



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

# PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Ana Sofia Bento Martins Gonçalves

Sob orientação de Professora Elisabete Nunes

LISBOA, Dezembro de 2011



## **RESUMO**

O Relatório de Estágio pretende expor o percurso de desenvolvimento profissional realizado durante a Unidade Curricular Estágio, composta por dois Módulos (I e III), em duas instituições de Saúde: Unidade de Saúde Familiar “Emergir” e Hospital de Dona Estefânia.

A escolha da área de intervenção - **Promoção da Segurança Infantil** - teve como base de sustentação as reflexões quotidianas, realizadas no âmbito do exercício profissional, bem como da análise de vários indicadores de saúde a este respeito. Os acidentes constituem, assim, uma importante causa de mortalidade, morbilidade e incapacidade temporária ou definitiva, acarretando elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, considerando-se hoje em dia um grave problema de saúde pública.

O objectivo central do estágio foi sensibilizar as crianças/jovens e família, enfermeiros e outros profissionais de saúde para a importância da segurança infantil e prevenção de acidentes. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem desempenha um papel activo como promotor e educador de saúde, na mudança de comportamentos e na adopção de boas práticas por parte da criança/jovem e família, melhorando a qualidade de vida de todos, e influenciando positivamente os indicadores de saúde do país.

**Palavras - Chave:** Promoção da Segurança Infantil; Prevenção de Acidentes; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.



## **ABSTRACT**

The Internship Report presents the course of professional development undertaken during the Internship, consisting of two modules (I and III) in two different health care institutions: “Emergir”- Family Health Unit and Dona Estefânia Hospital.

The reason of choosing – **Promotion of Child Safety**- as the action plan area was based on the daily reflections carried out under the professional exercise as well as the analysis of various health indicators. The accidents are a major cause of mortality, morbidity and temporary or permanent disability, resulting in personal, familiar, social and economic costs. Nowadays it is considered a serious public health problem.

The main objective of the Internship was to promote awareness in the children/youth person and family, nurses and other health professionals about the importance of child safety and injuries prevention. In this context, the Nurse Specialist in Child and Youth Health Nursing plays an active role as a promoter and educator of health, changes in behavior and adoption of best practices by the child/youth person and family, improving the quality of life and influencing positively the health indicators of the country.

**Key - words:** Promoting Child Safety, Injuries Prevention; Nurse Specialist in Child and Youth Health Nursing.



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Elisabete Nunes, pela sua disponibilidade na orientação tutorial e ao seu incentivo neste caminho longo pelo meu desenvolvimento profissional;

Aos Enfermeiros Orientadores dos diferentes locais de Estágio: Enf.<sup>a</sup> Helena Mendes, Enf.<sup>a</sup> Paula Vitorino e Enf.<sup>a</sup> Ana Ventura, pelo acolhimento caloroso, pelo profissionalismo e por todo o trabalho que me permitiram desenvolver;

À minha filha Lara e ao meu marido Vasco, pela sua paciência e apoio incondicional em todos os momentos;

Aos meus pais, por me ajudarem a concretizar mais esta etapa da minha Vida;

À minha irmã, pelo apoio e contributo que deu com os seus conhecimentos em inglês;

Ao Rui, pelo apoio e pelos desenhos que elaborou para alguns trabalhos desenvolvidos.



## **SIGLAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ADELIA – Acidentes Domésticos e Lazer – Informação Adequada

ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer

ANSR- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARS- Administração Regional de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ECSA – European Child Safety Alliance

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EPE – Entidade Publica Empresarial

EU – União Europeia

GIMDI – German Institute of Medical Documentation and Information

HDE – Hospital de Dona Estefânia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONSA – Observatório Nacional de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PASI – Plano de Acção para a Segurança Infantil

PNAAS – Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV- Programa Nacional de Vacinação

REPE – Regulação do Exercício para a Prática de Enfermagem

RN – Recém-Nascido

SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SRC – Sistema de Retenção para Crianças

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UNICEF- United Nations Children´s Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

### **ABREVIATURAS**

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Enf.<sup>o</sup> - Enfermeiro

Nº - Número

‰ - Permilagem



## SUMÁRIO

<b><u>INTRODUÇÃO</u></b>	<b>17</b>
<b><u>PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</u></b>	<b>19</b>
1. ABORDAGEM GERAL DOS ACIDENTES	19
2. AS CRIANÇAS E OS ACIDENTES NO MUNDO E NA EUROPA	20
3. OS ACIDENTES EM PORTUGAL	21
3.1. <u>Os acidentes de Viação</u>	22
3.2. <u>Acidentes Domésticos e de Lazer</u>	23
4. SEGURANÇA INFANTIL – PERFIL DO PAÍS	24
5. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SEGURANÇA	25
5.1. <u>Saúde</u>	25
5.2. <u>Promoção da Saúde</u>	25
5.3. <u>Educação para a Saúde</u>	27
5.4. <u>Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes</u>	28
<b><u>PARTE II – CONTEXTOS E VIVÊNCIAS DA PRÁTICA</u></b>	<b>33</b>
1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR “EMERGIR” (MÓDULO I)	33
1.1. <u>Caracterização do Local de Estágio</u>	33
1.2. <u>Descrição e Análise Crítica dos Objectivos e Actividades</u> <u>Desenvolvidas</u>	35
2. HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA	45
2.1. <u>Consulta Externa de Pediatria (MÓDULO I)</u>	45
2.2. <u>Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) (MÓDULO III)</u>	47
2.2.1. Caracterização do Local de Estágio	47
2.2.2. Descrição e Análise Crítica dos Objectivos e Actividades Desenvolvidas	49
2.3. <u>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (MÓDULO III)</u>	53
2.3.1. Caracterização do Local de Estágio	53
2.3.2. Descrição e Análise Crítica dos Objectivos e Actividades Desenvolvidas	54
3. UMA REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ...	60
<b><u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b>	<b>64</b>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<b>65</b>
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b>73</b>
ANEXO I – Acção de Educação para a Saúde “Crescer Seguro dos 0 aos 12 meses” – Suportes estratégicos para a sua implementação	75
ANEXO II – Tratamento de dados da Avaliação da Sessão “Crescer Seguro dos 0 aos 12 meses”	103
ANEXO III – Questionário de Opinião	107



## **SUMÁRIO** (continuação)

<b>ANEXO IV – Tratamento de dados da Avaliação da Sessão para grávidas “Crescer Seguro dos 0 aos 12 meses”</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO V – Poster “Amigo ou Inimigo, a Escolha é Sua”</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO VI – Manual Ilustrado “O Fintas quer Crescer Seguro”</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO VII – “Lista da Casa Segura para Crianças”</b>	<b>151</b>
<b>ANEXO VIII – Análise Estatística de Movimento de Doentes Admitidos na Urgência Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia em 2009 – Causa: Queimadura</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO IX– Poster “Sabia que ...”</b>	<b>181</b>
<b>ANEXO X – Norma de Procedimentos “Abordagem da Criança/ Adolescente Queimado no âmbito do Serviço de Urgência Pediátrica”</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO XI – Fluxograma “Abordagem da Criança/ Adolescente Queimado</b>	<b>203</b>
<b>ANEXO XII – Check-list Admissão: Criança/ Adolescente Queimado</b>	<b>207</b>
<b>ANEXO XIII – Acção de Educação para a Saúde “O Quarto do Bebê... um Ambiente Seguro” – suportes estratégicos para a sua implementação</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO XIV – Tratamento de dados da avaliação da sessão “O Quarto do Bebê... um Ambiente Seguro”</b>	<b>237</b>
<b>ANEXO XV – Videograma “Sono Seguro”</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO XVI – Folheto “Como Reduzir o Risco de Morte Súbita do Bebê”</b>	<b>247</b>
<b>ANEXO XVII – Check-list “Alta da UCIN para Casa – Transporte Seguro”</b>	<b>253</b>



## **INTRODUÇÃO**

O Relatório de Estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Católica Portuguesa.

O Relatório pretende, através da exposição escrita, descrever de forma reflexiva o percurso de formação e desenvolvimento de competências desenvolvidas durante o Estágio, tendo em conta a finalidade do curso, que se baseia em contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde à criança, família e comunidade. Nele subentendem-se as competências de natureza científica, técnica, humana ética, essenciais para que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) actue no domínio de conhecimentos específicos, tendo em vista a excelência do Cuidar.

A escolha da área temática desenvolvida, **PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL**, surgiu após várias reflexões quotidianas no âmbito da minha prática profissional. Por outro lado, vários indicadores nacionais e internacionais relacionados com os acidentes (rodoviários, domésticos e lazer), relatam que estes ocupam o primeiro lugar nas causas de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens, estando também associados a elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituindo, assim, um grave problema de saúde pública. (ANRS, 2009a, 2009b; APSI, 2010; DGS, 2008a, 2008b, 2010a, 2010b; EUROSAFE, 2007; ONSA 2005, 2006; UNICEF, 2010; WHO, 2002, 2008a, 2008b).

Em Portugal existem vários programas onde a promoção da segurança infantil e a prevenção de acidentes é evidente. Destaco o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, em que os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são reconhecidamente uma área de intervenção prioritária (PORTUGAL, 2004); o Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil que menciona como objectivo a estimulação de comportamentos saudáveis, relacionada com a adopção de medidas de segurança, e ainda, na promoção da prevenção de acidentes e intoxicações (PORTUGAL, 2005); e finalmente, o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016, que assenta numa abordagem de saúde pública dirigida para a promoção da segurança e prevenção de acidentes, em que o envolvimento activo da comunidade é fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde (PORTUGAL, 2009).

Deste modo, como objectivo fundamental do Estágio pretendeu-se desenvolver competências de EEESCJ, no âmbito da Promoção da Segurança Infantil, sensibilizando crianças/jovens, família, enfermeiros e restantes profissionais de saúde relativamente à importância desta temática, contribuindo, como consequência, para uma melhoria de qualidade de vida de todos nós, e influenciando positivamente os indicadores de saúde do país.

O Estágio foi composto por dois Módulos (I e III), sendo que no Módulo II foi-me atribuída creditação devido à minha experiência profissional em Pediatria, exercendo funções como

Enfermeira no Hospital de Dona Estefânia desde 1999 (na Unidade de Queimados de 1999 a 2003; e Unidade de Pediatria Cirúrgica e Queimados desde 2003 até à actualidade).

Assim sendo, o Módulo I decorreu inicialmente na Consulta Externa do Hospital de Dona Estefânia (HDE), como observação de um Recurso da Comunidade, de 19 a 21 de Abril de 2010; seguidamente na Unidade Saúde Familiar (USF) “Emergir” de 26 de Abril a 19 de Junho de 2010. O Módulo III decorreu no HDE, inicialmente no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), de 22 de Novembro a 19 de Dezembro de 2010, e posteriormente, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), de 03 a 27 de Janeiro de 2011.

A escolha dos locais de estágio tivera em conta vários factores. No que se refere à “Emergir”, foi determinante o interesse pessoal e profissional em conhecer e compreender o funcionamento de uma USF, associado ao factor de ser uma unidade recente e com uma equipa multiprofissional dinâmica, com projectos interessantes em desenvolvimento. No que diz respeito aos serviços do HDE, a escolha dos locais tiveram como factor preponderante o facto de ser a instituição onde exerço funções, permitindo-me assim conhecer outras realidades e contribuir para uma melhor prestação de cuidados na minha instituição.

O Relatório encontra-se estruturado em três partes essenciais: **Parte I – Enquadramento Conceptual** – apresenta uma revisão da literatura tendo em conta a temática central da promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes, justificando a pertinência da mesma; **Parte II – Contextos e Vivências da Prática** – insere a caracterização dos locais de estágio, a descrição e análise crítica dos objectivos e actividades desenvolvidas, e uma reflexão sobre o desenvolvimento pessoal profissional tendo em conta as competências específicas enquanto EEESCJ. Por fim, apresentam-se algumas considerações finais, as referências bibliográficas e os anexos.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1. ABORDAGEM GERAL DOS ACIDENTES**

No Dicionário de Língua Portuguesa da PORTO EDITORA (2004), o termo **acidente** deriva do latim *accidente* e significa *acontecimento casual ou inesperado; acontecimento repentino e desagradável*. Esta palavra transporta em si uma conotação negativa, uma vez que qualquer que seja a origem desse acontecimento, predominam sempre danos e sequelas que são indesejáveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define acidente como *qualquer acontecimento independente da vontade do homem, caracterizado pela libertação súbita de uma força externa, que pode manifestar-se por lesões corporais* (WHO, 2005<sup>a</sup>:2).

Segundo CORDEIRO (2002:233), a palavra “acidente” *desencadeia mecanismos psicológicos adaptativos tendentes a integrar o conceito por ela veiculado como associado a fatalismo, a determinismo, a um facto que ocorreu “porque tinha de ocorrer”, um acontecimento que existe devido a um acto incontrolável e incontornável do destino, ou seja, “aconteceu por acidente”*.

Os “Acidentes”, segundo a WHO e GIMDI (2006), e tendo em conta a Classificação Internacional de Doenças (CID) - 10<sup>a</sup> Edição, também conhecida por CID-10, estão agrupados no capítulo XIX, com a designação de *Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas*. Segundo as causas, os acidentes subdividem-se ainda em “Acidentes”, que correspondem aos de viação, afogamentos, quedas, sufocação, intoxicação, queimaduras, entre outros (códigos V01-X59), sendo também vulgarmente conhecidos por “Acidentes Não Intencionais”. “*Lesões auto provocadas intencionalmente*” (códigos X60-X84); “*Agressões*” (códigos X85-Y09) e “*Eventos cuja intenção é indeterminada e outros*” (códigos Y10-Y98), pertencem ao grupo de acidentes também designados por “*Acidentes Intencionais*”.

CORDEIRO e MENEZES (1999), tendo em conta o sofrimento que estes acontecimentos imprevistos podem causar nas vítimas, nas suas famílias e na sociedade, consideram os Acidentes como um dos grandes problemas de Saúde Pública.

Segundo o Relatório *Global Burden of Injuries* da WHO (2002), morrem por ano 5.000.000 de pessoas devido a acidentes, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 83,7 por 100.000 habitantes. Os acidentes constituem pois, 9% do total de mortes, e 12% para as doenças que lhes estão relacionadas. Os acidentes de viação constituem a principal causa de morte.

Não nos podemos esquecer, no entanto, que estes dados provêm de 193 estados membros constituintes da OMS, de seis regiões distintas – África, Américas, Sudoeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental, que possuem características de desenvolvimento muito próprias e, por vezes, profundamente díspares.

Assim sendo, e levando em consideração o documento citado anteriormente, mais de 90% das mortes ocorre em países de baixos e médios rendimentos, sendo que o Sudoeste Asiático e o Pacífico Ocidental são as regiões mais vulneráveis. Não obstante, na Região Europeia, os países com estas características apresentam também elevadas taxas de mortalidade por acidentes (WHO, 2002).

Segundo dados da EUROSAFE (2007), na Região Europeia, entre 2003 e 2005, o total dos acidentes, intencionais e não intencionais, foram responsáveis, em média, por 257.252 mortes por ano, sendo que os primeiros contribuíram para 32% das mortes e os segundos para as restantes 68%. As principais causas de mortes por acidentes, em todos os grupos etários, foram o suicídio (24%), seguido dos acidentes de viação (22%), as quedas (19%), as intoxicações (4%), os afogamentos (3%) e as queimaduras (2%).

Para a OMS (2002), esta é a nova “doença” do século XXI, que afecta sobretudo idades precoces, e que permitirá, como consequência, encurtar drasticamente a esperança média de vida dos europeus de 72 anos para 42 anos. Chegaremos mesmo a esse ponto?

## **2. AS CRIANÇAS E OS ACIDENTES NO MUNDO E NA EUROPA**

De acordo com a United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2010), todos os anos morre 1 milhão de crianças vítimas de acidente, 90% destes decorrentes de lesões não intencionais. Mais de 10 milhões necessitam de tratamento hospitalar por acidentes não-fatais e muitas delas ficam com incapacidade física ou danos cerebrais. Os acidentes afectam as crianças em todos os grupos etários, mas os que têm menos de 5 anos de idade constituem o grupo de maior risco.

Os acidentes mais comuns nas crianças são os acidentes de viação, os “quase-afogamentos”, as queimaduras, as quedas e os envenenamentos. Em termos de taxa de mortalidade, os acidentes de viação e os afogamentos constituem as principais causas (UNICEF, 2010). A WHO (2008a) relata, ainda, que os acidentes de viação e as quedas representam a maior causa de deficiência nas crianças.

Dados da WHO (2008a) referem que a percentagem de acidentes varia muito com o nível de desenvolvimento global de cada país. Assim sendo, 95% dos acidentes ocorre em países de fraco e médio rendimento; no entanto, cerca de 40% do total das mortes, em crianças em todo o mundo, tem lugar nos países mais desenvolvidos.

Relativamente à Europa, o *Relatório Europeu sobre Prevenção dos Acidentes nas Crianças* (WHO, 2008b) refere que, todos os anos, cerca de 42.000 crianças e jovens morrem vítimas de acidentes não intencionais, sendo os valores percentuais distribuídos principalmente por: acidentes de viação (39%), afogamentos (14%), intoxicações (7%), quedas e queimaduras (4%). A maior parte das mortes dá-se em países de baixo ou médio rendimento e sobretudo

nas crianças de grupos populacionais mais desfavorecidos; a probabilidade de uma criança morrer num país de baixos rendimentos é 3,2 maior do que num país rico (WHO, 2008b).

### **3. OS ACIDENTES EM PORTUGAL**

De acordo com a DGS (2008a), em 2006, os acidentes intencionais e não intencionais representaram a quinta causa de morte em Portugal, constituindo 4606 (4,5%) da totalidade dos óbitos registados, depois das doenças do aparelho circulatório (32%), dos tumores (22,2%), das doenças do aparelho respiratório (11,3%) e de outras não especificadas (12,41%).

Numa análise recente da DGS (2010a), em 2008, os acidentes intencionais e não intencionais representaram a sétima causa de morte em Portugal, reduzindo o número de óbitos para 4551 (4,34%), depois das doenças do aparelho circulatório (32,27%), dos tumores (23,49%), das doenças do aparelho respiratório (11,05%), das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (4,89%), das doenças do aparelho digestivo (4,37%), e de outras não especificadas (10,55%).

Verifica-se, assim, um ligeiro decréscimo da taxa de mortalidade em dois anos, no entanto, a sua variação é pouco significativa (0,16%).

Tendo em conta a CID-10, os Acidentes (V01-X59), designados Não Intencionais, constituíram, em 2008, segundo a DGS (2010) 1986 (43,64%) e os designados Intencionais registaram 2565 (56,36%). Relativamente ao sexo, no respeitante apenas aos Acidentes Não Intencionais, o predominante foi o masculino, constituindo 1432 (72,10%), seguido do sexo feminino, constituindo 554 (27,90%). Quanto a grupos etários, tendo, igualmente, como única referência os Acidentes Não Intencionais, o total de óbitos dos 0-19 anos foi de 97 (4,88%).

Segundo a DGS (2008b), relativamente à morbilidade hospitalar em 2006, no Serviço Nacional de Saúde, o número de internamentos de doentes saídos por todas as causas de acidente foi 72152 (6,6%), sendo a demora média de internamento de 9,5 dias. Quanto aos grupos etários relacionados com a infância e a adolescência (0-19 anos), verifica-se que o número de doentes saídos, pela mesma causa, foi 9586 (13,29%), cuja demora média de internamento foi de 4,9 dias.

Segundo a DGS (2010b), relativamente à morbilidade hospitalar em 2008, no Serviço Nacional de Saúde, o número de internamentos de doentes saídos por todas as causas de acidentes foi 71949 (3,9%), sendo a demora média de internamento 9,6 dias. Quanto aos grupos etários relacionados com a infância e a adolescência, apesar de considerarem um dos grupos dos 15-24 anos, o número de doentes saídos pela mesma causa foi 10798 (15,01%), sendo a demora média de internamento de 5,4 dias.

A diferença relativamente ao número de doentes internados saídos entre 2006 e 2008 é pouco significativa, verificando-se uma ligeira diminuição, mas, curiosamente, o tempo médio de internamento por acidente registou um ligeiro aumento.

### **3.1. Acidentes de Viação**

O Ministério da Saúde no Portal da Saúde, documenta as principais causas que determinam a ocorrência dos acidentes de viação. Entre elas, destaca o excesso de velocidade, o incumprimento do código da estrada e o consumo de bebidas alcoólicas. Faz ainda referência, e com igual importância, ao consumo de determinados medicamentos, diminuição da acuidade visual e situações de fadiga (PORTUGAL, 2008)

Segundo o Relatório do Observatório da Segurança Rodoviária- 2009, da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) (ANSR, 2009a), no ano de 2008, ocorreram 33.613 acidentes, dos quais resultaram 44.709 vítimas. Destas, 776 constituíram vítimas mortais, 2606 feridos graves e 41.327 feridos leves. Tendo por base a causa do acidente, 52% dos acidentes com vítimas mortais foi devido a colisão, 32% a despiste e 16% a atropelamento (ANSR, 2009).

