LPQ, com um coeficiente de -0.056. Com um p-valor de 0.701, essa correlação também não é significativa, o que implica que o número de crianças não tem uma relação significativa com os scores do inventário LPQ.

Por fim, a idade do primeiro filho mostra uma correlação negativa moderada com os scores do inventário LPQ, com um coeficiente de -0.246. Este é o coeficiente de correlação mais forte entre as variáveis analisadas, e o p-valor associado é 0.085. Embora esse valor esteja próximo da significância, ele não atinge o nível convencional de significância (geralmente $p < 0.05$). Isso sugere que pode haver uma tendência de que a idade do primeiro filho influencie os scores do inventário LPQ, mas a evidência não é forte o suficiente para afirmar isso com confiança.

Tabela 18 - Resultado obtido do teste de Spearman entre o inventário LPQ e as variáveis socio demográficas

Variáveis socio demográficas	LPQ	
	r	p
Género	.138	.341
Parentesco	.138	.341
Habilitações literárias	-.104	.472
Tipo de família	-.034	.816
Idade	-.067	.643
Dimensão agregado familiar	.151	.297
Nº de crianças	-.056	.701
Idade do 1º filho	-.246	.085

Assim, a hipótese 1 é confirmada, uma vez que a literacia não está associada a fatores socio demográficos.

Para testar a hipótese 2 (não existe associação entre o conhecimento e o comportamento dos pais com o inventário LPQ) utilizámos o teste de correlação de Spearman, que foi utilizado para avaliar a relação entre os dois construtos. O teste de Spearman é uma medida de correlação não paramétrica que avalia a força e a direção da associação entre duas variáveis classificadas.

A Tabela 19 apresenta os resultados do teste de correlação de Spearman entre os scores do inventário LPQ e vários comportamentos e conhecimentos dos pais. Vamos interpretar esses resultados em detalhe.

A correlação entre a frequência das quedas e os scores do inventário LPQ é negativa, com um coeficiente de -0.175. Isso sugere uma fraca tendência de que, à medida que a frequência das quedas aumenta, os scores do inventário LPQ tendem a diminuir ligeiramente. No entanto, com um p-valor de 0.225, essa correlação não é estatisticamente significativa, o que implica que não há evidências suficientes para afirmar que a frequência das quedas tem um impacto significativo nos scores do inventário LPQ.

A correlação entre quedas em casa e os scores do inventário LPQ é muito fraca e negativa, com um coeficiente de -0.038. O p-valor de 0.795 indica que essa correlação é insignificante, sugerindo que a ocorrência de quedas em casa não está associada aos scores do LPQ de forma significativa.

A correlação entre quedas em espaços abertos e os scores do inventário LPQ é levemente positiva, com um coeficiente de 0.113. Esse resultado sugere uma fraca tendência de que quedas em espaços abertos possam estar associadas a scores ligeiramente mais altos no inventário LPQ. No entanto, o p-valor de 0.436 mostra que essa correlação não é estatisticamente significativa, indicando que essa relação é muito fraca ou inexistente.

Quanto à correlação entre quedas na escola e os scores do inventário LPQ é extremamente fraca e negativa, com um coeficiente de -0.026. O p-valor de 0.857 indica

que não há significância estatística nessa correlação, sugerindo que as quedas na escola não influenciam os scores do inventário LPQ.

Analisando a correlação entre a percepção dos pais sobre a importância do tema e os scores do inventário LPQ é negativa, com um coeficiente de -0.209. Isso indica uma tendência fraca de que, à medida que os pais atribuem mais importância ao tema, os scores no inventário LPQ tendem a diminuir ligeiramente. Contudo, com um p-valor de 0.145, essa correlação não é estatisticamente significativa, indicando que não há evidências suficientes para afirmar que a importância atribuída ao tema afeta os scores do inventário LPQ.

A correlação entre a tomada de medidas preventivas e os scores do inventário LPQ é positiva e moderada, com um coeficiente de 0.413. Isso sugere que pais que adotam medidas preventivas tendem a ter scores mais altos no inventário LPQ. O p-valor de 0.003 indica que essa correlação é estatisticamente significativa, o que sugere que a adoção de medidas preventivas está associada a uma maior pontuação no inventário LPQ. Este é o resultado mais robusto apresentado na tabela, destacando a importância das medidas preventivas na relação com os scores do inventário LPQ.

A correlação entre o conhecimento dos pais sobre o tema e os scores do inventário LPQ é levemente positiva, com um coeficiente de 0.178. Isso sugere uma fraca tendência de que maior conhecimento sobre o tema esteja associado a scores mais altos no inventário LPQ. No entanto, com um p-valor de 0.217, essa correlação não é significativa, indicando que a relação entre o conhecimento e os scores do inventário LPQ não é forte o suficiente para ser considerada estatisticamente significativa.

Analisando a correlação entre a mudança comportamental dos pais e os scores do inventário LPQ é praticamente nula, com um coeficiente de 0.016. O p-valor de 0.913 indica que essa correlação é insignificante, sugerindo que a mudança comportamental dos pais não tem uma relação significativa com os scores do inventário LPQ.

Tabela 19 - Resultado obtido do teste entre o inventário LPQ e os comportamentos e conhecimentos dos pais

Comportamentos e conhecimentos dos pais	LPQ	
	r	p
Frequência das quedas	-.175	.225
Quedas em casa	-.038	.795
Quedas em espaços abertos	.113	.436
Quedas na escola	-.026	.857
Importância do tema	-.209	.145
Tomada de medidas preventivas	.413	.003
Conhecimentos sobre o tema	.178	.217
Mudança comportamental	.016	.913

Assim, a hipótese 2 é parcialmente confirmada.

Para averiguar se existem diferenças entre os pais que têm informação sobre quedas e os que não ouviram falar desse assunto, utilizou-se o teste *t* de Student. Este teste permite verificar se a diferença entre as médias das pontuações associadas a cada variável é significativa. Assim, para testar a hipótese os pais que ouviram falar sobre quedas apresentam médias mais elevadas de literacia quando comparados com os que não ouviram, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste *t* de Student.

A Tabela 20 apresenta os resultados de um teste de diferença de médias (teste *t*) realizado para comparar os scores no inventário LPQ entre dois grupos de pais: aqueles que ouviram falar sobre quedas e aqueles que não ouviram. Essa análise é crucial para entender se a exposição à informação sobre quedas influencia de forma significativa as atitudes ou comportamentos dos pais, conforme medido pelo inventário LPQ.

No grupo de pais que não ouviram falar sobre quedas, a média dos scores no inventário LPQ é 3.20, com um desvio padrão de 1.07. Isso significa que, em média, esses pais tendem a pontuar relativamente mais baixo no inventário LPQ, o que pode refletir uma menor conscientização, conhecimento, ou aplicação de medidas preventivas relacionadas a quedas. O desvio padrão de 1.07 indica que há uma considerável

variabilidade nos scores dentro desse grupo, sugerindo que, enquanto alguns pais podem estar mais cientes, muitos outros podem não estar resultando numa distribuição de scores mais dispersa.

Por outro lado, o grupo de pais que ouviram falar sobre quedas apresenta uma média significativamente mais alta no inventário LPQ, de 4.07, com um desvio padrão de 0.67. Essa média mais alta sugere que esses pais, em geral, têm uma percepção mais positiva ou um comportamento mais proactivo em relação às dimensões avaliadas pelo inventário LPQ, possivelmente devido à maior conscientização ou conhecimento adquirido sobre quedas. O desvio padrão de 0.67, que é menor em comparação com o grupo que não ouviu falar sobre quedas, indica que os scores neste grupo são mais concentrados em torno da média, o que sugere uma maior uniformidade nas respostas. Isso pode significar que a informação sobre quedas foi eficaz em nivelar o entendimento ou as práticas entre esses pais.

O teste t realizado para comparar as médias dos dois grupos revelou uma estatística t de -3.49. Este valor negativo da estatística t indica que a média do grupo que não ouviu falar sobre quedas é significativamente menor do que a do grupo que ouviu. A magnitude da estatística t sugere que a diferença entre as médias é bastante marcante. O p-valor associado a este teste é 0.001, o que é altamente significativo. Um p-valor tão baixo indica que a probabilidade de a diferença observada entre as médias ter ocorrido por acaso é extremamente pequena, reforçando a confiança de que essa diferença é real e estatisticamente significativa.

Tabela 20 - Teste da diferença de médias das variáveis segundo os pais que ouviram falar sobre quedas e a literacia

Dimensões Avaliadas	Pais que ouviram falar sobre quedas				t	p
	Não		Sim			
	Média	DP	Média	DP		
Inventário LPQ	3.20	1.07	4.07	0.67	-3.49	.001

Assim a hipótese 3 (os pais que ouviram falar sobre quedas apresentam medias mais elevadas de literacia quando comparados com os que não ouviram) é confirmada.

V – Discussão

Após a análise dos resultados procederemos à discussão das principais conclusões deste estudo, descritos por tabela.

Tabela 1

Essa disparidade na representação de género sugere uma amostra altamente desequilibrada, onde o género feminino é amplamente predominante. A predominância feminina na amostra pode limitar a generalização dos resultados, particularmente em relação ao género masculino, que está sub-representado.

Dessa forma, ao interpretar os resultados desta pesquisa, é crucial considerar essa desigualdade na distribuição de género. Em futuros estudos, pode ser desejável uma amostra mais equilibrada em termos de género, para alcançar uma maior representatividade da população em geral, permitindo uma análise mais abrangente e generalizável dos resultados.

Tabela 2

Em resumo, a Tabela 2 mostra que a amostra inclui participantes com idades entre 23 e 42 anos, com uma média de idade de cerca de 35 anos. O desvio padrão sugere uma certa diversidade nas idades dos participantes.

Tabela 3

Em síntese, a amostra analisada na Tabela 3 é composta principalmente por mães de nacionalidade portuguesa, com escolaridade até o ensino secundário. Essa composição demográfica e educacional da amostra deve ser levada em consideração ao interpretar os resultados do estudo, uma vez que as variáveis relacionadas ao género, nacionalidade e nível educacional podem influenciar significativamente as percepções, comportamentos e respostas dos participantes.

Tabela 4

Esses dados sobre o tipo de habitação podem oferecer *insights* importantes para a análise de aspetos socioeconômicos ou de qualidade de vida dos participantes,

especialmente se o tipo de habitação estiver relacionado com outras variáveis em estudo, como renda ou localização geográfica.

Em resumo, a Tabela 4 mostra que a maioria dos participantes vive em apartamentos, com uma representação menor de moradias, anexos e quartos, refletindo um possível perfil urbano da amostra e sugerindo que as condições de habitação podem variar significativamente entre os participantes, com predominância de habitações mais convencionais e permanentes.

Tabela 5

Em síntese, a Tabela 5 revela que a maioria dos participantes pertence a famílias nucleares, com agregados familiares de tamanho médio e predominantemente compostos por uma única criança entre 2 e 4 anos. A diversidade nos tipos de família e no tamanho dos agregados familiares sugere diferentes contextos familiares que podem influenciar as experiências e necessidades das crianças e suas famílias.

Tabela 6

A Tabela 6 sugere que a maioria das famílias, tem o 1º filho numa faixa etária de dois a quatro anos, com uma ligeira tendência para os filhos mais velhos. Para as famílias com mais de um filho, todas as crianças mais novas têm exatamente quatro anos. Este padrão pode ter implicações para o estudo, especialmente se a proximidade de idade entre os filhos influencia fatores como o desenvolvimento infantil, a partilha de recursos e a dinâmica entre irmãos.

Tabela 7

Essa baixa incidência de problemas de saúde sugere que a amostra é composta predominantemente por crianças saudáveis, o que pode ser um fator relevante para a interpretação dos resultados do estudo. Em contextos onde a saúde das crianças é uma variável importante, este dado pode influenciar as conclusões, pois a amostra pode não representar adequadamente populações onde problemas de saúde são mais comuns.

Por outro lado, a presença de apenas uma criança com problemas de saúde pode limitar a capacidade de explorar ou generalizar conclusões sobre os impactos desses problemas dentro do grupo estudado.