Dados da ANSR (2009b), referentes ao relatório citado anteriormente, revelam que em Portugal, a maioria das mortes ocorre em idades compreendidas entre os 20-29 anos e em pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos.

De acordo com o mesmo documento, e reportando ao total de vítimas mortais nos grupos etários dos 0-19 anos, verifica-se que, em 2008, ocorreram 55 mortes, menos 7 mortes relativamente ao ano de 2007. Importa ainda referir o número total de vítimas (mortos, feridos graves e ligeiros) nestas idades, constituindo 6817, menos 662 que no ano de 2007.

A Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), no âmbito da comemoração do Dia Europeu da Segurança Rodoviária da Comissão Europeia, a 13 de Outubro de 2010, apresentou, em Conferência de Imprensa, dados acerca dos acidentes rodoviários em Portugal nos últimos 12 anos. Assim sendo, se no triénio de 1998/2000 morreram 427 crianças até aos 17 anos, entre 2007/2009 o número desceu para 115, representando uma significativa diminuição de 73%. Ainda assim, segundo a APSI (2010), *morreram quase mil crianças nas estradas portuguesas* e a maioria das mortes teve lugar enquanto passageiras de um automóvel (57% do total das mortes).

No triénio 2007/2009, 14 crianças foram, diariamente, vítimas de um acidente rodoviário e quase metade das mortes aconteceu na faixa etária das crianças com mais de 14 anos (45%) (APSI, 2010).

Num estudo realizado pela APSI (2010), verificou-se que 83% das crianças utilizava sistemas de retenção para crianças (SRC), no entanto apenas 40% estavam adequadamente instalados. O aumento da taxa de utilização dos SRC tem vindo a reflectir-se na redução do número de vítimas, o que demonstra, em grande parte, a eficácia dos SRC e a sua importância de utilização.

O uso de cadeiras e dispositivos de retenção para crianças é obrigatório por Lei (Decreto-Lei nº44/2005, artº55, ponto1). Contudo, não se procede, ainda, a uma fiscalização suficiente por

parte das autoridades e os pais e os educadores são muitas vezes negligentes em relação a esta matéria.

### **3.2. Acidentes Domésticos e Lazer**

Acidentes Domésticos e Lazer – Informação Adequada (ADELIA), coordenado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, é um sistema de recolha e análise de dados sobre acidentes domésticos e de lazer, registados numa amostra de unidades de saúde (21 hospitais; 20 centros de saúde) do SNS.

Na definição de Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL), o ONSA (2006) consideram todos os acidentes *registados nas urgências do SNS, cuja causa não seja doença, acidente de viação, acidente de trabalho ou violência.*

O Relatório ADELIA 2005 – *Acidentes Domésticos e de Lazer*, elaborado pelo ONSA (2006), referente aos ADL ocorridos em 2005, permitiu chegar às seguintes conclusões: foram registados 32300 ADL; o local de maior ocorrência de ADL foi em “casa” (52,1%), pelo que os valores mais elevados se registaram nos grupos etários dos 0-4 anos (76,4%) e 75 ou mais anos (69,4%); no grupo etário 10-14 anos, o local de maior ocorrência de ADL foi a “Escola/Instituições” (56,5%); o mecanismo de lesão mais frequente foi a “Queda” (65%) para todas as idades; o tipo de lesão mais frequente foi “*concussão, contusão, hematoma*” (46%), embora se tenha também registado um número considerável de “*ferida aberta*” (16,1%), seguido de “*queimadura/ escaldamento (térmico)*” (2%) e “*esfolamento*” (1,5%); as partes do corpo mais afectadas foram os “*membros*” (58,4%), embora, nas crianças dos 0 aos 4 anos, a parte mais atingida tenha sido a cabeça; a percentagem de internamentos constituiu 4,2% dos ADL, sendo que nas idades extremas a percentagem foi mais significativa (0-9 anos: 8,7%; 75 anos e mais: 11,3%); a lesão cuja demora média de internamento foi superior foi a “*Queimadura/ escaldamento (térmico)*” (9,1 dias), seguido de “*concussão, contusão, hematoma*” (7,5 dias), da “*asfixia*” e da “*amputação*”, ambos com uma média de internamento de 7,0 dias.

De acordo com o ONSA (2005), a estimativa da taxa de incidência dos ADL com atendimento nas urgências (hospitais e centros de saúde) do SNS para ambos os sexos, em Portugal Continental, em 2002, foi de 58,5 acidentes por 1000 habitantes. Este valor encontra-se acima da estimativa dos 15 países da União Europeia (EU), que apresentavam uma incidência média anual de 50 acidentes por mil habitantes (1998-2000). O grupo etário dos 0-4 anos apresentou a taxa mais elevada, tanto no sexo masculino, como no feminino, respectivamente 141,3‰ e 108‰ respectivamente.

Os ADL representam, assim, um forte impacto negativo na sociedade, quer em termos de mortalidade e morbilidade, como também acarretam custos multifactoriais, seja ao nível de recursos humanos e materiais, seja ao nível da saúde, mas mais importante que isso, ao nível psicológico e emocional das vítimas e seus familiares.

#### 4. SEGURANÇA INFANTIL – PERFIL DO PAÍS

A European Child Safety Alliance (ECSA), em parceria com a Eurosafe, realizou em Abril de 2009, uma **Avaliação do Perfil de Portugal** em matéria de Segurança Infantil, onde pretendeu realçar o peso dos traumatismos e lesões em crianças e adolescentes e analisar os factores sócio-demográficos, como ponto de partida para o estabelecimento de metas para a redução das mortes e incapacidades resultantes de lesões nas crianças e nos adolescentes.

Segundo a ECSA e EUROSAFE (2009a), Portugal, quando comparado com os 24 países que participaram neste projecto, ocupa o 18º lugar quanto às taxas de mortalidade por traumatismos e lesões; em 2003, as mortes representaram 20.000 anos de vida potencial perdida, sendo mais de 18.000 relacionados com traumatismos não intencionais. Uma análise de causas específicas indica que os acidentes rodoviários são os que têm maior peso, sobretudo entre os 15 e os 19 anos; no entanto, os afogamentos, as quedas, as queimaduras, os envenenamentos/intoxicações, as asfixias contribuem, também, para a mortalidade e morbilidade infantil.

A ECSA e EUROSAFE (2009a) verificaram, ainda, que os traumatismos e as lesões afectavam desproporcionadamente as crianças e os adolescentes da sociedade, permitindo concluir que *a saúde está relacionada coma condição sócio-económica do indivíduo e com a riqueza do país*. Consequentemente, as crianças e adolescentes pertencentes a famílias de baixos rendimentos, com escolaridade e literacia baixas, que vivem em espaços confinados, são os que mais sofrem de lesões. Para tal, a ECSA referiu ser de extrema importância que as desigualdades, em termos de poder de compra/ disponibilidade do mercado, sejam tidas em conta nos programas de prevenção de traumatismos e lesões.

Outro documento elaborado e liderado pela EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE e EUROSAFE (2009b) foi o **Relatório de Avaliação sobre Segurança Infantil 2009**, que surgiu como ponto de partida para o estabelecimento de metas para a redução das mortes e das incapacidades resultantes de lesões em crianças e adolescentes em Portugal, bem como para a avaliação do progresso na área da segurança infantil.

Na elaboração deste relatório foram avaliadas as medidas e políticas nacionais e dos recursos existentes na área da liderança, infra-estruturas e desenvolvimento de competências na área de segurança infantil bem como num estudo de mercado sobre produtos de protecção/ segurança infantil.

O grau/nível geral de segurança infantil atribuído para Portugal foi de “Razoável”, numa escala que varia entre: “Excelente”, “Boa”, “Razoável”, “Fraca” e “Inaceitável”. Cada item específico de avaliação foi pontuado com estrelas (máximo de 5), sendo que a prevenção de quedas (1 estrela), segurança de peões, segurança de ciclistas, prevenção de queimaduras (todos com 1 estrela e meia) foram os que obtiveram pior classificação (EUROSAFE, 2009b).

## 5. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SEGURANÇA

### 5.1. Saúde

A OMS (2002), expandiu, em 1986, o conceito de **Saúde** considerando-a como *a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve*. Mais acrescenta que *a Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida*.

GONÇALVES (1998) aborda a Saúde relacionando-a com diferentes dimensões: emocional, na capacidade para reconhecer e exprimir emoções; social, no estabelecimento e manutenção de relações com outros indivíduos; espiritual, na capacidade de atingir paz de espírito; comunitária, que reflecte a capacidade de respeitar a Pessoa e tudo o que a rodeia.

A OMS (2002) refere, ainda, que a Saúde não pode ser imposta e que deverá haver um comprometimento por parte das pessoas e das entidades governamentais para ser conseguida.

Em Portugal, pelo Artigo 64º da Constituição da Republica Portuguesa: *1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*.

Também a Lei de Bases da Saúde – Lei nº 48/90 de 24 de Agosto – Base I, refere no ponto 1: *A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado (...)*.

A Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, reforça esse direito no Artigo 24º ponto 1- *Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível (...)*.

A Saúde constitui, pois, um valor essencial à inerência da própria Vida, implicando a responsabilidade de cada um e da própria comunidade.

### 5.2. Promoção da Saúde

Com o aumento do envelhecimento da população e a diminuição das taxas de natalidade, a OMS delineou, como estratégia fundamental, a protecção da infância como forma de assegurar o futuro da sociedade. Verifica-se, assim, uma crescente preocupação em consciencializar as principais organizações de saúde para a importância de ajudar as crianças na prevenção da doença e a tornarem-se mais resilientes na manutenção da sua saúde, durante toda a vida (WHO, 2005b)

Neste contexto, torna-se particularmente importante abordar a promoção da saúde, salientando o compromisso assumido na 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em

Ottawa – 1986, pelos seus participantes. Esta conferência teve por base a **Declaração de Alma-Ata** de 1978, na qual os cuidados de saúde primários constituíam a solução para a concretização das metas de saúde para todos no ano 2000.

Desta 1ª Conferência sobre promoção da saúde, surgiu, então, a **Carta de Ottawa** (1986), na qual se inscreve que *a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável*. Ficaram, também, definidas cinco áreas de acção: construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis; reforçar a acção comunitária; desenvolver competências pessoais; reorientar os serviços de saúde. Estes pressupostos habilitariam, deste modo, as populações a controlar a sua saúde e o ambiente e fazerem opções conducentes à saúde.

Depois desta conferência, muitas outras declarações surgiram como: a **Declaração de Adelaide (1988)**, que concentra os seus esforços na construção de políticas públicas saudáveis e acrescenta que *as desigualdades na saúde estão enraizadas nas desigualdades existentes na sociedade*; a **Declaração de Sundsvall (1991)**, que incidiu na criação de ambientes favoráveis, nos locais onde as pessoas residem, trabalham e passam os seus tempos livres; a **Declaração de Jacarta (1997)**, que corroborou as cinco áreas de acção da Carta de Ottawa e salientou a importância de novas parcerias, nomeadamente com o sector privado; a **Declaração Ministerial do México (2000)**, da qual se destacou o conceito de que *a promoção da saúde deve ser uma componente fundamental das políticas e dos programas públicos, em todos os países, na consecução de mais equidade e melhor saúde para todos*.

A **Carta de Bangkok (2005)**, para a promoção da saúde num mundo globalizado, parte dos valores, princípios e estratégias de intervenção estabelecidos na Carta de Ottawa, complementando-a. Com a promoção da saúde, surge a noção da *saúde como um recurso* e de esta ser um *empreendimento colectivo*. Este documento torna, assim, evidente a necessidade do estabelecimento de parcerias funcionais, de alianças e redes fortes para a promoção da saúde, que incluam os sectores público e privado e outros grupos da sociedade civil, para além daqueles já tradicionalmente envolvidos na intervenção em saúde, tais como escolas, locais de trabalho e de lazer, estabelecimentos prisionais, entre outros.

Em Portugal, a **Lei de Bases da Saúde** – Lei nº 48/90 de 24 de Agosto – Base I – Política de Saúde, salienta que *a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades (...)*.

Relacionado especificamente com a Enfermagem, o **Regulação do Exercício para a Prática de Enfermagem (REPE)**, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, artigo 8º, ponto 2, refere que o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como um dos objectivos fundamentais, *a promoção da saúde*.

Segundo o **Código Deontológico Profissional**, presente no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, do Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigo 80º, o *enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na **promoção da saúde** (...), assume o dever de a) conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados (...).* No artigo 81º, alínea b), é reforçado que o enfermeiro deverá *salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso.*

Relativamente à promoção de saúde específica na infância, esta tem vindo a ser cada vez mais alvo de pesquisa de evidência científica, pelo que se tem concluído que a condição de saúde na infância é determinante para a saúde ao longo da vida (WHO, 2005).

A Promoção da saúde da criança integrada na Família está contemplada no Plano de Acção para a Saúde 2004, do Ministério da Saúde, e determina a educação dirigida à família como fundamental para a promoção de estilos de vida saudáveis (PORTUGAL, 2004).

HOCKENBERRY, WILSON e WILKENSTEIN (2006:10) referem que *a filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança*, pelo que o profissional deve apoiar e reforçar a capacidade da família na promoção do seu próprio desenvolvimento. Esta relação de parceria pressupõe, por consequência, a partilha de conhecimento, habilidades e recursos, de forma a beneficiar todos os seus elementos.

Também a ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2002), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sublinha que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional, se *caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel*, e que as intervenções de enfermagem serão optimizadas *se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados.*

### **5.3. Educação para a Saúde**

REDMAN (2003:3) considera que a Educação para a Saúde *é uma parte essencial da prática de todos os profissionais de saúde.*

Por outro lado, toda a Pessoa tem direito a viver numa comunidade que lhe dê acesso ao conhecimento demonstrado, de forma a poder adaptar-se a qualquer situação, sejam quais forem as suas dificuldades ou limitações (BARROSO, PEREIRA E RODRIGUES, 2005). Para estes autores, o papel da educação para a saúde é determinante, pelo que a sua missão deve ser encarada com sentido pedagógico, didáctico e de investigação.

LAVERACK (2004:12) refere que a educação para a saúde e a promoção da saúde têm uma *relação simbiótica*, pelo que a primeira visa *informar as pessoas, no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e colectivas*, e a segunda tem como finalidade as *acções sociais e políticas complementares.*

Para CARVALHO E CARVALHO (2005), em educação para a saúde, é necessário ter em conta a cultura dos indivíduos, sendo, para tanto, necessário considerar os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos.

Por outro lado, e no processo de educação para a saúde, devem ser tidas em conta algumas intervenções como: identificar as necessidades de aprendizagem, bem como o que os indivíduos pretendem saber e aprender; determinar qual a sua motivação e aptidão para a aprendizagem; incentivar a participação dos envolvidos no processo de aprendizagem e ajudá-los no estabelecimento de prioridades dessa aprendizagem (PACHECO E CUNHA, 2006).

Reflectindo um pouco sobre o léxico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2,0 (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2010), o enfermeiro em educação para a saúde: não deve apenas Informar, ou seja, *comunicar alguma coisa* à Pessoa, mas Educar, isto é, *transmitir conhecimentos* sobre saúde. Para isso, necessita de *fornecer a informação sistematizada*, ou seja, Instruir, integrando-a no contexto, tendo, para esse efeito, que saber Explicar, ou *tornar alguma coisa compreensível e clara*. Em todo este processo, o enfermeiro deve saber Aconselhar, ou seja, *capacitar a pessoa para tomar a sua própria decisão, através do diálogo*, e Orientar, que significa *dirigir a pessoa para uma decisão*, de forma a Optimizar, ou por outras palavras, *conseguir o melhor resultado*, em termos de saúde.

Os profissionais de saúde, e em especial os enfermeiros, na perspectiva de promoção e educação para a saúde, orientam e planeiam a sua acção, no sentido de capacitar os indivíduos para a adopção de estilos de vida saudáveis. No entanto, verificam-se também abordagens no que diz respeito à prevenção primária (evitando situações de risco/danos), secundária (detectando precocemente problemas de saúde), e terciária (procurando minimizar as complicações através do tratamento ou da reabilitação). (BARROSO, PEREIRA E RODRIGUES, 2005). Para estes autores, promover, proteger e potenciar a saúde e a qualidade de vida das pessoas, grupos ou comunidades, constituem os grandes pilares do sucesso da Educação para a Saúde.

#### **5.4. Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes**

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança (1989), cada criança tem o direito a atingir o expoente máximo de saúde e ambiente seguro. Dentro deste contexto, e segundo o Artigo 24º do mesmo documento, exige-se aos Estados Partes:

*“ Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a **prevenção de acidentes**. ”*

A WHO (2008) refere ainda que os custos relacionados com a prevenção de acidentes podem, além de salvar vidas (mais de mil vidas de crianças por dia), poupar outros custos para a sociedade.

A Estratégia Europeia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e Adolescente da WHO (2005) insere, nas suas áreas prioritárias de actuação, os acidentes e a violência.

O ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE e APSI (2009), no âmbito do Projecto Child Safety Action Plan da ECSA, elaborou um **Plano de Acção para a Segurança Infantil (PASI)** no qual pretende que Portugal incida as suas intervenções, baseando-se nos seguintes pressupostos: *Conhecer os riscos, Criar ambientes seguros, Minimizar os acidentes.*

*Conhecer os riscos* – relacionado com a obtenção de informação (estatística), e com as necessidades de formação académica e profissional, bem como a educação pública, de forma a adoptar estratégias de prevenção de traumatismos e lesões, e aumentar a capacidade de lidar com o risco;

*Criar Ambientes Seguros* – pretende abranger os diversos ambientes que as crianças frequentam diariamente (casa, escola, parques infantis...), para que estas se movimentem autonomamente e sem riscos inaceitáveis.

*Minimizar os acidentes* – pressupõe a redução do impacto das lesões acidentais, tanto ao nível da taxa de mortalidade como da morbilidade, e incapacidades relacionadas com os acidentes.

Pretende-se, desta forma, diminuir não somente o número de acidentes, mas também a gravidade das suas consequências (agir evitando o acidente; agir antecipando o que acontece no momento do acidente de forma a limitar os danos/prejuízo; agir após o acidente, de modo a reduzir os danos já causados ou impedir que aumentem ou piorem).

As **áreas de intervenção** prioritárias definidas pelo PASI foram: o sistema de informação integrado (integração e disponibilização da informação para monitorização, avaliação e planeamento de acções de prevenção), a formação académica e profissional (de crianças e jovens, e de profissionais de diversos sectores), os traumatismos crânio-encefálicos e vertebro-medulares (na redução do número e consequências dos mesmos), a segurança nos espaços de turismo e lazer (requalificação dos espaços e gestão do risco), os acidentes domésticos dos 0 aos 4 anos (redução do número e gravidade), a segurança nos espaços exteriores e envolvente dos espaços educativos/escolares (requalificação dos espaços e gestão do risco), a segurança dos ambientes construídos e sua envolvente (incluindo critérios de manutenção).

Em Portugal, existem alguns programas onde a segurança infantil e a prevenção de acidentes estão claramente explícitos.

No Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde (PNAAS), são definidos objectivos dirigidos para a intervenção sobre *factores ambientais que promovam a saúde individual e das comunidades*, no que diz respeito aos espaços construídos (planeamento urbano e rede de transportes), para a redução de acidentes. O PNAAS considera importante, também, *diminuir os riscos de acidentes domésticos* (Resolução do Conselho de Ministros nº 91/2008, de 4 de Junho).

A Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015, coordenada pela ANSR, tem como finalidade a promoção de uma cultura de segurança rodoviária. Das acções previstas, destaca-se o desenvolvimento de competências e capacidades nas crianças e nos jovens, para uma integração mais segura no ambiente rodoviário. (ANSR, 2009)

No Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são reconhecidamente uma área de intervenção prioritária. Nele são delineadas algumas intervenções que percorrem o ciclo de vida, dando maior destaque para os grupos mais vulneráveis (crianças, deficientes e idosos), e em que também se incidem acções de intervenção nos ambientes frequentados, nomeadamente as escolas, os espaços de lazer e trabalho (PORTUGAL, 2004).

No Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil, menciona-se, como objectivo, a estimulação de comportamentos saudáveis, relacionada com a adopção de medidas de segurança, e, ainda, a promoção da prevenção de acidentes e intoxicações (PORTUGAL, 2005).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) aponta para o investimento na promoção de estilos de vida saudáveis – a promoção da segurança e prevenção de acidentes. A educação para a segurança deverá, assim, fazer parte da formação de qualquer cidadão (PORTUGAL, 2006).

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016 assenta numa abordagem de saúde pública dirigida para a promoção da segurança e prevenção de acidentes, em que o envolvimento activo da comunidade é fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde. Por outro lado, este programa defende como princípios orientadores das acções, a *epidemiologia do fenómeno, os recursos disponíveis, as prioridades identificadas e uma avaliação*, que deverão servir como ponto de partida para a definição de novas estratégias e prioridades (PORTUGAL, 2009).

O EESCJ em diferentes contextos, quer nos centros de saúde, hospitais ou outros, enquanto espaços educativos, poderão ter um papel fundamental na formação em saúde, junto da criança, do jovem e da família, enquanto cidadãos, e não somente em resposta às suas necessidades num processo de doença. Não podemos esquecer que o desenvolvimento de competências e comportamentos adequados nas crianças, o mais cedo possível, contribui para

umentar a sua segurança no futuro. Por outro lado, uma actuação precoce sobre as crianças vítimas de acidentes, tendo em conta uma melhor articulação de serviços que prestam esse tipo de cuidados e uma formação específica nesta área, resulta numa diminuição da mortalidade e de deficiência adquirida.

Como referencial teórico aplicado na actuação perante a população, na adopção de comportamentos saudáveis, neste caso relativos à prevenção de acidentes, considera-se relevante o **Modelo de Crenças na Saúde**. Este modelo, desenvolvido por Becker na década de 70, permite explicar os processos cognitivos que levam à prática desses comportamentos, no âmbito da educação para a saúde (COUTO, 1998).

Segundo BREVIDELLI e CIANCIARULLO (2001), Becker postula que existem quatro dimensões psicológicas que influenciam a adopção de comportamentos saudáveis: a **percepção da susceptibilidade**, em que o indivíduo acredita que é susceptível a determinado problema de saúde; a **percepção de severidade**, através da qual associa o problema à gravidade das suas consequências; a **percepção de benefícios**, em que é percebido que o problema de saúde pode ser prevenido por uma acção; e a **percepção de barreiras**, analisando-se os aspectos negativos (custos de tempo, dinheiro, esforço, entre outros), numa perspectiva de custo-benefício.

Aplicando o modelo à prática, a criança/ família só adoptará comportamentos preventivos em relação ao acidente se perceber que poderá ser afectada (acidente viação, queimadura, queda, por exemplo), e quais as consequências que poderão advir desse acidente (dor, morte, perturbações nas relações familiares e sociais, por exemplo). Por outro lado, deve perceber os fortes benefícios do comportamento na diminuição da ameaça e do impacto do acidente (uso do capacete na prevenção ou redução do traumatismo craniano, por queda, por exemplo), bem como concluir que o benefício dessa acção supera as barreiras com as quais se defronta.

Segundo concluem Conner e Norman, citado por COUTINHO (2001:108), *quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos e quanto menores os obstáculos, maior é a probabilidade de decidir desenvolver a acção.*

O Modelo de Crenças na Saúde determina ainda que existem outras variáveis a ter em conta e que poderão condicionar a adopção de comportamentos saudáveis, entre os quais as **variáveis demográficas**, como a idade, o sexo, a etnia, entre outros; as **variáveis psicossociais**, como a classe social, a personalidade, entre outros; e as **variáveis estruturais** (conhecimento sobre a doença e o contacto anterior com a mesma). (COLETA, 1999). Deve ainda ser considerada a presença de **estímulos** para a acção (meios de comunicação, recomendações de profissionais de saúde, entre outros) para desencadear as percepções de susceptibilidade e de severidade e motivar o indivíduo a agir (BREVIDELLI e CIANCIARULLO, 2001).



## **PARTE II - CONTEXTOS E VIVÊNCIAS DA PRÁTICA**

### **1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR “EMERGIR” (MÓDULO I)**

O Módulo I do Estágio foi realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Emergir de 26 de Abril a 19 de Junho de 2010. O local de estágio foi escolhido tendo em conta o interesse pessoal e profissional em conhecer e compreender o funcionamento de uma USF, associado ao factor de ser uma unidade recente e com uma equipa multiprofissional dinâmica, com projectos interessantes em desenvolvimento.

Este estágio, realizado no âmbito dos cuidados de saúde primários, reflecte, sem dúvida, a importância que a DECLARAÇÃO DE ALMA ATA (1978) lhe confere, pelo que *tem em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de protecção, cura e reabilitação, conforme as necessidades...*, a indivíduos e comunidades.

Por outro lado, e realizando-se numa Unidade de Saúde Familiar (USF), assume-se pelo DECRETO-LEI Nº298/2007 de 22 de Agosto, artigo 3º como sendo (...) *unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais (...)*, dando resposta a esses membros da comunidade, através de vários programas implementados. No artigo 4º do mesmo Decreto-Lei, é ainda reforçado que a sua “missão” consiste na (...) *prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.*

Segundo o DECRETO-LEI nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, este tipo de unidade funcional apresenta *autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).*

#### **1.1. Caracterização do Local de Estágio**

A USF Emergir pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) - Parede, da Grande Lisboa XI- Cascais, da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo. Situa-se no rés-do-chão do edifício da Unidade Local de S. Domingos de Rana, e pertence à freguesia de São Domingos de Rana, concelho de Cascais, estando em funcionamento desde 2008.

A população inscrita ronda os 12000 utentes, dos quais 2080 compreendem as crianças com idades entre 0-13 anos e 667 dos 14-18 anos.

Como Unidade de Saúde Familiar (USF) que assim é, reúne uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros e administrativos, que investe e trabalha em torno de um

projecto, e em que a sua disponibilidade e motivação se repercute na qualidade de cuidados prestados à sua população.

Segundo o Regulamento Interno da USF Emergir (EMERGIR, 2007), a equipa multidisciplinar compromete-se à prestação de Cuidados de Saúde de forma personalizada, garantindo *disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência, satisfação, continuidade e globalidade dos mesmos, à população inscrita.*

“Disponibilidade” – reajustando a carga horária destinada ao atendimento de utentes às necessidades da procura;

“Acessibilidade” – através de:

- Atendimento telefónico - promovendo o aumento da marcação de consultas via telefone; possibilitando ao utente, o acesso via telefónica, à informação ou orientação médica ou de enfermagem, em situações que não requeiram a sua presença física;
- Marcação de Consultas (Programadas, Não Programadas e Urgentes) – no caso de doença aguda, o utente deve contactar, dentro do horário da consulta, os serviços, por telefone preferencialmente, e expor a situação ao profissional do atendimento, que fará chegar a situação ao Enfermeiro ou Médico de Família. As inscrições para a Doença Aguda encerram às 19h30m.
- No caso de pedidos de receituários de medicação crónica, o utente não necessita de marcar consulta. Pode fazer o pedido por telefone, correio electrónico ou presencialmente no secretariado. O receituário deve ser levantado após 3 dias úteis, preferencialmente entre as 9:00 e as 18:00.

“Produtividade” – pretende identificar e melhorar as áreas em que os níveis de produtividade não sejam adequados e identificar e alertar os utentes sem consulta nos últimos 3 anos.

“Qualidade Técnico-científica” – pretende desenvolver um plano de formação, de acordo com as necessidades identificadas por cada grupo profissional.

“Efectividade” – identificar o número de consultas médicas, de consultas e actos de enfermagem, e actos administrativos.

“Eficiência” - informatizando protocolos de actuação clínica e terapêutica e elaborando “check - list” para as diferentes actividades, de modo a assegurar o cumprimento dos mesmos.

“Satisfação” – fomentando procedimentos que proporcionem melhor adequação dos serviços, contribuindo para aumentar a satisfação dos utentes quer dos profissionais.

Em termos de ganhos para o cidadão, os ACES permitem a prestação de mais e melhores cuidados, assentes em princípios de humanização e proximidade. Os ACES procuram, também, alcançar uma melhoria das condições de trabalho dos profissionais.

Relativamente às consultas de Enfermagem, contemplam-se: Saúde da Mulher (consultas de planeamento familiar, de saúde materna, de rastreio do colo do útero); Saúde Infantil e Juvenil; Doença Crónica e Patologia Múltipla (hipertensão arterial, diabetes, doenças osteoarticulares, neoplasias). Existe, ainda, a valência da vacinação e das visitas domiciliárias ao Recém-Nascido/ Família e ao Adulto.

Relativamente à **Saúde Infantil e Juvenil**, os seus objectivos incidem na:

- Promoção e avaliação do crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança/adolescente, através de métodos recomendados pela DGS e elaboração dos respectivos registos;
- Promoção do bem-estar familiar;
- Promoção o aleitamento materno durante os primeiros meses de vida;
- Prevenção Primária: adopção de estilos de vida saudáveis, cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV), prevenção de acidentes domésticos e rodoviários, prevenção da disfunção familiar, promoção da auto-estima, promoção de uma vivência sexual responsável, no auto-controlo da ansiedade e depressão;
- Prevenção Secundária: detecção e rastreio de alterações de desenvolvimento e bem-estar biopsicoemocional e familiar e respectivo encaminhamento; sinalização, apoio/orientação continuada a crianças com deficiências/ doença crónica e suas famílias; orientação familiar em situação patológica sugestiva ou confirmada; apoio e/ou orientação em situação de disfunção familiar;
- Prevenção Terciária: Apoio e/ou orientação no caso de sequelas instaladas na sequência de doença e/ou acidentes;

A USF Emergir pretende, como tal, melhorar o nível de saúde da população da área geográfica abrangente, indo ao encontro do que é referido no DECRETO-LEI nº157/99 de 10 de Maio: (...) *a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, família, a grupos especialmente vulneráveis e às comunidades.*

## **1.2. Descrição e Análise Crítica dos Objectivos e Actividades Desenvolvidas**

No decorrer do estágio, foi tido em consideração o objectivo central do percurso académico/profissional, os objectivos da USF, bem como a temática abrangida pelo projecto. Deste modo, foi definido o seguinte objectivo:

- ❖ ***Contribuir para a promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes à população abrangida pela USF Emergir***

Na definição deste objectivo foram consideradas as elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantil em Portugal, bem como o tipo de acidentes mais comuns na infância. Por outro lado, e tendo por base os objectivos definidos pelos diversos programas em vigor em Portugal, orientados para a promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes, pretendeu-se adaptar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) a esta grande temática.

Assim sendo, é de destacar o Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil, no qual se inscrevem como objectivos dos exames de saúde *Estimular a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais relacionados com (...) a adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes (...) e (...) a prevenção de acidentes e intoxicações.* (PORTUGAL, 2005).

Não menos importante, o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016 faz salientar que o mesmo *assenta numa abordagem de saúde pública para a promoção da segurança e prevenção dos acidentes* e refere que *os princípios da promoção da saúde e o desenvolvimento de estratégias centradas no cidadão, implicam, inovar na forma de intervir em cuidados de saúde primários (...)* (PORTUGAL, 2009).

O EEESCJ, segundo o REPE, presente no Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril, é o *enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área da especialidade.*

Segundo FRANÇA (2006), o enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem é um enfermeiro com competências instrumentais, interpessoais e sistémicas necessárias para a prestação de cuidados de maior complexidade à criança/adolescente e sua família, tomando por foco as respostas humanas à doença e aos processos de vida.

A OE determina que o EEESCJ trabalhe em parceria com a criança e família/pessoa significativa, seja qual for o contexto em que ela se encontre, com vista a promoção do mais elevado estado de saúde possível. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

O EEESCJ deve, assim, reconhecer o papel fundamental da família na vida das crianças, como condição na determinação das intervenções de enfermagem. Esta ideia é sustentada por GARCIA (1997), ao afirmar que *é na família que se reúnem os ambientes físico, social e afectivo, acrescentando, ainda, que é esta reunião de poderosas forças que vai influenciar a saúde do indivíduo.*

Na definição de estratégias de promoção da segurança e prevenção de acidentes, o EEESCJ deve estar ciente que é necessária uma mudança de comportamentos por parte da família, mas também dos próprios profissionais de saúde e de outros sectores da sociedade.

Assim sendo foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- ✓ Acção de Educação para a Saúde intitulada “Crescer Seguro dos 0 aos 12 Meses”

A realização desta acção de educação surgiu no âmbito dos objectivos da Saúde Infantil e Juvenil da USF, na medida em que uma das actividades propostas para desenvolver naquele ano, seria a de uma acção de educação para a saúde dirigida à família da criança/jovem, que abrangesse a temática da Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes.

Em reunião com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora de Estágio e a Enf.<sup>a</sup> Chefe, ficou determinado que a população-alvo seria os pais de crianças até aos 12 meses, uma vez que a maioria das consultas de enfermagem de saúde infantil se centravam naquela faixa etária, sendo igualmente, uma forma de sensibilizá-los para esta problemática numa idade precoce. Como base de sustentação para esta tomada de decisão, sublinho o que HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN (2006:354) referem, ao salientarem que *a tarefa da prevenção contra lesões começa a ser apreciada quando os potenciais perigos ambientais são considerados e antes que a criança chegue ao grupo susceptível.*

A data definida para a realização desta acção de educação para a saúde foi o dia 1 de Junho, o Dia da Criança. Nesse dia já estavam programadas outras actividades dirigidas às crianças de escolas daquela freguesia, e desta maneira, seria uma forma de realçar a importância da família para o desenvolvimento harmonioso da criança.

Deste modo, as estratégias implementadas para o cumprimento desta acção foram:

- Realização de convites, que foram distribuídos aos pais de crianças com idades inferiores a 12 meses, no âmbito da consulta de enfermagem de saúde infantil e pediatria e na sala de vacinação. Referindo-me ainda a este aspecto, gostaria de salientar a colaboração de toda a equipa de enfermagem daquela USF, que estando já sensibilizada para esta problemática, contribuiu para a inscrição de um maior número de utentes para assistir àquela acção.
- Elaboração de uma lista de inscrições, através da qual foi realizado posteriormente o contacto telefónico com os utentes, a lembrá-los do dia e da hora da acção.
- Elaboração de cartazes de divulgação, colocados em vários pontos estratégicos da USF, como na porta de entrada, nas salas de espera das consultas de saúde infantil e das consultas de saúde do adulto e nos corredores de acesso a essas salas.
- Pesquisa bibliográfica relacionada com o tema, como ponto de partida para a realização de um trabalho assente em conhecimentos fundamentados e credíveis.
- Elaboração do suporte de apresentação em PowerPoint, como apoio tecnológico para a exposição dos conteúdos, sintetizando aquilo que se pretendia transmitir e com o objectivo despertar o interesse dos formandos.
- Elaboração do Plano da Sessão, que orientou a sessão e delimitou os tempos necessários para a realização da mesma.
- Elaboração de um cartão com os Telefones úteis, cedido aos participantes no final da sessão, com os números de telefone a contactar em caso de necessidade, nomeadamente em caso de acidente ou outra situação inesperada de doença.
- Elaboração de um diploma de presença, entregue aos participantes no final da sessão, com o objectivo de salientar a importância das suas presenças na acção e, conseqüentemente demarcar o papel relevante que aquela família tem em promover a segurança aos seus filhos.

- Realização da Avaliação da Sessão, que permitiu identificar o que se conseguiu alcançar com sucesso e o que ainda necessita de ser melhorado. (Estes documentos encontram-se disponíveis no ANEXO I)

Para além disto, foi ainda pedida colaboração à APSI, no sentido de cederem alguns exemplares do manual “Vale a Pena crescer em segurança – Evitar os acidentes no primeiro ano de vida” (APSI, 2007), a fim de serem entregues no final da acção de educação para a saúde. Este procedimento teve como objectivo a sua possível consulta *a posteriori* por parte dos pais, como forma de consolidação de conhecimentos. Além disso, e citando REDMAN (2003:51), este tipo de material, estando sempre disponível, torna-se *flexível nas exigências de tempo (...), pelo que (...) os leitores podem controlar o ritmo de leitura e compreensão.*

Finalmente, foi contactada a empresa de cosméticos “La Roche-Posay”, a qual disponibilizou à USF uma série de amostras de protectores solares adequados às crianças daquela faixa etária, para entrega no final da sessão. Esta conduta teve como finalidade sensibilizar os pais para a importância da protecção solar na prevenção das queimaduras, uma vez que nos encontrávamos na transição da primavera para o verão, e os dias já se apresentavam muito quentes.

Reflectindo um pouco acerca realização desta acção de educação para a saúde, penso que foi uma experiência bastante gratificante, na medida em que me proporcionou mobilizar conhecimentos e transpor exemplos da minha prática para aquela actividade. Assim sendo, na abordagem para a prevenção dos acidentes, tal como é defendido por HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN (2006), o objectivo foi mostrar quais os tipos de lesões específicos para cada idade, tendo em conta o estágio de desenvolvimento que a criança atravessa, e destacar quais as medidas preventivas para cada uma delas. Por outro lado, pelo facto de exercer funções num serviço de cirurgia pediátrica/queimados, no qual se verificam internamentos de crianças com diversos tipos de traumatismo (craneo-encefálicos, abdominais, fracturas, amputações, queimaduras, entre outros), permitiu-me dar alguns exemplos de circunstâncias frequentes de acidentes naquela faixa etária, o que, para os pais, constituiu uma plataforma de reflexão, permitindo elaborar questões pertinentes para cada caso exposto. Desta forma, gostaria de salientar uma das premissas defendidas por HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN (2006:354), em que *destacar a prevenção é tão importante quanto enfatizar o porquê da lesão.*

Após a análise da avaliação da sessão realizada pelos pais, gostaria de destacar que, para a totalidade dos participantes (18), a acção colmatou, na totalidade, as suas expectativas e que consideraram “totalmente” ter sido útil para o seu dia-a-dia. Para 8 (44%) dos presentes, ficou a sugestão de esta acção ser realizada mais vezes e para 4 (22%) alguns dos assuntos abordados nunca tinham sido alvo de reflexão pela sua parte (como foi o caso da utilização da alcofa e do andarilho como constituintes de perigo de lesão). (ANEXO II)

Esta acção de educação para a saúde, por ter tido muito boa aceitação por parte dos pais, foi alvo da minha reflexão no sentido de poder aplicá-la no âmbito do **Curso de Preparação para o Parto** desenvolvidas pela USF São Domingos de Gusmão, existente no mesmo edifício (Unidade Local de São Domingos de Rana). Foi realizada, então, uma reunião informal com a Enf.<sup>a</sup> responsável pela dinamização dessas sessões, que se mostrou bastante interessada pela temática. Nessa altura foi delineada como estratégia, o desenvolvimento de um pequeno questionário (ANEXO III), dirigido às grávidas, no sentido de perceber se a acção seria pertinente e se estariam motivadas para o tema, pois, tal como defende REDMAN (2003:17), a aprendizagem *é mais eficaz quando os indivíduos estão prontos para aprender*.

Após a análise das respostas ao questionário, verifiquei que todas as 8 grávidas presentes concordaram (“Concordo”) que o tema “Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes” é importante para o seu quotidiano; quanto ao facto de ser abordado no âmbito das sessões de preparação para o parto, 4 (50%) referiram que concordavam totalmente (“Concordo totalmente”) e as restantes 4 (50%) mencionaram a sua concordância (“Concordo”).

Considerando estes dados, apresentados à Enf.<sup>a</sup> dinamizadora do curso de preparação para o parto, foi agendada, para dia 15 de Junho, a apresentação da acção de educação para a saúde, já apresentada anteriormente aos pais de crianças com idades inferiores a 12 meses.

Esta acção foi bastante dinâmica, na medida em que as grávidas expuseram algumas dúvidas relativamente aos produtos de puericultura e utensílios de segurança a adquirirem, bem como demonstraram interesse na aquisição de conhecimentos relativamente ao desenvolvimento da criança.

Considerando a avaliação da sessão, foi utilizado o mesmo instrumento da acção anterior, com resultados muito semelhantes. Gostaria apenas de acrescentar alguns comentários referidos tais como: “Adorei. Espero que este tema seja apresentado nos grupos seguintes.”; “Esta formação despertou-me para algumas situações que nunca tinha pensado.”; “Foi útil saber que existem coisas à venda no mercado que não são as mais seguras para as nossas crianças”. (ANEXO IV)

- ✓ Poster alusivo aos cuidados a ter com o sol “Amigo ou Inimigo a Escolha é Sua!”

Sabendo que um dos objectivos do exame de saúde do Programa- tipo Saúde Infantil e Juvenil é precisamente *promover a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar* (PORTUGAL, 2005), a proposta de realização desta actividade adveio de várias observações realizadas no contexto da consulta de saúde infantil e juvenil. Assim, e tendo em conta as condições meteorológicas existentes (sol e calor), verifiquei em conversa com as crianças e pais/família, que a grande maioria das crianças não apresentava a protecção adequada (vestuário e protector solar).

CORREIA (2010) refere que as queimaduras solares estão associadas a um maior risco de cancro de pele e salienta, como factor potenciador, a exposição ocasional intensa ao sol.

Relativamente a este aspecto, torna-se importante que o enfermeiro actue essencialmente ao nível da prevenção primária, indo ao encontro do que o REPE (Decreto - Lei nº 191/96 de 4 de Setembro) preconiza. As suas acções devem, assim, ter em vista a redução da incidência de determinadas doenças numa dada população, e a prevenção do risco de aparecimento de novos casos. Nesta situação, a curto prazo, as queimaduras solares, e a longo prazo, a possibilidade de ocorrência de cancro cutâneo.

Assim, agir em prevenção primária é actuar sobre factores determinantes da saúde, dos quais saliento os comportamentos, que, na situação em causa, constituem o foco das intervenções.