Em resumo, a Tabela 7 revela que, na amostra analisada, quase todas as crianças são saudáveis, com apenas uma exceção. Este fato pode ser tranquilizador

em termos de saúde geral, mas também limita a possibilidade de análise detalhada sobre a relação entre problemas de saúde e outras variáveis.

Relativamente à correlação com estudos anteriores, estas variáveis representadas nos quadros anteriormente descritos, têm características idênticas, verificando-se uma prevalência no sexo feminino, maioritariamente são mães, com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, com uma escolaridade de ensino médio, com um tipo de familiar nuclear, à semelhança da maioria dos estudos sobre esta temática ^(2,24).

Tabela 8

Esses dados podem ter implicações importantes para entender as dinâmicas familiares e as escolhas em relação ao cuidado infantil. A predominância de mães como cuidadoras primárias em casos de não frequência ao infantário pode indicar tanto uma preferência cultural como uma necessidade devido a circunstâncias económicas ou sociais. Além disso, a alta taxa de frequência ao infantário pode sugerir uma valorização da educação infantil precoce ou uma necessidade de conciliar o cuidado das crianças com o trabalho ou outras responsabilidades dos pais.

Em resumo, a Tabela 8 revela que a maioria das crianças frequenta o infantário, e, para aquelas que não frequentam, a mãe é a principal responsável pelo cuidado. Essas informações são relevantes para entender as práticas e escolhas relacionadas ao cuidado infantil na amostra estudada, refletindo tanto as dinâmicas familiares quanto as condições socioeconómicas que influenciam essas decisões.

A análise multifatorial sociodemográfica evidenciada nas tabelas anteriores demonstrou semelhanças com a evidencia científica, em que a mãe é a detentora das principais funções nos cuidados à criança, culturalmente consideram que os filhos necessitam de maior cuidado e atenção, bem como referem que os riscos ambientais e os fatores socioeconómicos contribuem para a ocorrência de lesões na criança. O número de crianças residentes no mesmo domicílio não diminui os episódios de quedas, sendo proporcional ao risco de queda ⁽²⁻⁴⁾.

Tabela 9

Estas informações são cruciais para avaliar o desenvolvimento infantil na amostra estudada. A predominância de respostas positivas sugere que as crianças estão atingindo os marcos de desenvolvimento esperados para a sua faixa etária.

Em resumo, a Tabela 9 mostra que a maioria das crianças está alcançando os marcos de desenvolvimento típicos, como falar, andar, correr e manter o equilíbrio. Os dados ausentes em algumas categorias destacam a necessidade de considerar essas lacunas ao interpretar o desenvolvimento global das crianças na amostra.

Tabela 10

Estas informações são importantes para entender os comportamentos das crianças e as circunstâncias que levam às quedas. As quedas em casa e em espaços abertos são mais comuns, o que pode indicar áreas onde medidas de prevenção adicionais podem ser necessárias. A variabilidade na frequência das quedas sugere que, para algumas crianças, essas quedas são mais regulares, o que pode exigir atenção especial em termos de segurança e prevenção de acidentes.

Em resumo, a Tabela 10 revela que as quedas são uma experiência frequente entre as crianças, ocorrendo em diversos ambientes, com variabilidade na frequência.

Tabela 11

Os dados da Tabela 11 sugerem que os riscos de quedas são mais elevados durante atividades motoras como correr e andar, o que é consistente com o desenvolvimento infantil em que a mobilidade crescente expõe as crianças a mais situações de risco. A supervisão durante as brincadeiras é amplamente praticada, com a maioria das crianças sendo acompanhadas ou supervisionadas de perto, o que é uma prática positiva em termos de prevenção de acidentes.

Em relação ao sono, a maioria das crianças dorme em condições que incluem algum tipo de proteção, seja em camas com proteção ou berços com grades. Contudo, uma parcela significativa dorme na cama dos pais, o que pode ser seguro ou arriscado dependendo das práticas familiares específicas. A pequena percentagem de crianças que dormem em camas sem proteção é um ponto de atenção, pois aumenta o risco de quedas durante o sono.

Estes dados são úteis para entender as práticas relacionadas à segurança infantil tanto durante o tempo de brincadeiras quanto durante o sono. As práticas de supervisão e as condições de sono indicam uma consciência sobre a necessidade de prevenir quedas, mas também destacam áreas onde melhorias podem ser feitas, especialmente em relação às crianças que dormem sem proteção adequada.

Tabela 12

A Tabela 12 sugere que, embora a maioria dos pais reconheça a importância da prevenção de quedas, há uma necessidade de maior consciência, dado que um terço dos pais concorda apenas pouco com essa importância e uma pequena percentagem não vê importância alguma. A disseminação de informações através das USFs, onde a maioria dos pais leva seus filhos para consultas de vigilância, pode ser uma oportunidade estratégica para aumentar a sua consciência.

A divisão entre os pais que já ouviram falar sobre prevenção de quedas e aqueles que não ouviram é preocupante, pois indica que muitas famílias podem não estar adotando práticas preventivas eficazes. O papel dos enfermeiros é crucial na disseminação dessas informações, mas a dependência da internet como uma segunda fonte significativa também sugere a necessidade de garantir que os pais tenham acesso a informações precisas e confiáveis online.

Em resumo, estes dados revelam que, embora muitos pais reconheçam a importância da prevenção de quedas, ainda há lacunas significativas no conhecimento e na disseminação de informações sobre o assunto. Melhorar o acesso e a qualidade das informações sobre prevenção de quedas pode ser crucial para reduzir a incidência de quedas entre as crianças.

Para a melhoria da saúde e desenvolvimento da criança, o enfermeiro tem um papel primordial na promoção da saúde, onde complementa os conhecimentos dos pais, de forma a reduzir os fatores de risco facilmente evitáveis. O enfermeiro deve ser proativo, envolvendo os pais na orientação e discussão dos problemas durante a realização da consulta de vigilância dos seus filhos ^(28,29).