O poster foi realizado com base nas directrizes da Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo, sendo as ilustrações originais. (ANEXO V). Foram feitas duas cópias, uma colocada na sala de espera das consultas de saúde infantil, e outra na sala de espera das consultas do adulto, constituindo uma acção preventiva mais abrangente, uma vez que poderia abarcar além da saúde da infância, a do adulto. Este conceito, reforçado pela OE (2003), considera, deste modo, que *as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.*

Para poder complementar esta actividade, contactei a Jonhson&Jonhson, no sentido de disponibilizar livros relacionados com os cuidados a ter com o sol – “Cuida da tua pele ao Sol!”, que foram colocados nas salas de espera referidas anteriormente.

A finalidade destas acções permitiu a abordagem do tema num diferente contexto, tal como o Plano-Tipo Saúde Infantil e Juvenil também preconiza, referindo-se às salas de espera e à utilização de material informativo (PORTUGAL, 2005).

Tanto o poster como o livro, principalmente junto das crianças em idade-escolar, tiveram uma boa aceitação, chegando estas à consulta de enfermagem quase sempre com o livro na mão, referindo alguns cuidados neles inscritos quando questionadas sobre a protecção adequada.

✓ Manual Ilustrado “O Fintas quer Crescer Seguro”

A proposta da realização deste manual derivou do facto de, na consulta de saúde infantil, não existir nenhum guia de orientação no que respeita à promoção da segurança infantil e prevenção dos acidentes. Assim, verificava, muitas vezes, que as enfermeiras que dirigiam a consulta, não abordavam todos os aspectos fundamentais relativamente a esta temática, em cada estágio de desenvolvimento específico.

Após uma reflexão conjunta com a equipa de enfermagem, ficou determinado que a realização deste manual facilitaria a condução dos ensinamentos dirigidos à criança/ família relativos à promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes em cada faixa etária, constituindo um objecto de leitura, quer para os enfermeiros, quer para os pais e crianças a partir da idade escolar (ANEXO VI).

Na elaboração dos desenhos, pretendeu-se criar uma personagem, o “Fintas”, que acompanhasse o desenvolvimento da criança desde o seu nascimento, associando-a aos diferentes riscos com os quais a mesma poderia deparar-se. A técnica do desenho pretendeu, tal como citado por REDMAN (2003:51), *“aumentar a compreensão e memória (...) e diminuir a densidade do texto.”*

O manual foi impresso e plastificado, de modo a que as crianças/pais pudessem manipulá-lo sem se estragar, sendo facilmente lavável.

As crianças, principalmente a partir da idade pré-escolar, demonstraram interesse na interacção com a personagem e na colocação de questões. Segundo PAPALIA, OLDS e FELDMAN (2001:313), *“os “porquês” colocados de forma persistente pelas crianças mais novas mostram que elas são agora capazes de ligar “causa” e “efeito” (...).”*

Este tipo de acção vem salientar o facto de a promoção da saúde ser realizada “por” e “com” e não “sobre” e “para” as pessoas (Declaração de Jacarta, 1997), aumentando por conseguinte, a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (Carta de Ottawa, 1986).

#### ✓ “Lista da Casa Segura para Crianças”

A elaboração da lista da casa segura foi desenvolvida com o intuito de ajudar os pais na detecção dos perigos dentro de casa, pois, como se sabe, este é o local de maior ocorrência de ADL (ONSA, 2006).

Por outro lado, a WHO (2010) refere que a maioria dos acidentes ocorridos poderiam ser evitados se os pais/cuidadores supervisionassem cuidadosamente as crianças e mantivessem o seu ambiente seguro.

“*Criar ambientes seguros*” é uma das premissas defendidas pelo PASI, pretendendo o envolvimento de todos, no que concerne aos diversos ambientes que as crianças frequentam, diariamente, entre muitos, a casa (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE e APSI, 2009).

Esta lista foi elaborada tendo em conta cada divisão e exterior da casa e os equipamentos de segurança necessários para cada uma delas (ANEXO VII).

A lista da casa segura para crianças é fornecida aos pais no âmbito da consulta dos 6 meses, pois é neste período do desenvolvimento que a criança começa a deslocar-se sozinha pela casa. É nesta altura, também, que o adulto que convive com a criança, se deve posicionar ao nível do chão, de forma a tentar descobrir os perigos que poderão ameaçar a sua segurança (APSI, 2007).

✓ Visitação Domiciliária ao Recém – Nascido/ Puérpera

A *avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar* está contemplada no Programa-Tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil, que a determina como essencial, devendo fazer parte *das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/família* (PORTUGAL, 2005). Esta avaliação deve ser consumada sempre que a criança se desloca à unidade de saúde para a realização da consulta de vigilância ou vacinação, ou ser realizada no âmbito da visita domiciliária.

CARVALHO (1988:21), referindo-se à criança, defende que existem períodos de maior propensão para o risco e vulnerabilidade, verificando-se, sobretudo, *no período de gestação, no nascimento e nos dois primeiros anos de vida*. Conhecer os factores de risco torna-se, pois, essencial para adequar as intervenções e responder às necessidades reais de cada família.

Neste contexto, a DGS preconiza que sejam desenvolvidos “ *meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade (...)* (PORTUGAL, 2005).

A Visitação Domiciliária é considerada a modalidade de intervenção de Enfermagem que melhor permite ao enfermeiro obter um conhecimento global e integrado da criança e família no seu contexto real (físico, familiar e social), constituindo, além disso, o momento ideal para a sensibilização da mudança de comportamentos e atitudes, através da educação para a saúde.

Embora se reconheça os pais como os melhores cuidadores dos filhos, infelizmente, essa situação nem sempre se verifica, pelo que alguns não conseguem demonstrar capacidades específicas e suficientes no cuidar, levando a suspeitar de uma situação de risco potencial para a criança. Nestes casos, a visita domiciliária revela-se fundamental, permitindo, não só a determinação/confirmação de riscos potenciais para a saúde e integridade física e mental da criança, mas também a contribuição para a melhoria da qualidade de vida da mesma, através de uma intervenção precoce e sustentada num conhecimento real de cada situação.

No âmbito da USF Emergir, a visita domiciliária ao RN foi realizada tendo em conta os seguintes aspectos:

- Observação física do RN;
- Avaliação ponderal e registo no Boletim Individual de Saúde;

- Verificação dos registos no Boletim Individual de Saúde, relativamente ao momento do parto, e resultado do rastreio auditivo, entre outros registos;
- Verificação do registo de vacinação, e no caso de as vacinas não terem sido administradas a nível hospitalar, marcar data para sua administração na USF;
- Realização do diagnóstico precoce para as doenças metabólicas;
- Promoção do aleitamento materno e realização de ensinamentos sobre a amamentação;
- Relação parental;
- Ensinamentos acerca dos cuidados antecipatórios, sobre desenvolvimento infantil, higiene e conforto, cuidados ao coto umbilical, hábitos de sono, de eliminação vesical e intestinal, prevenção de acidentes e exposição solar.

Relativamente a este último ponto, e sendo a segurança infantil e a prevenção de acidentes o tema central do meu projecto, foi interessante aplicar os conhecimentos adquiridos nesta área específica. Assim sendo, e levando em consideração o estágio de desenvolvimento do RN, pretendeu-se, fundamentalmente, verificar:

- O local onde o RN era colocado a dormir e qual o seu posicionamento. Neste contexto, verificou-se que os pais, muitas vezes, dormiam com o RN, ignorando o risco de asfixia e esmagamento;
- O modo de preparação do biberão, a temperatura e o posicionamento do RN durante a sua administração;
- A verificação da existência e modo de utilização da cadeira de transporte para o automóvel, adequada ao peso e tamanho da criança;
- Verificação do local onde eram efectuados procedimentos ao RN, como a muda da fralda e o banho, reforçando a importância de nunca deixá-lo sozinho;

Também nesta visita foram colocadas questões e prestados esclarecimentos direccionados mais especificamente à puérpera, como o tipo de parto, complicações decorrentes, cuidados a ter com suturas (perineal/abdominal), presença de lóquios e suas características, cuidados a ter com as mamas e algumas complicações susceptíveis de surgir no decorrer da amamentação. Este momento revelou-se, igualmente, muito importante para o esclarecimento de dúvidas que a puérpera pudesse apresentar relativamente à sua condição de saúde.

#### ✓ Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

No âmbito da consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, tive a oportunidade de efectuar exames de saúde às crianças, tendo como objectivos aqueles que se encontram contemplados no Programa- Tipo Saúde Infantil e Juvenil.

O Programa- Tipo Saúde Infantil e Juvenil reforça a importância das acções de vigilância da saúde infantil e juvenil como determinantes para a saúde, embora refira que existem também outros factores ambientais (social, biofísico e ecológico) que condicionam o estado de saúde das crianças. Neste programa, dá-se, pois, ênfase à manutenção e promoção da saúde de

todas as crianças, garantindo cuidados de saúde adequados e eficazes, devendo ser sistematicamente aplicado nas acções de vigilância de saúde, onde quer que estas tenham lugar (PORTUGAL, 2005).

Relativamente às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, o programa estabelece como metas prioritárias, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados. A função parental é, conseqüentemente, um aspecto que os profissionais de saúde devem promover para que a família a assuma como um direito e um dever.

Deste modo, importa referir que abordagem dirigida à Criança teve como base o conceito de que a criança deve ser *necessariamente entendida como um ser em desenvolvimento numa comunidade com a qual interage através de sistemas relacionais múltiplos* (GOMES-PEDRO, 1999:57). A família deve constituir o centro de atenção na prestação de cuidados de enfermagem, pois é nela que a criança se insere, sendo a sua unidade de cuidado (WONG&WHALEY, 1999). A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) sublinha, de igual modo, a sua importância, referindo que *a família é o contexto que potencia as mudanças de comportamento e a evolução da saúde*.

A realização das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil possibilitou, através da mobilização de conhecimentos e recursos, responder às necessidades das crianças/família, tendo, como sempre, por objectivos a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e o bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

Remetendo-me ao tema da Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes, as actividades desenvolvidas e referidas anteriormente contribuíram para que esta temática tivesse assumido particular relevância junto da equipa de enfermagem da USF Emergir.

#### ✓ Vacinação

Em Cuidados de Saúde Primários, a vacinação realizada advém do Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2006- Orientações Técnicas da DGS. Segundo este Programa, *as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico* (PORTUGAL, 2006).

O PNV, dirigindo-se aos profissionais de saúde, refere que lhes compete *divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de imigrantes ou outros com menor acesso aos serviços de saúde* (PORTUGAL, 2006).

Relativamente a este aspecto, gostaria de salientar o facto de serem feitos esforços por parte de toda a equipa de enfermagem, no sentido de se proporcionar, no mesmo dia a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, a consulta médica e a vacinação, possibilitando, assim, aos utentes, um mínimo de deslocações à USF, contribuindo, simultaneamente, para uma melhor vigilância de saúde.

Reportando-me ao tema do meu projecto, também aqui houve oportunidade de efectuar alguns ensinamentos pontuais, em termos de segurança infantil e prevenção de acidentes. Dou, como exemplos, a colocação correcta dos bebés na cadeirinha de transporte, o perigo da utilização de pequenos acessórios no cabelo dos bebés (pelo perigo de ingestão/asfixia), o uso de fios à volta do pescoço a prender as chuchas, os atacadores desapertados das crianças, entre outros.

## **2. HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

O Hospital de Dona Estefânia (HDE), fundado em 1877, é um hospital central, integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, especializado no atendimento materno-infantil, constituindo a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona do sul do país e ilhas. Esta instituição recebe, ainda, crianças provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), ao abrigo de um protocolo entre o Estado Português e estes países.

De acordo com o Boletim Informativo nº 191/05 de 6 de Setembro (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA, 2005), o HDE tem como missão:

*“1. Prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à Criança e à Mulher; 2. Assegurar a formação pré-graduada e pós-graduada de acordo com padrões da mais elevada qualidade e promover a investigação; 3. desenvolver formas de ligação do hospital com a comunidade facilitando a acessibilidade dos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse dos doentes; 4. Intervir na sociedade na promoção e defesa dos direitos da Criança e da Mulher; 5. Participar em redes e projectos internacionais na área da Criança e da Mulher, nomeadamente nos domínios científicos.”*

### **2.1. Consulta Externa de Pediatria (MÓDULO I)**

A passagem pela Consulta Externa de Pediatria, entre os dias 19 e 21 de Abril de 2010, esteve associada aos Recursos da Comunidade, Módulo I. Neste contexto, foi definido como objectivo: conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento da Consulta Externa de Pediatria, e o papel do enfermeiro neste contexto.

As principais actividades desenvolvidas passaram pela realização de uma reunião com a equipa de enfermagem, no sentido de perceber quais os tipos de especialidades existentes, o circuito de atendimento da criança/família e articulação com outros serviços daquela instituição e da comunidade, os recursos humanos e materiais existentes. Foi, também, realizada uma

visita às instalações, para conhecimento da sua organização física e uma observação participativa nas consultas de enfermagem da área da pediatria cirúrgica, nomeadamente na consulta de preparação pré-operatória.

Esta consulta, realizada pelo enfermeiro é, sem dúvida, uma mais-valia para a integração e diminuição da ansiedade, da criança e da família, durante o internamento hospitalar, pois, tal como refere WONG (1999:560), *o motivo para o preparo das crianças para a experiência hospitalar e para os procedimentos correlatos baseia-se no princípio de que o medo do desconhecido (fantasia) excede o temor do conhecido. Portanto, diminuir os elementos de desconhecimento resulta em menor medo.*

A consulta de preparação pré-operatória realiza-se após a consulta com o anestesista, habitualmente no dia anterior à cirurgia. A preparação é dirigida aos pais/criança, sendo que os ensinamentos realizados têm sempre em conta a idade e o estágio de desenvolvimento cognitivo da criança. O tempo dispendido em cada uma delas é sempre condicionado por estas determinantes.

Uma das coisas que me despertou particular atenção foi o facto de todas as consultas, independentemente da idade da criança, terem sido realizadas utilizando estratégias diferentes. Este facto é sustentado pela premissa de que *a conduta óptima é aquela que é individualizada para cada criança e família* (WONG, 1999:560). Por outro lado, constatei que, mesmo as crianças sujeitas a cirurgias anteriores eram objecto desta consulta. Este tipo de acção é também defendida pela mesma autora, que refere *todas as crianças, mesmo aquelas que foram hospitalizadas antes, beneficiam-se de uma introdução ao ambiente e à rotina da unidade* (WONG, 1999:560).

Os materiais utilizados no âmbito desta consulta consistiam em livros, equipamento hospitalar real e em miniatura, apresentação em PowerPoint, vídeo, bonecos, entre outros. As crianças, no geral, estiveram sempre bastante receptivas, interagindo e colocando questões; esta consulta era desenvolvida, em muitos casos, como uma brincadeira, acontecimento que deixava a criança e os seus pais mais descontraídos e mais à vontade para expressarem as suas dúvidas.

As informações apresentadas dirigiam-se no sentido de aquela criança/família conhecer um dos serviços de cirurgia, bem como o bloco operatório daquele hospital, os profissionais que nele podiam encontrar, os acontecimentos relacionados com a preparação para a cirurgia propriamente dita, os percursos e as estruturas físicas inerentes e quais os cuidados no pré, no intra (indução anestésica) e no pós-operatório imediato.

Por fim, gostaria de relevar que esta passagem pelas consultas externas constituiu uma mais-valia a nível profissional, pois, exercendo funções no serviço de cirurgia pediátrica daquele hospital, permitiu-me conhecer todo trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem dirigido à criança/família, antes de serem internadas e, assim, revalidar e aprofundar algumas informações e ensinamentos realizados naquele âmbito.

Relativamente ao tema do meu projecto, pude constatar que, embora a consulta do HDE possua consultas de enfermagem bem organizadas, não dispõe ainda de recursos humanos, materiais e infra-estruturas suficientes para dinamizar projectos na área da educação para a saúde. Com efeito, seria interessante e, porventura, claramente proveitoso poder trabalhar-se grupos de pais, mesmo em contexto da sala de espera, abordando diferentes temáticas, como os acidentes domésticos, rodoviários, alimentação saudável, saúde oral, entre outros. As estratégias a utilizar poderiam passar pela organização de acções de educação para a saúde, elaboração de posters e folhetos informativos, dinamização de actividades lúdicas e jogos, bem como apresentação de videogramas.

## **2.2. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) (MODULO III)**

O primeiro contexto do Módulo III do Estágio foi realizado no SUP do HDE, de 22 de Novembro a 19 de Dezembro de 2010.

### **2.2.1. Caracterização do Local de Estágio**

O SUP fica situado no piso 0 do edifício central do hospital, pertencendo orgânica e funcionalmente ao Departamento de Urgência/Emergência. Este departamento tem como filosofia: promoção da qualidade assistencial na perspectiva do melhor serviço prestado à comunidade; diálogo e decisão, por consenso, com a participação colegial dos assessores da direcção; obediência à legislação vigente, respeitando os princípios da deontologia, da ética profissional, da hierarquização das funções e da educação cívica.

Este serviço divide-se em Urgência Médica e Urgência Cirúrgica, funcionando em espaços distintos, embora a equipa de enfermagem seja comum. O SUP recebe crianças desde o nascimento até aos 18 anos menos um dia, e funcionando, muitas vezes, como “porta de entrada” da criança/família no hospital.

A criança pode ser admitida, vinda por iniciativa da família ou de outra entidade que a tenha à sua responsabilidade (escola, por exemplo), por referência da Saúde 24, por transferência de outras instituições de saúde (hospitais ou centros de saúde), ou por transporte pelo Instituto Nacional de Emergência Médica ou pelos bombeiros.

A equipa multiprofissional é composta por médicos de várias especialidades (endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, infecciologia, imunoalergologia, pneumologia, nefrologia, neurologia, cirurgia, ORL, ortopedia), enfermeiros (a maioria deles generalistas), assistentes operacionais, assistentes administrativos, técnicos de limpeza, seguranças, polícia. Esta equipa é, ainda, constituída por outros profissionais do HDE que, embora não estando permanentemente no SUP, dão apoio sempre que necessário. São eles obstetras, ginecologistas, oftalmologistas, neurocirurgiões, pedopsiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e mediador cultural.

Os cuidados de enfermagem são prestados de forma individualizada, utilizando-se o modelo teórico de Nancy Roper (aplicado essencialmente às crianças internadas na UICD). O método de trabalho é por enfermeiro responsável.

### **Triagem**

O método de triagem, efectuado pelo enfermeiro após a inscrição da criança, é baseado na triagem de Manchester, segundo critérios estabelecidos pelas normas do Grupo Português de Triagem da Grande Lisboa e adaptado à realidade do SUP do HDE. Este tipo de triagem visa o estabelecimento de prioridades para o atendimento médico. Assim, foram estabelecidos os seguintes objectivos: assegurar tratamento imediato nas situações de emergência; classificar as crianças segundo a situação de gravidade; determinar o encaminhamento para a área de atendimento adequada à situação da criança.

A classificação de prioridades, determinada pelo enfermeiro, consiste na atribuição de cores conforme a situação da criança: Vermelho - Emergente; Laranja - Muito Urgente; Amarelo – Urgente; Verde – Não Urgente. A prioridade “Emergente” atesta todo o atendimento cuja espera poderia custar a vida da criança ou colocar em risco a sua integridade física/mental; “Muito Urgente”, o atendimento cuja espera não deve ser superior a 10 minutos, por colocar a sua integridade física/mental em risco; “Urgente”, o atendimento cuja espera poderá ser entre 10 e 60 minutos, não causando risco de vida ou à integridade física/mental da criança; “Não Urgente”, o atendimento cuja espera poderá ser efectuada até 120 minutos, não causando risco de vida ou comprometimento da integridade física/mental da criança.

### **Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD)**

Nesta unidade, a criança fica internada sempre que se preveja a resolução ou estabilização da sua situação clínica, num período não superior a 48 horas. Completando-se este tempo, a criança ou tem alta ou é transferida para uma enfermaria. As situações mais frequentes são: desequilíbrio hidro-electrolítico, dificuldade respiratória moderada/grave, vigilância do estado neurológico, entre outras.

### **Sala de Tratamentos**

Esta sala é utilizada para qualquer tipo de procedimentos a realizar à criança, sendo reavaliada posteriormente pelo médico.

### **Área da Cirurgia**

A área da cirurgia abrange as seguintes valências: cirurgia geral, urológica, plástica, queimados, ortopedia, neurocirurgia e ORL.

As situações mais comuns são as fracturas, as apendicites agudas, as oclusões intestinais, as hérnias encarceradas, as queimaduras, os esfacelos, entre outros.

A criança, que é observada por estas especialidades, poderá ter alta ou, se necessário, internada num dos serviços de cirurgia do HDE, para tratamento.

## 2.2.2. Descrição e Análise Crítica dos Objectivos e Actividades Desenvolvidas

A definição dos objectivos propostos foi desencadeada após uma reflexão acerca da temática, neste caso dirigida ao acidente “Queimadura”, bem como da expressão de diferentes necessidades apresentadas pela equipa de enfermagem do SUP.

Relativamente à minha reflexão, importa referir que o contexto das minhas funções de enfermeira, desde há 12 anos, sempre teve como alvo a prestação de cuidados de enfermagem à criança/família queimada. Esta problemática apresenta-se, assim, como uma constante no meu dia-a-dia, verificando que a queimadura constitui um agente causador de desequilíbrio ao nível da criança e do sistema familiar onde está inserida. Na criança, WONG (1999) refere que a sua reacção é determinada por alguns factores como o seu estágio de desenvolvimento; a experiência prévia com a doença, separação ou hospitalização; os seus mecanismos de adaptação inatos ou adquiridos; a gravidade do diagnóstico; e o sistema de suporte disponível. CARVALHO e ROSSI (2006), referindo-se ao desequilíbrio familiar, reforçam que este é dinâmico, decorrendo de necessidades internas (redistribuição de papéis, reorganização emocional, medo, insegurança, culpa, agressividade) e de solicitações e pressões do ambiente externo (quebra de rotina, aspectos socioeconómicos).

Tendo em conta o contexto em que as crianças/famílias são atendidas, neste caso a urgência, gostaria de sublinhar, tal como refere WONG (1999:592), que *uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança e seus pais é uma admissão de emergência. O início repentino de uma doença ou a ocorrência de uma lesão deixa pouco tempo para preparação e explicações.* A criança e a família são, assim, expostos a um ambiente estranho e ameaçador, gerador de “stress”.

No que diz respeito ao estágio no SUP, o meu papel como aluna de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foi, através de um levantamento de necessidades, melhorar o atendimento à criança/família vítima de queimadura. Gostaria, de igual modo, realçar que actualmente o HDE tem a única Unidade de Queimados Pediátrica de referência em todo o país.

Para o levantamento das necessidades, foi importante a reunião formal que se concretizou com o Enf.<sup>o</sup> Chefe da SUP e com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora de Estágio, focalizando, desde início a preocupação em uniformizar procedimentos às crianças vítimas de queimadura que davam entrada naquele hospital. Os factores que contribuíram para tal foram: 1- a criança muitas vezes ao ser admitida na urgência, não ser atendida oportunamente pelos cirurgiões (por estarem a meio de uma cirurgia, por exemplo) e darem instruções de actuação telefonicamente aos enfermeiros; 2- a abordagem da criança e o seu tratamento serem processados de modo diferente em cada equipa médica de cirurgia, não constituindo muitas vezes a melhor prática.

Como ponto de partida para o desenvolvimento dos meus objectivos e actividades, senti necessidade de elaborar um pequeno diagnóstico de situação relativamente à problemática das Queimaduras em Portugal, e especificamente no HDE. Este processo foi conduzido da

seguinte forma: contactei, via correio electrónico, os responsáveis pelo projecto ADELIA, que me enviaram dados provisórios de ADL de crianças dos 0 aos 19 anos, referentes a 2006; da mesma forma, contactei o Núcleo de Estatística do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, que me enviou uma listagem de episódios de urgência de crianças com queimadura do ano 2009; por fim, através do sistema informático do SUP do HDE, consegui obter também alguns dados que complementaram os anteriores, nomeadamente quanto ao tipo de proveniência da criança.

Curiosamente, o registo de crianças com queimadura só no SUP do HDE foi muito superior ao do ADELIA, respectivamente 333 e 207, respectivamente, embora tenham sido registos em anos diferentes e sabendo que o HDE não está integrado naquele projecto. Este dado permitiu concluir que os dados do ADELIA não são representativos relativamente à realidade portuguesa, e que, portanto, todas as instituições de saúde deveriam ser integradas neste projecto, de forma a obter-se dados estatísticos o mais próximo da realidade existente.

A partir os dados colhidos, foi realizada uma análise estatística, que resultou no trabalho que se poderá consultar em anexo (ANEXO VIII). Este trabalho permitiu, assim, chegar a algumas conclusões determinantes, como a idade prevalente deste tipo de acidente (1 a 2 anos), a proveniência das crianças (exterior, centros de saúde, hospitais) e o desfecho daquele episódio em termos de encaminhamento (saliento que daquelas que necessitaram de encaminhamento posterior, 30% teve que ficar internada).

Como reflexão e sugestão, penso que o desenvolvimento de articulação e parcerias com outras instituições (de saúde ou outras), apostando na prevenção, e na formação dos profissionais que atendem as crianças vítimas de queimadura, poderão além de contribuir para a diminuição do número de queimaduras, dar uma participação positiva para um melhor atendimento e, conseqüentemente, reduzir o impacto das mesmas em termos de mortalidade, morbidade e incapacidade.

A investigação assume-se, assim, de fulcral importância para os cuidados, pois, tal como é defendido por POLIT e HUNGLER (1995:15), permite *melhorar a prática dos seus membros, de modo a que os serviços oferecidos aos seus clientes tenham maior eficácia.*

O trabalho supra-citado serviu, ainda, como ponto de partida para a definição de um dos objectivos específicos:

❖ ***Sensibilizar a população que ocorre ao SUP do HDE relativamente à importância da prevenção das queimaduras, em particular nas crianças.***

Para concretizar este objectivo foi utilizada como estratégia a elaboração de um poster intitulado “Sabia que...” (ANEXO IX), no qual foram inseridos dados da WHO (2008) relativamente às queimaduras, e os dados analisados no trabalho de estatística referido anteriormente. A mensagem subjacente e os números apresentados pretenderam provocar impacto na população-alvo, sensibilizando-a e, simultaneamente, informando-a do modo correcto de actuação em caso de acidente.

Relativamente a este último ponto, o facto de introduzir o “Como deve actuar em caso de queimadura”, resultou da partilha de experiências com a equipa de enfermagem. Assim, verificou-se que a grande maioria das crianças com queimadura não tinha sido devidamente socorrida no momento do acidente. Incluir os primeiros socorros iria, deste modo, ao encontro de um dos objectivos do PASI (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE e APSI, 2009:2), *minimizar os acidentes - (...) agir após o acidente, rápida e eficazmente de forma a reduzir os danos já causados, ou impedir que aumentem/piorem.*

Os procedimentos adequados inscritos no poster, tiveram como base as directrizes da UNICEF e da APSI.

Para o SUP, ficou a sugestão de se tentar integrar o HDE no projecto ADELIA, pois desta forma a caracterização dos acidentes em Portugal, e em particular nas crianças, seria mais próxima da realidade (tal como ficou comprovado através do trabalho de análise estatística desenvolvido).

No âmbito deste estágio, foi também determinado como objectivo específico:

❖ ***Uniformizar procedimentos na abordagem da Criança queimada, no âmbito do SUP do HDE***

Este objectivo teve como base de fundamentação a reunião com o Enf.º Chefe e com a Enf.ª Orientadora de estágio, como ponto de partida para a determinação das necessidades, referida anteriormente.

Assim, para a sua concretização, foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- ✓ Elaboração da norma de procedimentos sectorial (área da pediatria médica) intitulada “Abordagem da Criança/Adolescente Queimado no âmbito do Serviço de Urgência Pediátrica”

A necessidade de implementar sistemas de qualidade é, hoje em dia, um facto assumido, quer internacionalmente, pela OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais, como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto de Qualidade em Saúde.

Tendo em conta o contexto em que se apresenta, a norma de procedimentos pretende, desta forma, funcionar como um instrumento de qualidade, de acesso aos profissionais de saúde, tendo em vista uma melhor prestação de cuidados, neste caso às crianças vítimas de queimadura.

A premissa invocada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002), de que *a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional*, surgiu como ponto de partida para a tentativa de abranger alguns elementos da equipa multidisciplinar que contactam, diariamente, com crianças vítimas de queimaduras.

Assim sendo, e tendo em conta o diagnóstico levantado pela equipa de enfermagem do SUP, representada pelo Enf.º Chefe e pela Enf.ª Orientadora de Estágio, dei início ao meu trabalho, na tentativa de envolver outros profissionais de saúde. Foram realizadas, então, várias reuniões, com os responsáveis pelo SUP e a equipa médica dos queimados e o grupo de trabalho contra a Dor do HDE, tendo, todos eles, manifestado interesse em participar e cooperar na elaboração da norma proposta.

Esta norma surgiu, conseqüentemente, de um trabalho conjunto, em que, para além da pesquisa bibliográfica, foram discutidas diversas situações que constituíram alvo de reflexão por parte de toda a equipa, no sentido de serem tomadas as melhores decisões, tendo por base a ética e a deontologia profissional.

A actuação integrada desta equipa multidisciplinar foi, portanto, ao encontro do reconhecido por LACERDA e SANTOS (1994:123) de que *a união de esforços e interesses (...) aliado ao (...) reconhecimento da interdependência (...) propicia um trabalho harmonioso.*

De uma forma resumida, foram contempladas na norma os procedimentos inerentes ao exame primário e secundário da criança queimada, bem como o tratamento em si da queimadura. Não poderia deixar de referir que foi dado especial relevo à avaliação da dor e administração de analgesia, pois, tal como refere HERNDON (2002:43) *todas as queimaduras são dolorosas.*

Por outro lado, a DGS (2003), invocando a importância da Dor, refere que *o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.*

Para terminar, gostaria de referir que a norma está em fase de aprovação pelo HDE, o que, por essa razão, inviabilizou a sua apresentação à equipa de enfermagem do SUP. Ficou o meu compromisso, porém, em apresentá-la numa fase posterior (ANEXO X). Por outro lado, e aproveitando a realização deste trabalho enquadrado numa equipa multiprofissional, ficou também já projectada no âmbito da Unidade de Queimados e com o grupo de trabalho contra a Dor, a realização de uma norma de procedimentos relacionada com a analgesia da criança queimada, dado que os contextos em que ela se enquadra são diferentes relativamente ao SUP.

✓ Elaboração do fluxograma “Abordagem da Criança/Adolescente Queimado”

Este fluxograma surgiu da necessidade de sistematizar, sob a forma de representação esquemática, os procedimentos incluídos na norma realizada. Deste modo, e sabendo que a criança com queimadura passa por vários contextos dentro do SUP (triagem e urgência de cirurgia), pretendeu-se diferenciar as intervenções tendo em conta as respectivas fases e postos de trabalho. O fluxograma irá ser, assim, colocado no local de triagem, bem como na sala de tratamentos da Urgência de Cirurgia do SUP (ANEXO XI)

Como sugestão, ficou a possibilidade de ser realizado um quadro, a expor na sala de observação médica e na sala de tratamentos, acerca dos procedimentos farmacológicos e não farmacológicos contra a dor, referidos na norma elaborada.

✓ Elaboração do “Check-list” de Admissão: Criança/Adolescente Queimado

No que diz respeito a esta actividade, além de ter sido uma necessidade manifestada pela equipa de enfermagem do SUP, foi também uma constatação da minha experiência profissional como enfermeira da Unidade de Queimados. Deste modo, e apesar de existir um sistema informatizado no SUP para a elaboração da colheita de dados, este não se adequa à especificidade da criança queimada, pelo que os registos são insuficientes, tendo em conta a avaliação e intervenções de enfermagem desenvolvidas.

O instrumento elaborado direcciona a avaliação para os dados gerais da criança, história da queimadura, sinais vitais, estado de consciência, localização/profundidade/descrição da queimadura, medicação administrada, e intervenções de enfermagem com base na CIPE 1,0, adoptada pelo hospital (ANEXO XII).

Relativamente à utilização deste suporte, o mesmo ficará integrado no programa informático de acesso aos enfermeiros do SUP; no entanto, as informações que nele se vierem a inscrever, terão o objectivo de serem impressas e de acesso à Unidade de Queimados, consulta externa ou outras unidades de saúde para as quais as crianças sejam transferidas, permitindo, assim, uma continuidade de cuidados.

### **2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (MÓDULO III)**

O segundo contexto do Módulo III do Estágio foi realizado na UCIN do HDE, de 03 a 26 de Janeiro de 2010.

#### **2.3.1. Caracterização do Local de Estágio**

A UCIN localiza-se no Piso 1 do edifício principal do HDE, pertencendo orgânica e funcionalmente, ao Departamento de Urgência/Emergência.

É constituída por uma sala de cuidados intensivos e por outra de intermédios, cada uma com capacidade para 9 e 10 incubadoras, respectivamente.

Os recém-nascidos admitidos na UCIN pertencem geograficamente à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Zona Sul do país, Açores e Madeira. A sua admissão é realizada, na maioria das vezes, por transferência do Bloco Partos do HDE, mas podem também vir transferidos de outros serviços do mesmo hospital, ou de outras unidades hospitalares transportados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.

As patologias mais frequentes são do foro infeccioso (bronquiolite, pneumonia, septicemia), malformações congénitas (hérnia diafragmática, atresia do esófago e intestinal, onfalocelo,

gastrosquisis, mielomeningocele, malformação cardíaca, síndrome poli-malformativo) e prematuridade.

A equipa multidisciplinar permanente, que acompanha os RN, é composta por enfermeiros (uma grande parte deles com o título de enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria), médicos e assistentes operacionais. Contribuem, ainda, sempre que necessário, médicos de outras especialidades, anestesistas, enfermeiros do bloco operatório, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de radiologia, psicóloga, assistente social, mediador cultural.

Após a alta da UCIN, o RN poderá ter vários destinos: domicílio, hospital de origem ou outro serviço de internamento do HDE.

### **2.3.2. Descrição e Análise Crítica dos Objectivos e Actividades Desenvolvidas**

O caminho perspectivado para a definição dos objectivos teve como ponto de partida conhecer o trabalho desenvolvido no âmbito da Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes, e as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem da UCIN.

Assim, após a realização de uma reunião informal com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora e a Enf.<sup>a</sup> Responsável, verifiquei que já tinha sido produzido algum investimento nesta área e que, inclusivamente, a UCIN tinha uma enfermeira responsável por este projecto.

Relativamente ao trabalho desenvolvido em Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes, e em conversa com a enfermeira responsável pelo projecto, pude constatar a existência de:

- Folheto dirigido aos pais com o tema “Prevenção de Acidentes no primeiro ano de vida” (ainda para aprovação no gabinete de comunicação do HDE);
- Folheto dirigido aos pais com o tema “Transportar em Segurança” (ainda para aprovação no gabinete de comunicação do HDE);
- Instrução de Trabalho dirigida à equipa de enfermagem, intitulada “O Bebé passageiro: prevenção rodoviária no primeiro ano de vida”;
- Instrução de Trabalho dirigida à equipa de enfermagem, intitulada “Prevenção de Acidentes no primeiro ano de vida”;
- Acções de formação dirigidas aos profissionais de saúde daquela unidade sobre as temáticas referidas anteriormente.

Posto isto, e levando em consideração que já existia uma sensibilização prévia dos profissionais, considerei necessário compreender a filosofia e dinâmica da UCIN, de forma a delinear objectivos e intervenções adequados ao contexto.

A UCIN é um serviço constituído por uma equipa multiprofissional e equipamentos altamente especializados, que trabalha de modo a aumentar a probabilidade de sobrevivência e diminuir a morbilidade do RN de risco. A par disto, é um serviço que (...) *valoriza tanto a satisfação*

*científica e tecnológica (...) como os cuidados holísticos e humanistas que visam salvaguardar a qualidade de vida e promover o desenvolvimento dos três grupos humanos que se entrecruzam nesses serviços: bebês, pais e profissionais (BARROS, 2001:297).*

Alguns RN, de forma a assegurar a sua sobrevivência, poderão necessitar de internamentos prolongados, enquanto outros serão apenas sujeitos a uma hospitalização breve. Contudo, e segundo (BARROS, 2001:301) existe sempre o factor “stress” subjacente, *tanto para o bebé, que pela sua imaturidade tem mais dificuldade em se adaptar à estimulação intensiva e continuada, como para os próprios pais que têm de se adaptar ao seu novo papel, numa situação tão artificial e estranha.*

Os pais, face à situação de internamento inesperado do seu filho, são forçados a lidar com emoções complexas de medo, ansiedade, raiva, culpabilidade, o que poderá condicionar o estabelecimento duma relação de vinculação (BARROS, 2001). Por outro lado, e conforme referem ROLIM e CANAVARRO (2001), esta circunstância leva-os a experienciar *uma permanente luta pela vida, em que cada dia é uma vitória e sinal de que o confronto com a morte foi adiado.*

O desafio colocado aos enfermeiros que prestam cuidados numa UCIN não se centra, assim, apenas em assegurar a sobrevivência do RN, mas também no envolvimento da família, no seu cuidado. Os pais devem ser considerados como elementos integrantes e activos na equipa, sendo os mais importantes cuidadores do seu filho (ALS e GILKERSON, 1997).

O EEESCJ deve, assim, facultar aos pais os conhecimentos necessários para o melhor desempenho da sua função parental, tal como o Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil preconiza: *(...) O reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos prioritários. (...) Favorecem o desenvolvimento da função parental (...) competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la (PORTUGAL, 2005)*

Casey, citada por FERNANDES e RAMOS (2000:22) reforça a premissa anterior referindo que *os cuidados centrados na família e prestados em parceria com esta, são a filosofia de Enfermagem Pediátrica (...) e incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.* Por outro lado, as mesmas autoras salientam que o Enfermeiro deverá proceder a uma negociação com os pais relativamente à sua responsabilidade nos cuidados, avaliando e reavaliando a sua capacidade e envolvimento.

O acolhimento realizado aos pais constitui, sem dúvida, o início do estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa de presta cuidados ao seu filho, que possibilitará uma colaboração mútua (SERAFIM e DUARTE, 2005). Deste modo, torna-se importante que o enfermeiro ajude os pais a expressar os seus sentimentos, as suas dúvidas e anseios, bem como incentivar o contacto precoce com o seu filho.

A interação dos profissionais de saúde com os pais, segundo FERNANDES e RAMOS (2000:24), *deve ser sempre adequada ao seu nível cultural e ao seu estado emocional, de modo a permitir uma troca de informação adequada, eficaz, clara e consistente, a fim de não agravar a ansiedade já existente.*

Relativamente à permanência dos pais junto do RN durante todo o internamento, sabe-se que contribui para a preparação da alta, na medida em que são criadas múltiplas oportunidades para que o *enfermeiro actue como educador* (FERNANDES e RAMOS, 2000:24).

Para finalizar, gostaria de salientar uma afirmação proferida por BARROS (2001:307) ao referir-se aos pais no contexto da hospitalização do seu filho RN: *O período de hospitalização do bebé, em que os pais estão em contacto diário com os diferentes profissionais e com os outros pais, e o próprio processo de adaptação ao filho, é um tempo crucial de ensaio de novas significações e construções sobre este filho e sobre o papel de pais.*

Considerando toda a problemática abordada anteriormente, e dado que, na percepção da equipa de enfermagem da UCIN, os pais estão muito receptivos a receber informação relacionada com a educação para a saúde na perspectiva de alta para o domicílio, decidi, então, abordar a promoção da segurança infantil e a prevenção de acidentes neste contexto.

Inicialmente, com base nos diagnósticos dos RN, verificou-se que, naquela situação concreta, cerca de 70% constituiu RN prematuros, o que me fez pensar na pertinência em abordar o quarto do bebé como ambiente seguro. Neste caso, e em conversa com os pais, o que se verificou foi que a grande maioria não tinha ainda o quarto do bebé organizado ou não possuíam os equipamentos necessários.

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016 reforça este conceito referindo que, em matéria de habitação e saúde, as acções a desenvolver devem procurar adequar a casa, tornando-a num ambiente seguro. (PORTUGAL, 2009)

O PASI, por seu lado, defende a premissa “*Criar ambientes seguros*”, pretendendo abranger os diversos ambientes que as crianças frequentam diariamente, como a casa. (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE E APSI, 2009)

Assim, foi definido como um dos objectivos:

- ❖ ***Contribuir para a promoção de um ambiente seguro em casa das crianças internadas na UCIN, nomeadamente no seu quarto***

Para a concretização deste objectivo, foi importante a realização de uma pesquisa bibliográfica assente em vários pressupostos, como as normas europeias de segurança das diferentes peças imobiliárias, utensílios de segurança, brinquedos, entre outros. O material bibliográfico recolhido serviu, assim, como plataforma para a elaboração de:

- ✓ Acção de educação para a saúde, intitulada “O quarto do bebé...um ambiente seguro!”.

Como actividades contíguas, elaborei:

- Convites, que foram distribuídos aos pais das crianças internadas;
- Cartazes de divulgação, colocados em vários pontos estratégicos da UCIN, como no “hall” de entrada e nos vestiários dos pais;
- Suporte de apresentação em PowerPoint, como apoio tecnológico para a exposição dos conteúdos, sintetizando aquilo que se pretendia transmitir e com o objectivo despertar o interesse dos formandos. Este suporte foi também entregue aos pais em formato de papel.
- Plano da Sessão, que orientou a sessão e delimitou os tempos necessários para a realização da mesma.
- Diploma de presença, entregue aos pais no final da sessão, com o objectivo de salientar a importância da sua presença e, conseqüentemente, demarcar a sua importância na promoção da segurança do seu filho.
- Avaliação da Sessão, que permitiu identificar o que se conseguiu alcançar com sucesso e o que ainda necessita de ser melhorado.

(Estes documentos encontram-se disponíveis no ANEXO XIII)

Em termos participativos, esta acção contou com a quase totalidade dos pais de crianças internadas na UCIN, o que me fez reflectir sobre a sua importância para aquela população-alvo. Desta forma, e tendo em conta a dinâmica que os pais incutiram à acção na colocação de questões, fizeram-me concluir que eles se preocupam com o bem-estar e segurança posterior dos seus filhos. Por outro lado, esta atitude leva-me a colocar uma questão que entendo pertinente, no contexto em análise: será que isto sucede como corolário lógico e directo do facto, potencialmente traumatizante, de pensarem ou terem pensado que o seu filho corre ou correu perigo de vida e que, por isso, é fundamental para eles mantê-lo em segurança?