Tabela 13

Os dados da Tabela 13 revelam que, embora a maioria dos pais tenha alguma informação sobre a prevenção de quedas, ainda existe uma lacuna significativa, com 44% dos pais sem essa informação. As fontes de informação variam, com destaque para os enfermeiros e a internet, mas a diversidade de fontes pode refletir a necessidade de garantir que os pais acessem informações de qualidade. A crença de que o tema deve ser abordado durante a gravidez é quase unânime, o que sugere que os pais valorizam a educação precoce sobre segurança infantil. A adoção de medidas preventivas é frequente para a maioria dos pais, o que é positivo, mas há espaço para melhorar a conscientização entre os que adotam essas medidas com menos regularidade.

Num estudo anterior, em que avaliou os conhecimentos e as práticas preventivas de acidentes, os pais consideraram o tema da prevenção de acidentes, muito importante (91,7%), com informação adequada (89,1%), referindo alguma mudança no comportamento relativamente à prevenção de quedas (68,9%)⁽²⁴⁾, estudo este com resultados relativamente à importância e informação adequada do tema, superiores à amostra deste estudo.

Os resultados indicam a necessidade de fortalecer a disseminação de informações precisas e acessíveis sobre a prevenção de quedas, especialmente durante momentos cruciais como as consultas de vigilância e os cursos de preparação para a parentalidade. Além disso, incentivar todos os pais a adotar medidas preventivas regularmente pode ajudar a reduzir a incidência de quedas entre as crianças.

As intervenções educacionais são importantes para a diminuição de fatores de risco e comportamentais de lesões na infância. O meio domiciliar, a identificação de fatores de risco, o conhecimento do desenvolvimento da criança, são referidos em estudos em que descrevem que o efeito favorável da intervenção do profissional de saúde, reduz a frequência de comportamentos de risco e aumenta o conhecimento dos pais sobre a atuação na prevenção de acidentes⁽³⁾.

Tabela 14

Os resultados da Tabela 14 indicam que a maioria dos pais possui um conhecimento suficiente a bom sobre quedas infantis, o que é encorajador em termos de literacia sobre o tema. No entanto, a tradução desse conhecimento em mudanças de comportamento não é universal, com uma parte dos pais não alterando suas práticas de forma consistente. Isso pode apontar para a necessidade de intervenções que não apenas informem, mas também incentivem ativamente a aplicação prática desse conhecimento em comportamentos preventivos.

A combinação de um bom nível de conhecimento com uma taxa variável de mudança de comportamento sugere que, embora os pais estejam informados, há barreiras à implementação de práticas preventivas. Programas de educação focados em destacar a importância da aplicação do conhecimento em ações diárias podem ser necessários para garantir que o conhecimento se traduza em segurança real para as crianças.

É importante definir intervenções adequadas, para que o seu alcance seja eficaz nos pais, nos diversos contextos disponibilizados, e onde a abordagem da literacia em saúde seja centrada na família. A mudança do ambiente, bem como todo sistema que

responde aos diversos níveis de literacia, reduz a insegurança e exigência colocada à família, facilitando o seu papel na proteção das crianças ^(2,5,24).

Tabela 15

Interpretação e Implicações

A análise fatorial da escala LPQ, apresentada na Tabela 15, sugere que o Fator 1 é uma dimensão bem definida e consistente dentro da escala. A adequada medida KMO, juntamente com o teste de esfericidade de Bartlett significativo, justifica o uso da análise fatorial e apoia a validade do Fator 1. As cargas fatoriais significativas indicam que os itens selecionados contribuem de maneira robusta para o fator, enquanto a variância explicada e a consistência interna reforçam a utilidade e a confiabilidade deste fator na medição do construto que ele se propõe a avaliar.

Esses resultados têm importantes implicações para o uso da escala LPQ em contextos de pesquisa ou prática. A identificação de um fator claro e consistente permite que os pesquisadores confiem na validade e na precisão das medidas obtidas, facilitando a interpretação dos resultados e a aplicação dos achados em contextos aplicados. Além disso, a confirmação de que os itens do Fator 1 estão fortemente correlacionados sugere que a escala pode ser utilizada para avaliações precisas, seja no acompanhamento de mudanças ao longo do tempo ou na comparação entre grupos diferentes.

Em suma, a Tabela 15 não apenas valida a estrutura interna da escala LPQ, mas também reforça sua utilidade prática como uma ferramenta de medição confiável e válida para o construto específico que o Fator 1 representa. Esses resultados destacam a importância de uma análise fatorial bem conduzida para garantir a eficácia dos instrumentos de avaliação utilizados em contextos acadêmicos e clínicos bem como, complementar essa análise com estudos adicionais, como análises de validade convergente e discriminante, e, se possível, uma análise confirmatória numa amostra independente.

Tabela 16

Em resumo, os resultados da Tabela 16 indicam que o modelo fatorial confirmatório especificado ajusta-se bem aos dados, confirmando a estrutura teórica proposta. Este bom ajuste é evidenciado pelo χ^2 não significativo, pelo alto valor do CFI, pelo TLI acima do limite de 0.90, e por um RMSEA que, embora não perfeito, ainda sugere que o modelo

é adequado. Esses resultados oferecem confiança na validade do modelo, sugerindo que ele pode ser utilizado para interpretar as relações entre as variáveis com base na estrutura fatorial teórica proposta.

Tabela 17

A análise dos valores descritivos da escala LPQ apresentada na Tabela 17 revela que os participantes, em média, obtiveram pontuações ligeiramente superiores ao ponto médio da escala (que seria 3,0 em uma escala de 1 a 5). A dispersão, conforme indicado pelo desvio padrão de 0.97, mostra uma variação moderada entre os participantes, sugerindo que, embora a maioria tenda a pontuar em torno da média. Os valores extremos, de 1.40 a 5.00, indicam que os participantes se espalham por quase toda a gama possível de pontuações na escala LPQ.

Tabela 18

Em resumo, a análise dos resultados da Tabela 18 revela que, em geral, não há correlações estatisticamente significativas entre os scores da LPQ e as variáveis sociodemográficas analisadas, com a possível exceção da idade do primeiro filho, que mostra uma correlação próxima da significância. Isso sugere que essas variáveis sociodemográficas não têm uma influência significativa nos scores da LPQ na amostra estudada, indicando que os scores da LPQ são relativamente independentes das características sociodemográficas dos participantes ou que as associações são muito fracas para serem detetadas com significância estatística na amostra utilizada. Estudos anteriores confirmam que não existe relação entre o nível de escolaridade e os conhecimentos dos pais na prevenção de acidentes, apenas constatam que quanto maior for o nível de escolaridade dos pais, maior probabilidade existe de utilizarem os conhecimentos na sua prática e identificarem os riscos de forma mais eficaz na prevenção de acidentes ^(2,4).

Tabela 19

A análise dos resultados da Tabela 19 revela que, entre os comportamentos e conhecimentos dos pais analisados, a única correlação estatisticamente significativa é aquela entre a tomada de medidas preventivas e os scores da LPQ. Esta correlação moderada e positiva sugere que os pais que adotam medidas preventivas tendem a ter scores mais altos na LPQ, o que pode indicar que o envolvimento ativo na prevenção

de quedas está associado a uma avaliação mais positiva nas dimensões medidas pela LPQ.

Segundo estudos anteriores, existe uma correlação entre a literacia em saúde dos pais e a saúde e bem-estar da criança, ou seja, nível alto de alfabetização em saúde está associada a comportamentos positivos na prevenção de acidentes. O domicílio e a escola são considerados os locais de maior risco para a ocorrência de acidentes, por serem os locais mais frequentados pelas crianças, sendo os locais ideais para a intervenção preventiva ^(2,3). A procura e compreensão do conhecimento em saúde, aumenta as competências dos pais, contribuindo para melhorar os resultados em saúde na criança ⁽²⁴⁾.

Segundo o relatório do PALS (Plano ação para a literacia em saúde) 2019-2022, a população portuguesa apresentou um aumento percentual no nível de literacia em saúde, para o nível suficiente, em comparação com os resultados de 2016 que eram inadequados. Este estudo demonstra efetivamente, que estes níveis estão em crescendo, pela adoção de medidas preventivas dos pais, comparando com o descrito neste relatório ^(22,26).

Existe alguma correlação dos resultados em Portugal de 2016, com um estudo efetuado na Alemanha em que dos pais participantes, 45,8% apresentaram resultados de literacia em saúde problemática ou inadequada, no que diz respeito aos conhecimentos, comportamentos e resultados sobre a saúde dos seus filhos ⁽²⁴⁾.

As demais variáveis, como frequência das quedas, quedas em diferentes locais, a importância atribuída ao tema, o conhecimento sobre o tema, e a mudança comportamental, não apresentaram correlações significativas com os scores da LPQ, sugerindo que esses fatores, pelo menos na amostra estudada, não têm uma influência substancial sobre a LPQ. Essas descobertas podem ajudar a direcionar futuras intervenções ou pesquisas, destacando a importância das medidas preventivas em particular.

Tabela 20

Os resultados da Tabela 20 fornecem evidências claras de que há uma diferença significativa nos scores da LPQ entre os pais que ouviram falar sobre quedas e aqueles que não ouviram. Especificamente, os pais que tiveram algum tipo de exposição a informações sobre quedas apresentam scores significativamente mais altos na LPQ, o que pode indicar uma maior conscientização, preocupação, ou adoção de práticas preventivas relacionadas a quedas.

Essa diferença significativa sugere que a informação ou a educação sobre quedas pode desempenhar um papel crucial na melhoria dos comportamentos ou percepções dos pais em relação à prevenção de quedas, conforme medido pela LPQ. A menor variabilidade nos scores dentro do grupo que ouviu falar sobre quedas também pode indicar que a informação recebida ajudou a alinhar as percepções ou práticas entre esses pais, promovendo uma maior uniformidade na aplicação de medidas preventivas.

Esses resultados têm importantes implicações para a saúde pública e para a formulação de políticas. Eles sugerem que campanhas de sensibilização e programas educativos voltados para a prevenção de quedas podem ter um impacto positivo significativo na mudança de atitudes e comportamentos dos pais. Isso, por sua vez, pode contribuir para a redução da incidência de quedas e para a promoção de ambientes mais seguros para crianças.

A implementação de estratégias nacionais e internacionais mais efetivas e interventivas na segurança da criança, bem como a sensibilização dos pais em consulta de vigilância pelos profissionais de saúde, tem contribuído para a redução do impacto negativo das quedas infantis e toda a sua repercussão ⁽²⁵⁾.

Os efeitos destas intervenções têm permitido melhorar os cuidados e estratégias, de forma a aumentar os seus efeitos. Não interessa definir estratégias, sem que estas possam ser uteis e alcancem efetivamente os pais ⁽⁵⁾.

Assim, investir em programas de educação e sensibilização pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a literacia dos pais sobre prevenção de quedas, com reflexos positivos na saúde e segurança infantil.

VI – Conclusões

Este estudo explorou a relação entre o conhecimento dos pais, seus comportamentos preventivos e a prevenção de quedas em crianças, utilizando uma amostra de 50 participantes. A análise focou em diversas variáveis, incluindo características demográficas, a ocorrência de quedas, práticas parentais de prevenção e a validação de um inventário de literacia sobre a prevenção de quedas (ILPQ).

A figura materna prevalece nos cuidados e proteção da criança, com uma média de idade de 35 anos, onde o nível de escolaridade é o ensino secundário. São maioritariamente famílias nucleares, a residir em apartamento.

Relativamente aos comportamentos relacionados com a prevenção de quedas, os dados sugerem a necessidade de atenção especial à segurança em casa e em ambientes externos, que segundo os pais ocorre quando as crianças correm, andam e brincam, aumentando o risco nas crianças mais pequenas.

A maioria dos pais reconhece a importância da prevenção de quedas, onde a principal fonte de informação são os serviços de saúde e a internet. Esses dados sugerem que há uma dependência considerável da internet para obter informações, o que pode variar em termos de qualidade e precisão.

Apesar dos serviços de saúde serem uma fonte de informações sobre a prevenção de quedas, ainda existe um número considerável, que nunca ouviu falar do tema, destacando uma lacuna significativa na disseminação de informações.