Relativamente à avaliação da sessão, e em termos gerais, saliento que 100% dos participantes “concorda totalmente” que a acção foi útil para o seu dia-a-dia (ANEXO XIV).

Outro dos objectivos definidos prendeu-se, também, com a criação de um ambiente seguro, mas especificamente durante o sono da criança.

Este propósito adveio, assim, de um levantamento de informação relativamente à mortalidade das crianças até 1 ano de idade, que me permitiu concluir que a Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) constitui uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos, particularmente nos ocidentais. (SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2009).

Relativamente a Portugal, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) refere que a SMSL é um fenómeno que também acontece, embora se *desconheça a sua verdadeira extensão* (SPP, 2009:1). Sabe-se, no entanto, que a SMSL, tendo em conta a sua conceptualização actual é um **acidente multifactorial**, no qual se inscreve uma *predisposição individual* (causas

genéticas), *causas desencadeantes* (infecção, refluxo gastroesofágico, hipertonia vagal, hipertermia) e *causas favorecedoras* (relacionadas com o ambiente do lactente). (SPP, 2009)

A SPP defende, assim, a divulgação de informação sobre medidas de protecção como forma de reduzir a incidência de SMSL, tal como já foi comprovado por estudos epidemiológicos realizados pela Academia Americana de Pediatria (SPP, 2009).

Como principal medida para redução de SMSL, é defendido que a posição mais segura para dormir é o decúbito dorsal. Estudos epidemiológicos desenvolvidos pela academia supracitada permitiram demonstrar que este posicionamento contribuiu para uma redução de mortalidade entre 20% a 67% (SPP, 2009).

Em Portugal, esta recomendação consta do Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil, podendo ler-se que o bebé deve ser deitado *preferencialmente de costas* (PORTUGAL, 2005).

Tendo em conta o contexto da UCIN, verifica-se que as crianças são posicionadas de diversas formas; no entanto, as crianças apresentam-se monitorizadas, e qualquer alteração da frequência respiratória é detectada precocemente.

Em conversa com os pais de crianças internadas na UCIN, pude constatar que a sua maioria considera o decúbito lateral o mais seguro, pelo que a maioria o justifica como sendo um posicionamento muito praticado na UCIN.

Deste modo, considerei pertinente a definição do seguinte objectivo:

- ❖ ***Sensibilizar os pais para a importância de um ambiente seguro durante o sono do bebé, na prevenção da SMSL.***

Para a concretização deste objectivo foram realizadas as seguintes actividades:

- ✓ Elaboração de um videograma intitulado “Sono Seguro”

Este trabalho foi realizado com a colaboração de vários intervenientes que assim o tornaram possível: o bebé e a mãe que participaram no filme e autorizaram a utilização das imagens, o cameraman, o técnico de som e o produtor (ANEXO XV)

Relativamente aos conteúdos, pretendeu-se abordar o posicionamento mais seguro durante o sono, quais as características que o lugar para dormir deve apresentar, entre outras medidas que contribuem para reduzir o risco de SMSL. As orientações tiveram como base de sustentação teórica a SPP e Academia Americana de Pediatria.

O videograma foi apresentado no âmbito da acção de educação para a saúde referida anteriormente, e a sua pretensão posterior é que seja incluído no site do hospital e no site específico da UCIN, que se encontra em construção.

✓ Elaboração do folheto “Como reduzir o risco de morte súbita do bebé”

Este folheto surgiu no âmbito da preparação para a alta e pretende dar algumas informações aos pais acerca da SMSL e quais as medidas que poderão adoptar para a redução do seu risco (ANEXO XVI).

Como ultimo objectivo, e tendo em vista o transporte seguro da criança no momento da alta, definiu-se:

❖ ***Promover o transporte seguro em automóvel das crianças da UCIN com alta programada para o domicílio.***

A definição deste objectivo teve em consideração dois factores: os acidentes de viação constituírem a maior causa de mortalidade e incapacidade (temporária ou definitiva) nas crianças, em Portugal (APSI, 2010); e por outro lado, o facto de a DGS (2010c) preconizar o transporte de crianças em automóvel desde a alta da Maternidade, embora neste contexto se tenha que se considerar a alta da UCIN.

Relativamente à alta da criança, e como referi anteriormente, já existe uma Instrução de Trabalho elaborada pela UCIN, que revela as orientações sobre os SRC: “O Bebé Passageiro: Prevenção Rodoviária no primeiro ano de vida”. Este documento, além de fornecer informações gerais acerca dos SRC, faz ainda referência ao transporte dos RN prematuros e de baixo peso, uma vez que esta é uma realidade muito frequente nesta unidade.

Após reunião informal com a enfermeira responsável pelo projecto, constatou-se que havia ainda alguma dificuldade na operacionalização da referida instrução, pelo que sugeri a elaboração de um documento auxiliar, que fosse preenchido pelos enfermeiros no momento da preparação da alta:

✓ Check-list “Alta da UCIN para Casa – Transporte Seguro”

Este instrumento teve, assim, como suporte teórico a Instrução de Trabalho existente e as recomendações da DGS, da SPP e da secção de Neonatologia da SPP (ANEXO XVII)

O check-list, enquanto decorreu o meu estágio, não teve hipótese de ser testado, ficando na posse da enfermeira responsável pelo projecto da Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes, a fim de verificar a sua viabilidade de aplicação.

Penso que este suporte irá contribuir para aumentar a eficácia no que diz respeito à segurança das crianças no transporte em automóvel, bem como despistar situações em que a criança não se encontra apta para ir para casa (como no caso de SRC inadequados, ou a criança apresentar parâmetros vitais incompatíveis para o transporte, tal como poderá suceder nos RN prematuros/baixo peso).

### 3. UMA REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ...

COUCEIRO (1995:11), entende que a reflexão é *indispensável para articular a experiência e o processo formativo*, contribuindo para compreender uma actividade e produzir um novo saber. Subentende-se, assim, que os enfermeiros devem assumir uma atitude de permanente de interrogação, confronto e debate de ideias sobre as suas práticas, como forma de construção do seu saber.

Relativamente ao desenvolvimento profissional da Enfermagem, cada vez mais se investe no sentido da especialização de todos os enfermeiros, de modo que *o cidadão seja atendido por profissionais reconhecidos pelo elevado nível de cuidados especializados prestados às necessidades de cada pessoa/família* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009). A necessidade de aprofundar conhecimentos em Enfermagem em áreas onde as pessoas necessitam de cuidados diferenciados tem como fundamentação a singularidade de cada etapa do desenvolvimento humano, bem como a complexidade de respostas à situação de saúde/doença, e o grupo familiar e comunitário que integram.

O REPE (1996), referindo-se ao Enfermeiro Especialista, salienta que este constitui *um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem na sua área de especialidade*.

Assim, cabe ao Enfermeiro Especialista aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio particular da Enfermagem, que contribuam para uma melhor compreensão dos processos saúde-doença, potenciando, assim, ganhos em saúde. Estas competências devem organizar-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida em Enfermagem, permitindo assim aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade.

A especialização em Enfermagem contribui ainda para que cada vez mais se cumpram as regras de ética e deontologia profissional, ao munir o enfermeiro de mais recursos para o desenvolvimento de respostas adaptadas em situações de grande complexidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Na certificação das competências especializadas, deve assegurar-se que o Enfermeiro Especialista *possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Relativamente à criança, ALEGRE (2006:5) refere que a mesma *exige cuidados especializados, dado a sua complexidade, que ultrapassa as competências do enfermeiro de cuidados gerais*.

Recentemente, foi publicado em Diário da República o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro de 2011). Assim, no artigo 4º do mesmo documento, apresentam-se como competências atribuídas a estes profissionais: *a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) cuida da criança e família nas situações de especial complexidade; c) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.*

Este é, pois, um regulamento que dá importância não só aos cuidados centrados na criança, mas também na família, uma vez que a esta é fundamental reconhecer o seu papel de parceira nos cuidados. O EEESCJ deve, assim, ajudá-los no desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão; e no papel parental, de forma a adoptarem comportamentos promotores do crescimento e do desenvolvimento infantil. De todas as formas, o EEESCJ deve garantir e proteger os direitos da criança (ALEGRE, 2006).

Tendo em conta o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do Estágio, pretendeu-se desenvolver competências no seio da equipa de enfermagem, na criança/jovem e na família, relativamente à Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes, bem como adquirir e mobilizar saberes facilitadores da gestão profissional e interprofissional dos cuidados. Assim, este pressuposto teve como finalidade a autonomia na tomada de decisão e a melhoria da qualidade dos cuidados e a excelência no exercício profissional.

Relativamente aos diferentes módulos de estágio, e tendo em conta a minha motivação pessoal e profissional, bem como as estratégias nacionais e internacionais preconizadas, consegui que a temática fosse transversal a todos os campos de estágio. Desta forma, foram adquiridos e aprofundados conhecimentos relativos à Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes, tendo em conta e adaptando aos diferentes contextos da prática clínica.

Como ponto de partida, foi essencial promover uma constante actualização do saber científico nas diferentes áreas, adaptadas a cada módulo de estágio. Não menos importante, a prestação de cuidados integrada numa equipa multidisciplinar permitiu desenvolver estratégias de intervenção tendo em conta as diferentes necessidades.

Tendo em conta a prevenção de acidentes na Criança, o conhecimento anterior presente, aprofundado e sistematizado, sobre as características específicas de cada estágio de desenvolvimento infantil e a forma como estas podem contribuir para a ocorrência de diferentes tipos de acidentes, foram essenciais para definir estratégias no sentido de manter um ambiente seguro mas ao mesmo tempo estimulante para o seu desenvolvimento.

A prestação directa de cuidados e a observação participativa permitiram ir ao encontro do desenvolvimento conhecimentos/habilidades, particularmente na actuação junto de crianças/famílias/grupos em situação de risco ou crise. Desta forma, foi fundamental mobilizar

os meus conhecimentos adquiridos na minha experiência profissional e incorporá-los nas competências de enfermeiro especialista.

Na prestação de cuidados e interacção com a criança, a família e a comunidade, foi fundamental a aplicação do conhecimento relativo a estratégias de ensino e de aprendizagem, como forma de lhes dar poder para a adopção de estilos de vida saudáveis, e muito em concreto sobre segurança e prevenção de acidentes.

Outra componente do conhecimento, e que fora incorporada e desenvolvida na prática de enfermagem durante os estágios foi a investigação, nomeadamente através da análise de dados estatísticos mundiais, europeus, nacionais. No caso do SUP, foi também feita uma análise naquele âmbito, de forma a basear, organizar e definir as estratégias mais adequadas e pertinentes para a população-alvo, em termos de segurança e prevenção de acidentes.

Assim, a valorização da investigação, como contributo para o desenvolvimento da prática de enfermagem e para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados, deve ser sempre considerada pelo EEESCJ na sua prática clínica.

A comunicação e o estabelecimento de relações interpessoais foram determinantes como sendo inerentes ao Cuidar, pois é através do seu estabelecimento que se consegue discernir quais as necessidades de cuidados não técnicos, e ao mesmo tempo relativizar os cuidados técnicos ou facilitar a sua compreensão ou aceitação. O meu papel como EEESCJ passou, assim, por criar oportunidades, possibilitar a autonomia, reforçar competências e convicções, num processo de crescimento e desenvolvimento, no respeito pelos valores e crenças das Pessoas.

Relativamente aos cuidados de saúde interprofissionais, foi conseguido com sucesso ao longo de todos os estágios. Este tipo de relação permitiu, assim, contribuir para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, mantendo relações de colaboração. Neste contexto, destaco o trabalho desenvolvido no SUP, em que foi elaborada uma norma de procedimentos que contou com a participação de vários intervenientes da equipa multidisciplinar, com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados às crianças/família vítimas de queimadura.

MARSHALL e LUFFINGHAM (1999) afirmam, neste âmbito, que a existência de boas relações com os outros membros da equipa multidisciplinar é um pré-requisito para a definição do papel do enfermeiro especialista.

Para terminar, gostaria de salientar a importância da adopção de uma postura crítica e reflexiva adoptada durante todo o Estágio, como forma de crescimento pessoal e profissional, quer no âmbito da prestação de cuidados, como também na adaptação dos objectivos e actividades planeadas aos diferentes contextos, tendo em conta a população-alvo e as suas necessidades.

Em suma, foram mobilizados diferentes saberes no sentido de desenvolver competências específicas e decisões autónomas, com responsabilidade, reconhecendo, no entanto, os limites em cada situação específica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Cuidar em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem deve basear-se no princípio de que a criança e a família constituem uma díade. Assim, o enfermeiro especialista deve ter como finalidade facilitar o equilíbrio familiar, apoiando e encorajando os pais na sua capacidade para cuidarem da criança.

Relativamente à Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes, o EEESCJ encontra-se numa posição privilegiada para conseguir mudar mentalidades, comportamentos, no sentido de salvaguardar a sobrevivência das crianças e a sua qualidade de vida futura. Deste modo, torna-se importante deter um conhecimento aprofundado e sistematizado sobre as características de cada estágio de desenvolvimento da criança, de forma a prever a possibilidade da ocorrência de diferentes tipos de acidentes, bem como a delinear estratégias que promovam um ambiente seguro, mas ao mesmo tempo estimulante para a criança.

Por outro lado, o EEESCJ deverá investir numa constante actualização do conhecimento sobre os acidentes infantis e normas de segurança, bem como promover a investigação, de forma a orientar a sua prática baseada nas necessidades da sua população-alvo. Ao ser responsável na área de formação, o enfermeiro deve ainda avaliar as necessidades de formação da equipa de enfermagem relativamente à segurança infantil, contribuindo para o desenvolvimento profissional dos seus parceiros

Como elemento de referência da equipa de enfermagem, o EEESCJ deverá articular com a restante equipa multidisciplinar, na partilha de informação, no diagnóstico de necessidades de intervenção, tendo como objectivo final e excelência dos cuidados de saúde.

Os objectivos e acções delineadas no decorrer do Estágio tiveram, assim, em conta os objectivos e as necessidades dos serviços, bem como os contextos neles inseridos. A minha actuação procurou incidir no conhecimento dos riscos, na promoção de ambientes seguros, e na minimização dos acidentes, tal como é preconizado pelo PASI, relativamente à segurança infantil em Portugal. Por outro lado, foi fundamental reflectir na e sobre a prática, de forma crítica, e incorporando no meu agir conhecimentos resultantes da experiência profissional, das diferentes disciplinas e da evidência em Enfermagem.

Dado a complexidade e a actualidade desta temática, perspectiva-se ainda um longo caminho a percorrer na diminuição da mortalidade, morbidade e incapacidades causadas pelos acidentes. Deste modo, será importante que haja mais investimento nesta área, através do desenvolvimento de acções favorecedoras de boas práticas, contribuindo, assim para melhorar os indicadores de saúde em Portugal e no Mundo!

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ALEGRE, Conceição. 2006.** Entrevista à Enfermeira Conceição Alegre, Presidente da Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº 22 (Julho), 2006, pp. 4-7.

**ALS, H. e GILKERSON, L. 1997.** Apoio na área do desenvolvimento em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 1997. Disponível em [www.spp.pt](http://www.spp.pt).

**ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE e APSI. 2009.** *Plano de Acção para a Segurança Infantil em Portugal*. Portugal : s.n., 2009. Disponível em [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt).

**AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA (ANSR). 2009a.** *Sinistralidade Rodoviária. Ano de 2008*. s.l. : Observatório de Segurança Rodoviária, Abril 2009.

**ANSR. 2009b.** *Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015*. s.l. : ANSR, 2009.

**APSI. 2007.** *Vale a pena crescer em segurança - Evitar os acidentes no primeiro ano de vida*. Lisboa : APSI, 2007. [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt).

**APSI. 2010.** *As mortes das crianças por acidentes rodoviários diminuíram em mais de 70% nos últimos 12 anos*. Palácio da Cruz Vermelha : s.n., Outubro 2010. Disponível em [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt).

**BARROS, Luisa. 2001.** " O bebé nascido em situação de risco". In Maria CANAVARRO. *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Coimbra : Quarteto Editora, 2001, pp. 297-316.

**BARROSO, T., PEREIRA, A. e RODRIGUES, M. 2005.** *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica e de Educadores de Saúde*. Coimbra : Formasau - Formação e Saúde Lda, 2005.

**BREVIDELLI, Maria e CIANCIARULLO, Tamara. 2001.** Aplicação do Modelo de Crenças em Saúde na Prevenção dos Acidentes com Agulha. *Revista Saude Publica*; Nº 35, 2001, pp. 193-201. Disponível em [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp).

**CARTA DE BANGKOK. 2005.** - 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Bangkok (Tailândia), 11 de Agosto de 2005.

**CARTA DE OTTAWA. 1986.** - 1ª Conferência para a Promoção da Saúde, Ottawa (Canadá), 17 a 21 de Novembro de 1986.

**CARVALHO, A. e CARVALHO, G. 2005.** *Eixos de valores em Promoção de Saúde e Educação para a Saúde*. Braga : Universidade do Minho, 2005. Disponível em: [www.repositorium.sdum.uminho.pt](http://www.repositorium.sdum.uminho.pt).

**CARVALHO, F. e ROSSI, L. 2006.** Impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma Unidade de Queimados sobre dinâmica familiar: revisão de literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*. nº 2 (Maio/Agosto), 2006, Vol. V, pp. 243-254.

**CARVALHO, Maria. 1988.** Saúde Infantil em Portugal: evolução de alguns indicadores. *Saúde Infantil*. Nº 1 (Abril), 1988, Vol. X.

**COLETA, Marília. 1999.** O Modelo de Crenças em Saúde (HBM): uma análise da sua contribuição à psicologia da Saúde. *Temas em Psicologia*. Nº2, 1999, Vol. VII, pp 175-182. ISSN 1413-389X.

**CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. 2010.** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2.0. 2010. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

**CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA-** Artigo 64º - Saúde, aprovado pela Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro. Disponível em [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt).

**CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA** - adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. [www.unicef.pt](http://www.unicef.pt).

**CORDEIRO, Mário e MENEZES, Helena Cardoso. 1999.** ABC da Segurança. *Pais e Filhos*. 1999.

**CORDEIRO, Mário. 2002.** Prevenção dos Acidentes e Promoção da Segurança. In Luisa Ferreira da Silva. *Promoção da Saúde*. Lisboa : Universidade Aberta, 2002, pp. 229-252.

**CORREIA, Osvaldo. 2010.** Realidade actual sobre cancro da Pele. *Web site de Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo*. [Online] 2010. Disponível em [www.apcc.online.pt](http://www.apcc.online.pt).

**COUCEIRO, P. 1995.** Autoformação e contexto profissional. *Revista Formar*. nº14, 1995, pp. 6-15.

**COUTINHO, Joana V. 2001.** Comportamentos de Adesão ao Rastreio do Cancro da Próstata (Estudo Exploratório). *Psicologia, Saúde e Doenças*. Nº1, 2001, Vol.II. pp. 5-9. ISSN 1645-0086.

**COUTO, António. 1998.** O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Revista Referência*. Nº 1 (Setembro), 1998. pp. 5-9.

**DECLARAÇÃO DE ADELAIDE** - 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Adelaide (Austrália), 5 a 9 de Abril de 1988.

**DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA** - Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.

**DECLARAÇÃO DE JACARTA** - 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Jacarta (República da Indonésia), 21 a 25 de Julho de 1997.

**DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL** - 3ª Conferência da Promoção da Saúde, Sundsvall (Suécia), 9 a 15 de Junho de 1991.

**DECLARAÇÃO MINISTERIAL DO MÉXICO** - 5ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, Cidade do México (México), 5 de Junho de 2000.

**Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril** .Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ministério da Saúde.

**Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril** REPE- Regulação do Exercício para a Prática de Enfermagem. Ministério da Saúde.

**Decreto-Lei nº 44/2005 de 23 de Fevereiro**. Novo Código da Estrada - Ministério da Administração Interna.

**Decreto-Lei nº157/99 de 10 de Maio**. Regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. Ministério da Saúde

**Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro**. Regime Jurídico dos Agrupamentos dos Centros de Saúde.Ministério da Saúde.

**Decreto-Lei Nº298/2007 de 22 de Agosto**. Regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar. Ministério da Saúde.

**Direcção- Geral da Saúde (DGS).2003**. Circular Normativa:nº 9/DGCG. 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.