A análise das correlações entre o inventário LPQ e os comportamentos e conhecimentos dos pais revelou que a adoção de medidas preventivas está significativamente associada a scores mais altos no inventário LPQ, indicando que os pais mais envolvidos na prevenção de quedas tendem a ter maior literacia sobre o tema. Outras variáveis, como a frequência das quedas e a perceção da importância do tema, não apresentaram correlações significativas.

Os resultados da amostra para a diferença de médias entre os pais que ouviram falar sobre quedas e aqueles que não ouviram, revelaram uma diferença significativa. Pais que receberam informações sobre prevenção de quedas apresentaram médias significativamente mais altas no inventário LPQ em comparação com aqueles que não ouviram. Esta diferença sugere que a exposição à informação sobre quedas pode influenciar positivamente o nível de literacia dos pais em relação à prevenção de quedas.

Após análise dos resultados e correlação das variáveis deste estudo, considero pertinente a escolha das teóricas de enfermagem para a justificação e importância deste trabalho. Nola Pender que defende a promoção de saúde, o papel do enfermeiro na identificação de fatores que influenciam comportamentos saudáveis, para serem adotados pelos pais, de forma a promover comportamentos potenciadores da saúde dos seus filhos, e Anne Casey, que releva a importância do envolvimento dos pais e crianças em parceria com o enfermeiro, com partilha de conhecimentos. Anne Casey defende que esta parceria deve envolver a criança, a família, a saúde, o ambiente e o enfermeiro. A promoção da saúde e parceria de cuidados foram fundamentais para justificar este estudo.

O EESIP, como parceiro nos cuidados de saúde, cria e gere oportunidades para colaborar com as famílias e as crianças na promoção da saúde, minimizando os riscos que possam impactar negativamente a saúde infantil. Com base no seu conhecimento científico, atua como um mediador próximo e desempenha um papel essencial na promoção da saúde das crianças, ajudando a melhorar os seus resultados e contribuindo para ganhos significativos em saúde.

Este estudo contribuiu para uma maior reflexão da necessidade de alguma mudança de comportamentos preventivos por parte dos pais, como obtém e filtram a informação, de forma a minimizar o risco de quedas e impacto na saúde e bem-estar da criança, bem como na sensibilização dos pais para a importância da mesma.

Como limitações do estudo, o tamanho da amostra, que foi reduzido por limitações temporais, e pelo facto das respostas dos pais terem sido obtidas por questionário, possam ter sido dadas de forma enviesada, em contexto de consulta.

Como sugestão futura, seria interessante repetir o estudo com uma amostra com maior número de pais, de forma a comparar alguns resultados sobre os níveis de literacia em saúde.

Implicações e Recomendações

Os resultados deste estudo têm importantes implicações para a saúde pública, particularmente no que diz respeito à promoção da segurança infantil. A evidência de que a educação sobre quedas melhora significativamente a literacia dos pais e, possivelmente, seus comportamentos preventivos, sugere que campanhas de sensibilização e programas educativos direcionados a pais podem ser eficazes para reduzir a incidência de quedas entre crianças.

Além disso, a validação do inventário LPQ para a amostra portuguesa confirma sua utilidade como uma ferramenta de avaliação confiável, que pode ser utilizada em

futuros estudos ou em práticas clínicas para medir a literacia dos pais sobre prevenção de quedas.

Em conclusão, o estudo destaca a necessidade de esforços contínuos para melhorar a disseminação de informações sobre prevenção de quedas, especialmente em populações que podem não estar suficientemente informadas. Investir em programas educativos e de sensibilização pode ser uma estratégia eficaz para aumentar a segurança das crianças, promovendo um ambiente doméstico mais seguro e informando os pais sobre práticas preventivas essenciais.

VI- Referências Bibliográficas

1. Apsi – Relatório de avaliação – 30 anos de segurança infantil em Portugal, 2022 https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf
Acedido e consultado a 31/07/2023
2. Brito MA, Melo AMN, Veras IC, Oliveira CMS, Bezerra MAR, Rocha SS. Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):e2017-0001. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0001>.
3. Barcelos RS, Del- Ponte B, Santos IS. Interventions to reduce accidents in childhood: a systematic review. *JPediatr (Rio J).* 2018;94:351-67. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.10.010>
4. Santos R, Machado M, Gomes A, Aguiar R, Christoffel M; Prevention of domestic accidents in childhood: Knowledge of caregivers at a health care facility; *Rev Bras Enferm* ; 75(2): e20210006, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0006>
5. Goes, AR. Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções. *Saúde & Tecnologia.* 2019;(22):8-12. <http://hdl.handle.net/10400.21/11464> DOI: [10.25758/set.2237](https://doi.org/10.25758/set.2237)
6. Direção Geral de Saúde – Plano Nacional de Saúde 2021-2030. 2023 https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
7. Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. *Health Promotion in Nursing Practice 2015* (7a edição ed.). Pearson Education, Inc.
8. Mendes, M. & Martins, M. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros [Partnership in pediatric nursing care: from words into nurses' action]. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6) 2012 , 113-121. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239965015.pdf> , acedido a 6/10/2023
9. Casey, A – Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, E.; TUCKER, A. *Advances in child health nursing.* Scutari Press 1993
10. Liu WY, Tung TH, Zhou Y, Gu DT, Chen HY. The Relationship Between Knowledge, Attitude, Practice, and Fall Prevention for Childhood in Shanghai, China. *Front Public Health.* 2022 Mar 4;10:848122. doi: 10.3389/fpubh.2022.848122. PMID: 35359797; PMCID: PMC8963735 AljHajj et al. *Epidemiologia de Lesões* (2023) 10:27 <https://doi.org/10.1186/s40621-023-00434-9>

11. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República. 2018 Acedido a 31/07/2023 e consulta a 31/07/2023 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
12. World Health Organization & WHO Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009. World Health Organization. 2010 . <https://iris.who.int/handle/10665/70882>
13. Apsi – Relatório de avaliação – 25 anos de segurança infantil em Portugal. 2017 https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf acedido em 29/10/2023
14. Direção Geral da Saúde. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação (1.a edição). Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. 2013 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
15. Hockenberry, M. J., & Wilson, D. WONG - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (9a edição ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora. 2014
16. Tapadas, C. S - Promoção da segurança infantil: prevenção de acidentes domésticos e de lazer em crianças dos 0 aos 4 anos de idade. Évora: Universidade de Évora. 2018 <http://hdl.handle.net/10174/23446>
Acedido e consultado a 10/08/2023
17. Almeida LA, Torres BV, Silva JS, Silva RC, Vieira AC - Prevenção de acidentes domésticos na primeira infância: uma revisão integrativa. Revista urug. enferm. (En línea) [Internet]. 2023 [citado 2023 Oct 17] ; 18(2): e401 <https://doi.org/10.33517/rue2023v18n2a4>.
18. Shende U, Vagha JD, Maurya A - A Randomized Control Study to Evaluate the Efficacy of Safe Home Toolkit for Under-Five Children (SHT-UFC) on the Awareness of Parents Regarding the Prevention of Domestic Accidents. Cureus. 2022 Nov 12;14(11):e31416. doi: 10.7759/cureus.31416. PMID: 36523656; PMCID: PMC9744401.
19. Lima E, Almeida A, Beserra E, Carneiro E, Andrade F, Gubert F - IDENTIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DE MÃES NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS COM CRIANÇAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA. Enfermagem em foc0. 2018; 9 (4): 77-80
20. Batalha S, Salva I, Santos J, Albuquerque C, Cunha F, Sousa H. - Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove

- Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. **Acta Pediatr Port** **2016;47:30-7**
21. Al-Hajj, S., El Haj, R., Chaaya, M. *et al.* - Child injuries in Lebanon: assessing mothers' injury prevention knowledge attitude and practices. *Inj. Epidemiol.* **10**, 27 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40621-023-00434-9>
 22. Direção Geral de Saúde – Plano de Ação para a literacia em saúde. 2019 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
 23. Manganello J, Smith K, Roberts K - Pediatric injury information seeking for mothers with young children: The role of health literacy and ehealth literacy, *in* Journal of Communications In Healthcare · June 2016 DOI: 10.1080/17538068.2016.1192757
 24. Buhr E, e Tannen A - Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey, *BMC Saúde Pública* (2020) 20:1096 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5>
 25. Ribeiro A, Barros M, Pereira I, Lirio C, Pais I, Couto M – Conhecimentos e práticas parentais sobre medidas preventivas de acidentes domésticos e de viagem. *Rev Port Med Geral Fam* **2019;35:186-95**
DOI:10.32385/rpmgf.v35i3.12286
 26. Direção Geral Saúde – Relatório do Plano de Ação para a Literacia em Saúde. 2022. [**Relatório do Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019/2021**](#)
 27. Brás AMR, Quitério MMSL, Nunes EMGT. Nurse's interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 6):e20190409. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>
 28. Passos DA, Santos WL. O enfermeiro como educador para a prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância. *Rev. Cient. Sena Aires.* 2016; 5(2): 124-35.
 29. Magalhaes D, Nobre K, Theis L, Basegio L. – Acidentes na primeira Infancia: contribuições da enfermagem na construção de orientações preventivas. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, e21010212415, 2021 DOI:[10.33448/rsd-v10i2.12415](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12415)
 30. Vilelas J. *Investigação: o processo de construção do conhecimento.* 3.a ed. Lisboa: Edições Silabo; 2020. 509 p.
 31. Estatuto Ordem Enfermeiros. Código Deontológico. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

32. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013
33. Nunes L. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: ESS|IPS, Departamento de Enfermagem ESS|IPS; 2013.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de recolha de dados

Instrumento de recolha de dados

Este questionário será preenchido pelo investigador mediante as respostas dos inquiridos.

Caracterização sociodemográfica e desenvolvimental:

Idade: ____ Sexo: ____ Grau parentesco: _____

Nacionalidade _____

Profissão: _____ hab. Literárias: _____

Tipo habitação: _____

Tipo de família: monoparental nuclear alargada reconstituída informal

Agregado familiar: nº _____

Quantas crianças vivem em casa dos 2 aos 4 anos: _____

Qual(ais) a(s) idade(s): 1º _____; 2º _____; 3º _____, outros: _____

O seu filho tem algum problema de saúde? Se sim, qual? _____

Frequentam o infantário/creche: sim não

Se não, com quem ficam durante o dia: _____

Que características do seu desenvolvimento a criança já adquiriu:

Característico do desenvolvimento	Sim	Não
Fala		
Anda		
Corre		
Sobe e desce escadas, sem ajuda		
Tem equilíbrio de pé		

Comportamentos dos pais face à prevenção quedas na criança:

1. **Alguma vez a(s) criança(s) sofreu alguma queda:** Sim Não (se foi esta a sua resposta passe para a questão 4)

2. **Se sim, onde ocorrem mais quedas:**

Casa

Espaços abertos (parque infantil)

Escola

3. **Qual frequência de quedas do(s) seu (s) filho(s):**

muito frequente

frequente

ocasionalmente

raramente

nunca

4. **Em que altura existem maiores risco de quedas:**

Quando brincam

Quando correm/andam

Quando andam de triciclo/bicicleta

Quando não conhecem o espaço e são curiosos

5. **Como costuma brincar a(s) criança(s):**

Sozinho sem supervisão

Sozinho com supervisão

Acompanhado

6. **Onde dorme a criança:**

Berço com grades

Cama com proteção

Cama sem proteção

Na mesma cama dos pais

Conhecimentos sobre o tema:

7. **Considera o tema da prevenção das quedas importante:**

Concordo bastante

Concordo

Concordo pouco

Discordo

8. **Onde faz as consultas de vigilância do seu filho:**

Unidade de saúde familiar

Privado

Hospital

Outro: _____

9. Alguma vez ouviu falar sobre a prevenção de quedas e como deve atuar:

Sim: _____ Não: _____

Se sim, por quem?

Enfermeiro

Médico

Amigos

Internet

Outros: _____

10. Acha que tem informação adequada sobre o tema: _____

11. Onde costuma obter informação sobre prevenção de quedas infantis:

Enfermeiro

Médico

Boletim individual de saúde

Amigos

Jornais

Revistas

Televisão

Internet

Outros: _____

12. Acha importante que este tema seja abordado ainda durante a gravidez:

Sim: _____ Não: _____

Se sim, onde:

Consultas vigilância

Curso preparação parentalidade

Sessões de formação em grupo

13. Toma as medidas necessárias na prevenção de quedas dos seus filhos:

muito frequente

frequente

ocasionalmente

raramente

nunca

Literacia dos pais nas quedas infantis:

14. Como considera o seu conhecimento sobre a prevenção das quedas infantis:

- Muito bom
- Bom
- Suficiente
- Insuficiente
- Muito insuficiente

15. Alguma vez mudou algum comportamento, após uma queda e de acordo com o seu conhecimento:

- Muito frequente
- Frequente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca
- O que mudou _____

16. O que faz para prevenir as quedas em crianças dos 2 aos 4 anos. Coloque uma cruz na resposta que mais se identifica.

Medidas de prevenção/estratégias	Muito frequente	Frequente	Ocasional	Raramente	Nunca
Deixa o seu filho(s) sozinho enquanto brinca					
Utiliza material antiderrapante em casa					
A criança(s) utiliza calçado/meias antiderrapantes em casa					
Utiliza proteção onde a criança dorme					
Utiliza proteção na banheira					
Deixa a(s) criança(s) sozinha(s) na banheira					
Utiliza proteção nas janelas e /ou varandas					
Utiliza proteção das portas/ e/ou escadas					
Costuma deixar a criança(s) sem supervisão nos cuidados(muda fralda, sentada em moveis ou cadeiras altas, mesas)					
Costuma deixar a criança(s) brincar na rua sem supervisão					

Coloca proteções no(s) seu(s) filho(s) quando utiliza a bicicleta ou triciclo					
Costuma deixar a criança(s) brincar com brinquedos desadequados à idade em parques públicos.					
Costuma deixar a(s) criança(s) sozinha em casa sem supervisão de um adulto					

Apêndice B – Declaração da Vogal da Direção de Enfermagem

Unidade de Investigação Clínica

Declaração do Chefe de Enfermagem

Identificação do Estudo: **“Literacia dos pais na Prevenção de quedas dos 2 aos 4 anos de idade”**

DECLARAÇÃO

Na qualidade de **Enfermeira Adjunta da Diretora de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários - Sintra** da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, venho por este meio autorizar a realização do estudo acima mencionado o qual decorrerá sob a responsabilidade de **Carla Margarida Pereira Vicente Fernandes**, na qualidade de Investigador/a Principal.

Terma Maria Pires de Melo Couto
(Nome)

Enfermeira Adjunta DE CSP Sintra da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra.

Massamá, 15 de Maio de 2024

Apêndice C – Declaração de autorização do Coordenador da USF

Ao Coordenador da USF Tapada
Exmo Sr Dr. Fernando Marques Humberto

Eu, Carla Margarida Pereira Vicente Fernandes, mestranda do 2º Curso de Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa em Lisboa, vem por este meio solicitar a vossa Exa que se digne a autorizar a realização de um estudo de investigação na USF Tapada e acordo quanto às condições estruturais e logísticas para a sua realização, nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no mesmo.

Pretende-se realizar o estudo intitulado “**Avaliação da Literacia dos pais na Prevenção de quedas infantis dos 2 aos 4 anos de idade**” que tem como objetivo geral, analisar a literacia dos pais na prevenção de quedas infantis dos 2 aos 4 anos de idade, de forma a maximizar a saúde da criança promovendo a sua qualidade de vida, e será orientado pelo Professor Doutor José Manuel da Silva Vilelas.

Esta investigação constará no estudo de investigação que iniciará a partir de fevereiro de 2024. Esta autorização será enviada, em anexo, ao pedido de parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Com os melhores cumprimentos
Pede diferimento

10/12/2023

Carla Margarida Fernandes
(Carla Margarida Fernandes)

C/ conhecimentos e aval,
Fernando Marques
USF TAPADA
Coordenador
997 60625

ACESSINTRA
USF TAPADA
Rua Prof. Rui Luis Gomes, 4b
Tapada das Mercês
1725 - 556 Algueirão/Mem Martins

Apêndice D – Declaração de Autorização para a realização do estudo de investigação do Diretor Executivo do ACES

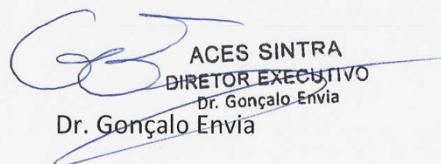
Declaração de Autorização para Realização de Projeto de Investigação

Eu, Gonçalo Envia, na qualidade de Diretor Executivo do ACeS Sintra, declaro para os efeitos tidos como convenientes, que o ACES dispõe de condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação “Avaliação da Literacia dos Pais na Prevenção de Quedas Infantis dos 2 aos 4 anos de idade” em condições éticas adequadas.

Sem outro assunto,

Massamá, 14 de dezembro de 2023

O Diretor Executivo


ACES SINTRA
DIRETOR EXECUTIVO
Dr. Gonçalo Envia
Dr. Gonçalo Envia

ANEXOS

**Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética em Saúde da Unidade Local de
Saúde Amadora/Sintra**

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 062/2024

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO

Tese de Mestrado:

"Literacia dos pais na prevenção de quedas infantis dos 2 aos 4 anos de idade"

Após reunião, a 19 de Junho de 2024, tendo parecer favorável da UIC (Unidade de Investigação Clínica), e do EPD (Encarregado da Proteção de Dados), estando, a documentação entregue, de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde – Amadora /Sintra a 19 de Junho de 2024:

Presidente	Dr. José Tomé
Vice-presidente	Enf.ª Sónia Semião
Vogais	Dra. Ana Paula Silva Dr. Vasco Rodrigues Dra. Ana Miranda Dra. Andrea Furtado TSDT Rafael Bernardo Pe. André Ribeiro Enfa. Rita Mascarenhas Pessoa Profa. Dra. Maria Salomé Almeida Dra. Vera Gaspar Costa

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 19 de Junho de 2024, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética


Dr. José Pedro Ribeiro Tomé
DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
NIF: 503 035 416