**DGS. 2008a**. *Elementos Estatísticos. Informação Geral. Saude/2006*. Lisboa : Direcção- Geral da Saúde, 2008. ISSN 0872-1114. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

**DGS. 2008b**. *Morbilidade Hospitalar. Serviço Nacional de Saúde.2006*. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, Outubro 2008. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

**DGS. 2010a**. *Elementos Estatísticos.Informação Geral.Saude/2008*. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, Dezembro 2010. ISSN 0872-1114. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

**DGS. 2010b**. *Morbilidade Hospitalar. Serviço Nacional de Saúde.2008*. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, Outubro 2010. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

**DGS. 2010c**. *Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 001/2010. 16/09/2010. Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Lisboa : DGS, 2010. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

**EMERGIR. 2007**. Regulamento Interno. São Domingos de Rana. 2007.

**EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (ECSA) e EUROSAFE.2009a**. *Segurança Infantil Perfil do País 2009 - Portugal*. Abril 2009. ISBN 978-90-6788-430-3. Disponível em [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt).

**ECSA e EUROSAFE.2009b.** *Relatório de Avaliação sobre Segurança Infantil 2009 - Portugal.* Abril 2009. ISBN 978-90-6788-403-7. Disponível em [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt).

**EUROSAFE. 2007.** *Injuries in the European Union (Summary 2003-2005).* Vienna : Eurosafe, Outubro 2007. Disponível em [www.childsafetyeurope.org](http://www.childsafetyeurope.org).

**FERNANDES, Maribel e RAMOS, Filomena. 2000.** Reflexão sobre "Parceria nos cuidados em pediatria". *Re(Encontro)*. nº1 (Janeiro/Agosto), 2000, Vol. III, pp. 20-25.

**FRANÇA, A.P.S.J.M. 2006.** *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.* Disponível em <http://clix.guiadoestudante.pt>.

**GARCIA, Elisa. 1997.** Visita Domiciliária - Tratar ou Cuidar? *Servir*. 1, 1997, Vol. 45, pp. 26-28.

**GOMES-PEDRO, João. 1999.** *A Criança e a Nova Pediatria.* Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1999. ISBN: 972-31-0827-5.

**GONÇALVES, A. 1998.** *Determinantes da Saúde no contexto comunitário.* Lisboa : Instituto de Medicina Tropical, 1998.

**HERNDON, David. 2002.** *Total Burn Care.* London : W.B.Saunders, 2002. ISBN: 0-7020-2612.

**HOCKENBERRY, M., WILSON, D. e WINKELSTEIN, M. 2006.** *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 7ª Edição. Rio de Janeiro : Elsevier, 2006. ISBN 10:85-352-1918-8.

**HOSPITAL DONA ESTEFANIA. 2005.** *Missão do Hospital.* Lisboa . 2005.

**LACERDA, Denise e SANTOS, Erica. 1994.** Integração da Equipe Multidisciplinar e Humanização no Atendimento da Criança Politraumatizada. [autor do livro] Eduardo Troster et al. *A Criança Politraumatizada.* São Paulo : Editora Roca Lda, 1994.

**LAVERACK, G. 2004.** *Promoção de Saúde - Poder e Empoderamento.* Loures : Lusodidacta, 2004. ISBN: 978-989-8075-09-3.

**LEI DE BASES DA SAÚDE - Lei nº48/90 de 24 de Agosto - Base I (Princípios Gerais) e Base II (Política de Saúde).** Ministério da Saúde.

**MARSHALL, Z. e LUFFINGHAM, N. 1999.** O Enfermeiro Especialista versus Generalista. *Nursing*. Nº 132, 1999, pp. 18-25.

**OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE (ONSA) .2005.** *Incidência de Acidentes Domésticos e de Lazer em Portugal Continental 2002.* Observatório Nacional de Saúde (ONSA), Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa : s.n., Janeiro 2005. Disponível em [www.onsa.pt](http://www.onsa.pt).

**ONSA. 2006.** *ADELIA 2005 - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada Relatório.* Lisboa : Observatório Nacional de Saúde (ONSA). Instituto Ricardo Jorge, Outubro 2006. Disponível em [www.onsa.pt](http://www.onsa.pt).

**ORDEM DOS ENFERMEIROS.2002.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem (2001).* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, Setembro 2002.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2005.** *Implementação e Consolidação do Enfermeiro de Família em Portugal.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2005. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

**ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007.** Desenvolvimento Profissional- Individualização de Especialidades em Enfermagem. *Suplemento da Revista ordem dos Enfermeiros.* Nº26, 2007, pp. 9-20.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009.** *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)- Caderno Temático.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2009. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

**ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2010.** *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2010. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2002.** "Saúde 21". *Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS.* Loures : Lusociência, 2002.

**PACHECO, S. e CUNHA, S. 2006.** A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários : o papel do enfermeiro. *Revista Nursing - Edição Portuguesa.* Junho de 2006, Vol. 211, pp. 19-22.

**PAPALIA, Diane, OLDS, Sally e FELDMAN, Ruth. 2001.** *O Mundo da Criança.* Lisboa : McGrawHill, 2001. ISBN: 972-773-069-8.

**POLIT, Denise e HUNGLER, Bernardette. 1995.** *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.* 3ª Edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. ISBN: 85-7307-101-X.

**PORTO EDITORA. 2004.** *Dicionário da Língua Portuguesa.* Porto : Porto Editora, 2004. ISBN: 972-0-01118-1.

**PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. 2005.** *Programa -Tipo Actuação Saúde Infantil e Juvenil. Orientações Técnicas 12.* 2ª Edição. Lisboa : DGS, 2005.

**PORTUGAL. 2006.** *Programa Nacional de Vacinação 2006.* Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2006. ISBN: 972-675-136-5.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde. 2008.**  
<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/prevencao/acidentes+viacao.htm>. *Portal da Saúde*. [Online] 02 de Maio de 2008.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. 2004.** *Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Volume II. Orientações Estratégicas*. [ed.] DGS. Lisboa : s.n., 2004.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção -Geral da Saúde. 2009.** *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016*. Lisboa : DGS, 2009.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. 2007.** *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa : DGS, 2007.
- REDMAN, Bárbara. 2003.** *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ª Edição. Loures : Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-39-8.
- Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro de 2011-** Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ministério da Saúde.
- ROLIM, L. e CANAVARRO, M. 2001.** Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M. CANAVARRO. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra : Quarteto Editora, 2001.
- SERAFIM, Sandra e DUARTE, Silvia. 2005.** Internamento em Neonatologia: Relação de Ajuda. *Nursing*. 198 /Abril, 2005, pp. 22-28.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. 2009.**  
<http://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Document1.pdf>. [Online] 2009. [Citação: 7 de Janeiro de 2011.]
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). 2010.** *Facts for Life*. 4ª edição. New York : UNICEF, Janeiro 2010. pp. 163-177. Disponível em [www.factsforlifeglobal.org](http://www.factsforlifeglobal.org). ISBN: 978-92-806-4466-1.
- WONG, D. L.. 1999.** *Enfermagem Pediátrica- Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 5ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogans S.A., 1999.
- WHO e GIMDI. 2006.** *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 2006. Disponível em <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- WHO. 2002.** *The Injury Chartbook: A graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva : WHO, 2002.
- WHO. 2005a.** *Injuries and Violence in Europe- why they matter and what can be done*. Copenhagen : s.n., 2005.

**WHO. 2005b.** *European strategy for child and adolescent health and development.* Geneve : s.n., 2005.

**WHO. 2008a.** *European Report on Child Injury Prevention, Regional Office for Europe of the World Health Organization.* 2008.

**WHO. 2008b.** *World Report on Child Injury prevention: summary.* Geneva : World Health Organization, 2008. WHO/NMH/VIP08.01.



**ANEXOS**



**ANEXO I – Acção de Educação para a Saúde “Crescer Seguro dos 0 aos 12 meses” –  
Suportes estratégicos para a sua implementação**





CONVIDAM-SE TODOS OS PAIS A ASSISTIREM À  
ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA  
A SAÚDE:



**“CRESCER SEGURO – DOS 0 AOS 12  
MESES “**

NO DIA **1 DE JUNHO** DE 2010 ÀS 10 HORAS.  
LOCAL : USF EMERGIR  
CONTAMOS CONSIGO!

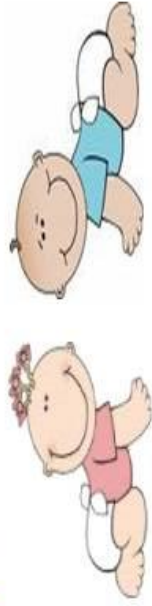
**NÃO CORRA RISCOS ... PROTEJA O SEU FILHO!**







CONVIDAM-SE TODOS OS PAIS A ASSISTIREM À  
ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA  
A SAÚDE:



**“CRESCER SEGURO – DOS 0 AOS 12  
MESES”**

NO DIA **1 DE JUNHO** DE 2010 ÀS 10 HORAS.  
LOCAL : USF EMERGIR  
CONTAMOS CONSIGO!

**NÃO CORRA RISCOS ... PROTEJA O SEU FILHO!**





## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – PLANO DE SESSÃO

**Tema: “Crescer Seguro – dos 0 aos 12 meses”**

**Local: USF Emergir**

**Data: 01/06/2010    Hora: 10h 00m    Duração: 40 min**

**Objectivo Geral:**

- ✓ **Contribuir para a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida.**

**Objectivos específicos:**

- ✓ **Transmitir informações aos pais relativamente às medidas a tomar na prevenção dos acidentes no primeiro ano de vida**
- ✓ **Sensibilizar para a importância da prevenção dos acidentes no primeiro ano de vida**

<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Apresentação do tema e objectivos</b>	Expositiva	Data show	5´
<b>A problemática dos acidentes em Portugal</b>	Expositiva	Data show	5´
<b>Medidas a tomar na prevenção dos acidentes no primeiro ano de vida</b>	Expositiva	Data show	20´
<b>Conclusão</b>	Expositiva	Data show	5´
<b>Avaliação da sessão</b>		Questionário de avaliação entregue aos pais	5´





# “CRESCER SEGURO – DOS 0 AOS 12 MESES”

NÃO CORRA RISCOS ... PROTEJA O SEU FILHO!



## OBJECTIVOS



### *Geral*

- Contribuir para a prevenção dos acidentes no primeiro ano de vida

### *Específicos*

- Transmitir informações aos pais relativamente às medidas a tomar na prevenção dos acidentes no 1º ano de vida
- Sensibilizar para a importância da prevenção dos acidentes no 1º ano de vida



## SAIBA QUE...

Os **traumatismos e ferimentos  
acidentais** são a maior causa  
de morte e deficiência nas  
crianças e jovens em Portugal!

*E muitas vezes porque...*



## A CRIANÇA NÃO ENTENDE O PERIGO!

A pessoa que cuida da criança está distraída

e/ou

O ambiente não oferece as condições de  
segurança necessárias



**ACIDENTE**





Os acidentes com crianças podem ser evitados... e quem os pode evitar são os adultos: somos **NÓS!**”  
(APSI, 2009)



## A CRIANÇA...

**Acordada**

Deve estar sempre sob vigilância de um adulto



**A dormir**

Deve poder ser ouvida com facilidade

## ATENÇÃO...



As medidas a adoptar não devem, quanto possível, interferir com a necessária liberdade de movimentos do bebé...

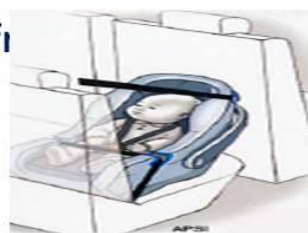


## 1º MÊS... NO AUTOMÓVEL



### BEBÉ EM CADEIRINHA PRÓPRIA

- Normas internacionais de segurança (etiqueta "E"): Grupo 0+ (0-13kg) ou 0+/1 (0-18Kg) – e não se esqueça, coloque o redutor!
- Cintos de segurança apertados
- Voltada para trás
- Não colocar no banco da fi frontal
- Só para transporte



## 1º MÊS... EM CASA



Não deixe o bebé sózinho:

- MUDA FRALDAS
- MESA
- SOFÁ



Tenha tudo à mão quando precisar de mudar a fralda ou dar banho ao bebé!



## 1º MÊS... A DORMIR



- Evite a alcofa não rígida
- Cama de grades (*altura mínima 60cm; espaço entre as grades <6cm*)
- Deitado de costas, cabeça de lado
- Cabeceira da cama elevada
- Retirar corrente da chucha
- Não colocar almofadas, fraldas de pano, brinquedos





## 1º MÊS... NO BANHO

- Tenha tudo à mão
- Verifique a temperatura do banho (termómetro) – 36°C
- Deitar primeiro a água fria e só depois a quente



**Perigo:** esquentador na casa-de-banho!



## 1º MÊS... AO BIBERÃO

- Evite utilizar o microondas.

Se o fizer, agite bem antes de ver se está quente



- Verifique a temperatura, entornando 1 gota no pulso
- Dê de preferência com o bebé ao colo, e nunca deitado



## 2º MÊS... NO PASSEIO



- Cintos apertados
- Travar carrinho quando parado
- Não pendurar sacos/malas nas pegas
- Protector solar 50+



*(Antes de ter 1 ano não o expor directamente ao sol)*

Até às 11h  
Depois das 17h



## 4º MÊS... A BRINCAR



- Brinquedos macios, sem arestas, facilmente laváveis
- Brinquedos com tamanho suficiente de modo que não coloque por inteiro na boca
- Retirar partes soltas ou destacáveis
- Não coloque pulseiras, anéis, brincos, fios





## 4º MÊS... NO BANHO

- Não deixe o bebê sózinho na banheira  
(basta 1/2 palmo para se afogar)
- Coloque tapete anti-derrapante
- Não utilize cadeiras de banho (são instáveis)
- Não se esqueça : 1º água fria, depois a quente



## 4º MÊS... A COMER



- Evite o microondas
- Verifique a temperatura dos alimentos
- Verifique se existem pedaços grandes que o possa engasgar





## 4º MÊS... PELA CASA

- Transforme o chão num local seguro ou
- Adquira um parque



## 6º MÊS... PELA CASA

**Chegou a altura para preparar a sua casa! Em breve o seu bebé irá deslocar-se sozinho!**



**DETECTE OS PERIGOS AO NÍVEL DO CHÃO,  
PONDO-SE AO NÍVEL DO SEU BEBÉ**





## 6º MÊS... PELA CASA

- Proteja as tomadas
- Proteja os fios e utilize apenas os necessários
- Atenção aos objectos pequenos : botões, balões, sacos de plástico, pilhas...



- Proteja as lareiras, radiadores e outras fontes de calor



## 6º MÊS... PELA CASA

- Escadas – coloque cancelas no 1º e último degraus



- Janelas/varandas – Proteja-as com :

- Cancelas
- Redes de protecção
- Fechos de segurança
- Limitador de abertura (<10 cm)



## 6º MÊS... A COMER



- Não o deixe sózinho na cadeira de comer
- Aperte os cintos
- Se a cadeira for alta, procure encostá-la a uma parede



- Se a cadeira for fixa à mesa, colocar numa mesa pesada, estável, sem tampo de vidro, e não coloque uma cadeira por baixo



## 6º MÊS... ANDARILHO?



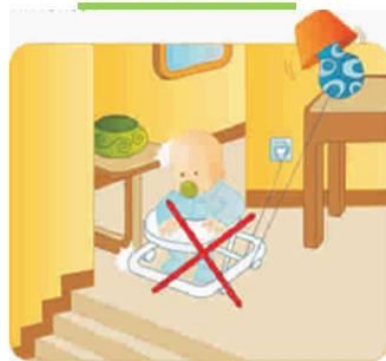
QUEDAS

**NÃO!**

NÃO

AJUDAM A  
ANDAR

ENTALÕES



QUEIMADURAS

PANCADAS NA  
CABEÇA





## 9º-12º MÊS... PELA CASA

- Não deixe velas ao seu alcance



- Não deixe o ferro de engomar ligado ou quente ao alcance da criança (atenção ao fio)



- Proteja os cantos dos móveis

- Coloque cancelas nas divisões mais perigosas da casa

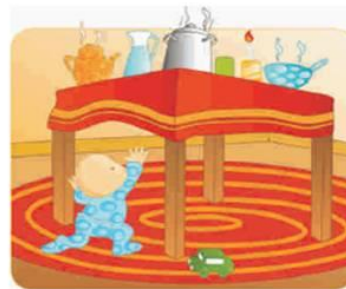
- Fixe bem objectos grandes e pesados



## 9º-12º MÊS... NA COZINHA

### Atenção a:

- Toalhas de mesa!
- Fios eléctricos!
- Fogão : porta do forno; pegas dos tachos e frigideiras voltadas para dentro!
- Objectos perigosos em cima das bancadas
- Não dê alimentos duros e lisos (amendoins, frutos com caroço, etc.)



**NUNCA COZINHE COM O BEBÉ AO COLO!**





## 9º-12º MÊS... NA COZINHA

### PRODUTOS TÓXICOS/CORROSIVOS/ MEDICAMENTOS



*Sempre fora do alcance das crianças*

- Prefira os que têm tampa de segurança
- Embalagens bem rotuladas e fechadas
- Nunca mude os produtos de umas embalagens para as outras
- Arrume em armários fechados e altos, e nunca ao pé dos alimentos

### CIAV

(Centro Informação Anti-Veneno)

808 8250143



## NÃO SE ESQUEÇA:

**Para o bebé tudo é brinquedo e desperta curiosidade!**

**Nós somos quem tem maior responsabilidade em dar segurança e prevenir os acidentes nas crianças...**



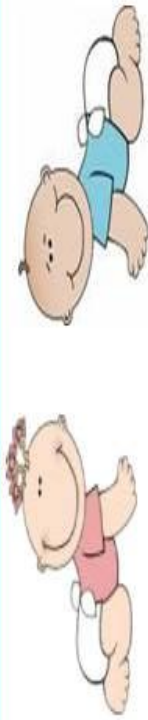


**Porque a  
vida do seu  
filho não  
tem preço!...**



**Obrigada**





**DECLARA-SE QUE:**

**ESTEVE PRESENTE NA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:**

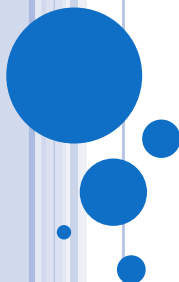
**“CRESCER SEGURO – DOS 0 AOS 12 MESES”**

**E ENCONTRA-SE APTO/A PARA PROVIDENCIAR UM AMBIENTE SEGURO AO SEU FILHO.**

**NÃO CORRA RISCOS ... PROTEJA-O!**







## TELEFONES ÚTEIS



NÚMERO NACIONAL DE SOCORRO .....112

CENTRO DE INFORMAÇÃO ANTIVENENOS ..... 808 250 143

SAÚDE 24 .....808 242 400

SOS – CRIANÇA .....800 202 651 – 21 931 617

LINHA PARA CRIANÇAS DESAPARECIDAS ..... 1410

FARMÁCIAS DE SERVIÇO .....118 ou 12118

CENTRO DE SAÚDE \_\_\_\_\_

BOMBEIROS \_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_





## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**Tema: “Crescer Seguro – dos 0 aos 12 meses”**

**Local: USF Emergir**

**Data: 01/06/2010    Hora: 10h 00m    Duração: 40 min**

**Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.**

<b>Apreciação Global</b>	<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
2. Para o seu dia-a-dia esta acção foi útil				
3. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
4. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.				
5. A duração da acção foi adequada				
6. O horário da sessão foi adequado				

### **COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

**Obrigado pela sua colaboração**



**ANEXO II – Tratamento de dados da Avaliação da Sessão  
“Crescer Seguro dos 0 aos 12 meses”**



## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

(tratamento de dados)

**Tema: “Crescer Seguro – dos 0 aos 12 meses”**

**Local: USF Emergir**

**Data: 01/06/2010    Hora: 10h 00m    Duração: 40 min**

<b>Apreciação Global</b>	<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>
7. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas	0	0	0	18 (100%)
8. Para o seu dia-a-dia esta acção foi útil	0	0	0	18 (100%)
9. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	0	0	8 (44%)	10 (56%)
10. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.	0	0	6 (33%)	12 (67%)
11. A duração da acção foi adequada	0	0	7 (39%)	11(61%)
12. O horário da sessão foi adequado	0	0	4 (22%)	14 (78%)

### **COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

**8 (44%) – A acção deve ser realizada mais vezes;**

**4 (22%) - Alguns dos assuntos abordados nunca tinham sido alvo de reflexão;**

**6 (34%) – Não comentaram.**



**ANEXO III – Questionário de Opinião**



## QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO

Este questionário foi elaborado no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica da Universidade Católica de Lisboa, e pretende obter a sua opinião relativamente ao tema “Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes”.

**Para tal, coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.**

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
13. Considera o tema “Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes” importante para o seu quotidiano.				
14. Considera pertinente a abordagem da segurança infantil e a prevenção de acidentes no 1º ano de vida, no âmbito das sessões de preparação para o parto.				
15. Gostaria de receber informações acerca desta temática.				
16. Considera que a exposição do tema lhe trará algum benefício em termos de aquisição de conhecimentos e aplicação dos mesmos na sua vida futura.				

### COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Obrigado pela sua colaboração



**ANEXO IV – Tratamento de dados da Avaliação da Sessão para grávidas  
“Crescer Seguro dos 0 aos 12 meses”**



## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

(tratamento de dados)

**Tema: “Crescer Seguro – dos 0 aos 12 meses”**

**Local: USF Emergir**

**Data: 15/06/2010    Hora: 11h 00m    Duração: 40 min**

<b>Apreciação Global</b>	<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>
17. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas	0	0	2 (25%)	6 (75%)
18. Para o seu dia-a-dia esta acção foi útil	0	0	0	8 (100%)
19. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	0	0	2 (25%)	6 (75%)
20. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.	0	0	3 (37%)	5 (63%)
21. A duração da acção foi adequada	0	0	0	8(100%)
22. O horário da sessão foi adequado	0	0	4 (50%)	4 (50%)

### **COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

**2 (25%) – A sessão ser apresentada nos grupos seguintes;**

**2 (25%) - Alguns dos assuntos abordados nunca tinham sido alvo de reflexão;**

**4 (50%) – Não comentaram.**



**ANEXO V – Poster “Amigo ou Inimigo, a Escolha é Sua”**





## AMIGO OU INIMIGO A ESCOLHA É SUA!



As horas mais seguras são aquelas em que a nossa sombra é maior que nós mesmos!

(até às 11h e depois das 17h)



O SOL É IGUAL, ESTEJA NA PRAIA, NA PISCINA OU NO CAMPO...



### VESTUÁRIO ADEQUADO

(proteja decote, ombros e braços; chapéu de abas largas; óculos escuros)

+

### PROTECTOR SOLAR

(aplicar 30 minutos antes de se expor ao sol, adequado ao tipo de pele; crianças: factor 30+ ou superior)

=

PROTECÇÃO GARANTIDA

MANTENHA-SE À SOMBRA, MAS COM A DEVIDA PROTECÇÃO!

No 1º ano de vida não exponha o seu bebé directamente ao sol.

E não se esqueça, nos dias de calor redobre a atenção: BEBA MUITA ÁGUA!



PREVINA-SE DAS QUEIMADURAS SOLARES E DO CANCRO DA PELE



Apoios:



Connecting Emotions

Elaborado por:

Sofia Gonçalves (Aluna MNPESIP-UCP)



**ANEXO VI – Manual Ilustrado “O Fintas quer Crescer Seguro”**





## O “FINTAS” QUER CRESCER SEGURO



# AOS PAIS ...

Sabia que?...

*Os traumatismos e ferimentos acidentais são a maior causa de morte e deficiência nas crianças e jovens em Portugal?*

Sim, e muitas vezes porque...

## A CRIANÇA NÃO ENTENDE O PERIGO!

Este manual foi realizado com o objectivo de sensibilizá-los para a importância da prevenção dos acidentes na infância. Nele poderá encontrar algumas medidas importantes, estando dividido por faixas etárias que acompanham algumas mudanças importantes do desenvolvimento do seu filho.

O “Fintas” é o personagem que vai acompanhá-lo ao longo da leitura, nas imagens apresentadas.

Boa Leitura!

# 1º MÊS

## NO AUTOMÓVEL ...

### BEBÉ EM CADEIRINHA PRÓPRIA

- Normas internacionais de segurança (etiqueta “E”): Grupo 0+ (0-13kg) ou 0+/1 (0-18Kg) – utilize o redutor
- Cintos de segurança apertados
- Voltada para trás
- Não coloque cadeira no banco da frente se tiver airbag frontal



## EM CASA ...

### NÃO DEIXE O BEBÉ SOZINHO!

- MUDA FRALDAS
- MESA
- SOFÁ



**Tenha tudo à mão quando precisar de mudar a fralda ou dar banho ao bebé!**

# 1º MÊS

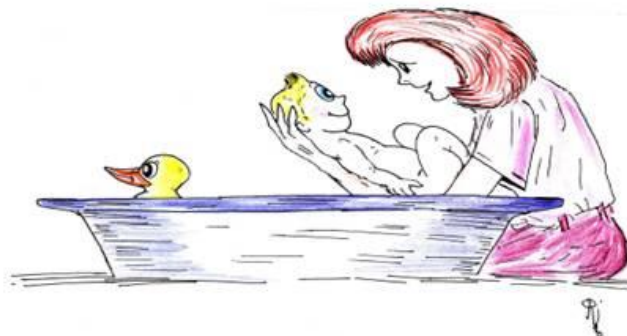
## A DORMIR...

- Evite a alcofa não rígida (perigo de sobreaquecimento e asfixia)
- Cama de grades : *altura mínima 60cm; espaço entre as grades <6cm*
- Posição de segurança: Deitado de costas e cabeça de lado
- Cabeceira da cama elevada
- Retire corrente da chucha
- Não coloque almofadas, fraldas de pano, brinquedos:



## NO BANHO...

- Tenha tudo à mão
- Verifique a temperatura do banho (termómetro) – 36°C
- Deite primeiro a água fria e só depois a quente



**Perigo: esquentador na casa-de-banho!**

# 1º MÊS

## AO BIBERÃO ...

- Evite utilizar o microondas
- Se o fizer, agite bem antes de ver se está quente
- Verifique a temperatura, entornando 1 gota no pulso



- Dê o biberão de preferência com o bebê ao colo, e nunca deitado

Se a água estiver quente não  
prepare o biberão com o bebê ao  
colo!

## 2º MÊS

### NO PASSEIO ...

- Cintos do carrinho apertados
- Trave carrinho quando parado
- Não pendure sacos/malas nas pernas
- Aplique protector solar 50+



**Horas Seguras:**  
Até às 11h  
Depois das 17h

**Antes de ter 1 ano não exponha o  
bebé directamente ao Sol!**

## 4º MÊS

### A BRINCAR ...



- Brinquedos : macios, sem arestas, facilmente laváveis e com tamanho suficiente de modo que não os coloque por inteiro na boca
- Retire partes soltas ou destacáveis
- Não coloque pulseiras, anéis, brincos, fios

### NO BANHO ..



- Não deixe o bebê sozinho na banheira (*basta 1/2 palmo para se afogar*)
- Coloque tapete anti-derrapante
- Não utilize cadeiras de banho (são instáveis)

Não se esqueça: 1º a água fria, depois a quente

# 4º MÊS

## A COMER ...

- Evite o microondas
- Verifique a temperatura dos alimentos
- Verifique se existem pedaços grandes que o possa engasgar



## PELA CASA ...

- Transforme o chão num local seguro ou
- Adquira um parque (amplo e que cumpra as normas de segurança)

## 6º MÊS

Chegou a altura para preparar a sua casa!  
Em breve o seu bebé irá deslocar-se sozinho!



**DETECTE OS PERIGOS AO NÍVEL DO CHÃO,  
PONDO-SE AO NÍVEL DO SEU BEBÉ.**

### PELA CASA ...

- Proteja as tomadas
- Proteja os fios e utilize apenas os necessários
- Atenção aos objectos pequenos : botões, balões, sacos de plástico, pilhas, que possa engolir
- Proteja as lareiras, radiadores e outras fontes de calor

# 6º MÊS

## PELA CASA ...

Escadas – coloque cancelas no 1º e último degraus.



Janelas/varandas – Proteja-as com :

- Cancelas
- Redes de protecção
- Fechos de segurança
- Limitador de abertura (<10 cm)

## ANDARILHO? ...

NÃO!



**E NÃO AJUDA A ANDAR...**

# 6º MÊS

## A COMER ...

- Aperte os cintos
- Se a cadeira for alta, procure encostá-la a uma parede



- Se a cadeira for fixa à mesa : coloque-a numa mesa pesada, estável, sem tampo de vidro, e nunca coloque uma cadeira por baixo.

**Não o deixe sozinho na cadeira de comer!**

# 9/12 MESES

## PELA CASA ...

- Não deixe velas ao alcance do bebé
- Não deixe o ferro de engomar ligado ou quente ao alcance da criança (atenção ao fio)
- Não deixe banheiras, alguidares ou baldes cheios com água (perigo de afogamento)



- Proteja os cantos dos móveis
- Coloque cancelas nas divisões mais perigosas da casa
- Fixe bem objectos grandes e pesados

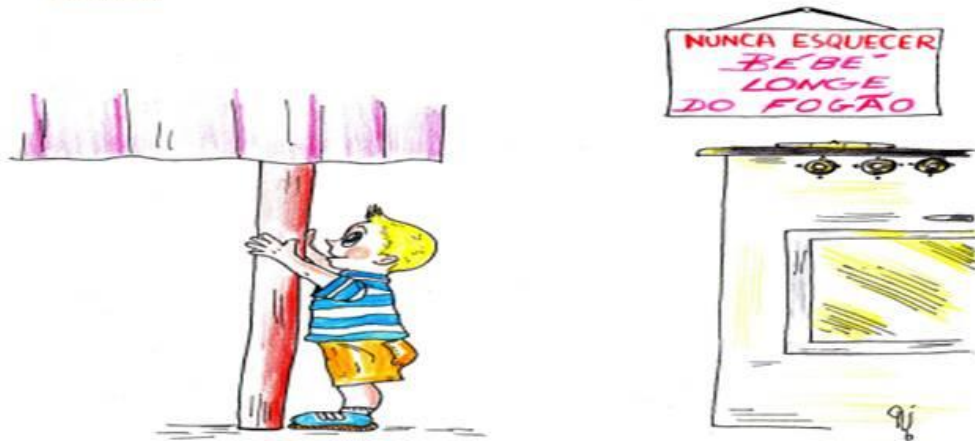
**E LEMBRE-SE: HÁ COISAS QUE JULGAMOS QUE ELE NÃO É CAPAZ DE FAZER, MAS QUE FAZ COM GRANDE FACILIDADE ...**

# 9/12 MESES

## NA COZINHA ...

### *Atenção a:*

- Toalhas de mesa! – ao puxar perigo de se queimar
- Fios eléctricos!
- Fogão : porta do forno; pegas dos tachos e frigideiras voltadas para dentro!
- Objectos perigosos em cima das bancadas (guarde-os em gavetas e armários fechados ou com sistema de bloqueio de abertura)
- Não dê alimentos duros e lisos (amendoins, frutos com caroço, etc.), pois podem provocar asfixia



### **NUNCA COZINHE COM O BEBÉ AO COLO!**

**Antes de começar, entregue-o a outro adulto ou deixe-o em segurança ao alcance da sua voz ou visão.**

# 9/12 MESES

## PRODUTOS TÓXICOS/ CORROSIVOS/MEDICAMENTOS

### *Fora do alcance das crianças*



- Prefira os que têm tampa de segurança
- Embalagens bem rotuladas e fechadas. Não as arrume ao pé dos alimentos



- Nunca mude os produtos de umas embalagens para as outras
- Não aplique raticidas ou bolas de naftalina em locais acessíveis às crianças
- Guarde estes produtos fora da vista e do alcance das crianças, em armários altos e trancados
- Nunca deixe os medicamentos guardados em gavetas ou em cima da mesa de cabeceira

**CIAV**

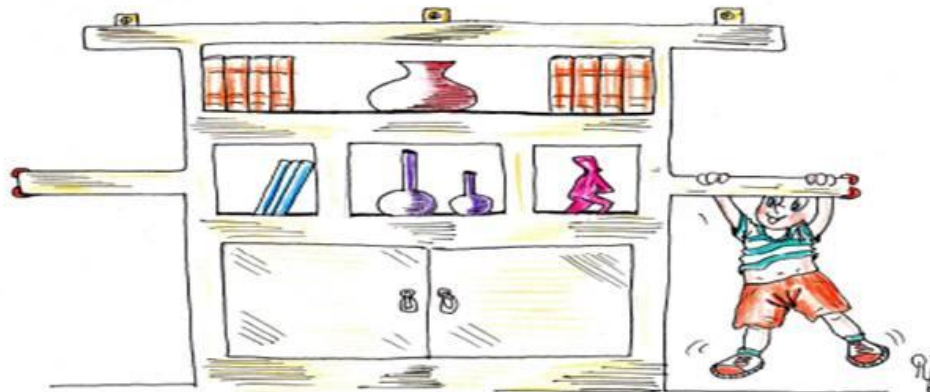
**(Centro Informação Anti-Veneno)**

**808 8250143**

# 1-5 ANOS

## PELA CASA ...

- Proteja as *portas* e *gavetas* com travões, evitando os entalões
- Fixe estantes e armários às paredes
- Quando a criança já consegue subir para cadeiras e sofás, ensine-a a descer de barriga para baixo
- Se tiver *escadas* e a criança começar a trepar, ensine-a a descer ( agarrada ao corrimão e sem objectos nas mãos); retire as cancelas quando já não forem eficazes e a criança souber descer sozinha
- Retire as chaves das portas, para evitar que se tranque nalguma assoalhada



# 1-5 ANOS

## NO QUARTO ...

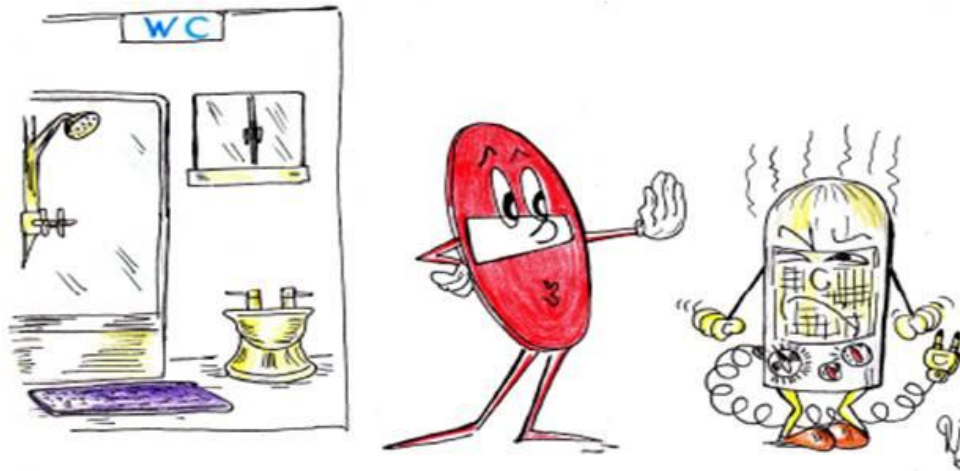
- Quando a criança começar a tentar sair da cama de grades, opte por uma cama baixa com protecções laterais
- Para evitar quedas, os brinquedos devem ser arrumados em locais próprios, sem tampas pesadas ou portas que possam entalar



# 1-5 ANOS

## NA CASA –DE –BANHO ...

- Retire e guarde as tampas do bidé e da banheira, e esvazie-a assim que terminar o banho
- Utilize fecho de protecção da sanita
- Evite utilizar aquecedores portáteis ou outros aparelhos eléctricos na casa-de-banho



**ATENÇÃO: BASTA MEIO PALMO DE ALTURA DE  
ÁGUA PARA A CRIANÇA SE AFOGAR**

# 1-5 ANOS

## NO AUTOMÓVEL ...

- Sempre no banco de trás
- Sente-o em cadeira adequada ao peso e utilize sempre os cintos correctamente
- Nunca deixe as crianças sozinhas dentro do automóvel, mesmo que a dormir
- Quando estiver a fazer manobras de estacionamento verifique se não existem crianças por perto



# 1-5 ANOS

## NA RUA ...

• **TRICICLO** – verifique se não existem degraus ou escadas por perto e coloque-lhe o capacete



• Se anda de **BICICLETA** com a criança deve ser:

- numa cadeira apropriada
- ambos devem usar capacete
- utilize materiais reflectores (bicicleta, cadeira, roupa e capacetes)

# 1-5 ANOS

## NA RUA ...

### O EXEMPLO DA FAMÍLIA É MUITO IMPORTANTE!

- Caminhe de frente para os carros
- A criança deve caminhar do lado de dentro, pela mão ou ao colo
- Se caminhar à noite utilize materiais reflectores
- Não estacione em cima de passeios, passadeiras, ou em 2ª fila
- Retire as crianças do automóvel, sempre do lado do passeio
- Pelo risco de se perderem, evite levar as crianças para locais com muita gente

*Coloque o telefone dos pais numa pulseira, sem o nome da criança, para o caso de se perder.*



# OS MAIS CRESCIDOS...

## EM CASA ...

**Podes achar a tua casa um lugar seguro, mas grande parte dos acidentes é aí que acontecem. Vamos descobrir porquê!**

### Quedas

- Coloca sempre o tapete na banheira antes de tomares banho e não andes descalço se o chão estiver molhado
- Quando acabares de brincar, não te esqueças que tens que arrumar os brinquedos, pois podes tropeçar e cair



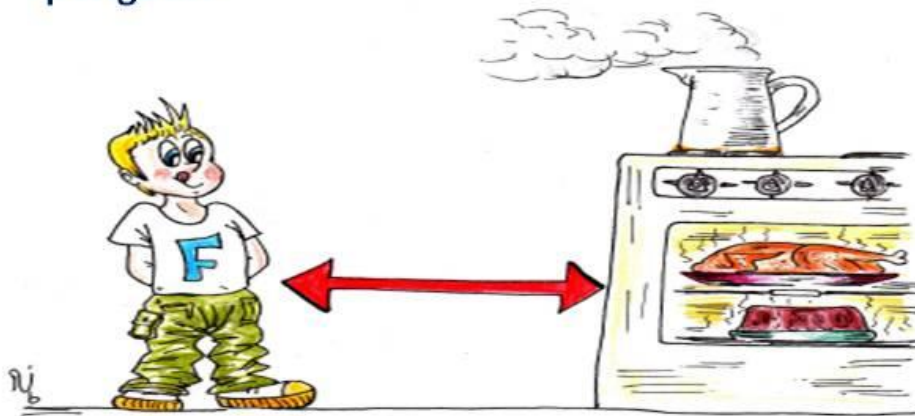
- As cadeiras e móveis não são escadotes. Se necessitares de alguma coisa que esteja no alto de um armário ou prateleira, pede ajuda a um adulto.

# OS MAIS CRESCIDOS...

## EM CASA ...

### Choques eléctricos e queimaduras

- Antes de mexeres em qualquer equipamento eléctrico certifica-te que está afastado da água e que tens as mãos bem secas.
- Na casa de banho, levar o rádio ou secar o cabelo pode, como já percebeste, ser muito perigoso.



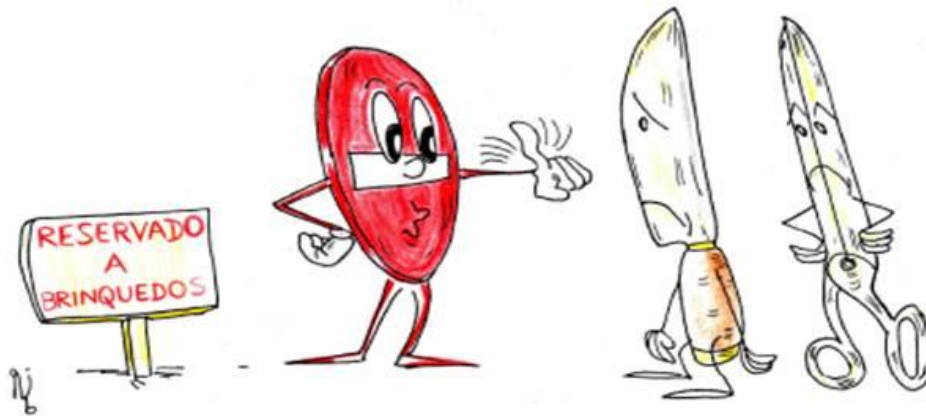
- As panelas quentes ou ao lume podem causar queimaduras graves. Não brinques nem corras na cozinha. Afasta-te do fogão e tem muito cuidado sempre que os teus pais tiverem que transportar líquidos ou alimentos quentes.
- Não brinques com fósforos!

# OS MAIS CRESCIDOS...

## EM CASA ...

### Cortes

- Não brinques com facas ou tesouras, podes cortar-te.
- Tem cuidado também com as brincadeiras ao pé de locais com vidros, espelhos ou objectos de loiça.



### Acidentes com gás

- O fogão é muito útil mas reúne muitos perigos. Se não tivermos cuidado pode provocar queimaduras e intoxicações, desencadear incêndios ou explosões.
- Nunca mexas no fogão. Se na cozinha te cheirar a algo estranho, sai imediatamente e avisa um adulto, pode ser uma fuga de gás.

# OS MAIS CRESCIDOS...

## EM CASA ...

### Intoxicações

- Os medicamentos devem estar arrumados num local fechado à chave. Só os deves tomar quando os teus pais te disserem para o fazeres.
- Conheces os detergentes, que usamos todos os dias para limpar a casa? Pois bem, também são perigosos, contêm substâncias que fazem mal à saúde. Nunca brinques com eles, não os cheires nem proves.



# OS MAIS CRESCIDOS...

## NA BICICLETA/PATINS/SKATE ...

- Utiliza sempre o **capacete**
- Utiliza **calçado** ( que não caia dos pés nem corra o risco de ficar preso nas rodas), **roupa confortável** (não muito larga), **joelheiras** e **cotoveleiras**
- Procura andar em locais onde não há circulação de carros
- Com a bicicleta na estrada, conduz na mesma direcção do tráfego, e à beira da estrada; utiliza os braços para sinalizar para onde queres virar; respeita os sinais de trânsito
- Evita andar de bicicleta à noite, mas se o fizeres utiliza **reflectores** e a **luz** da bicicleta



# OS MAIS CRESCIDOS...

## COMO PEÃO ...

### CUMPRE SEMPRE AS REGRAS!

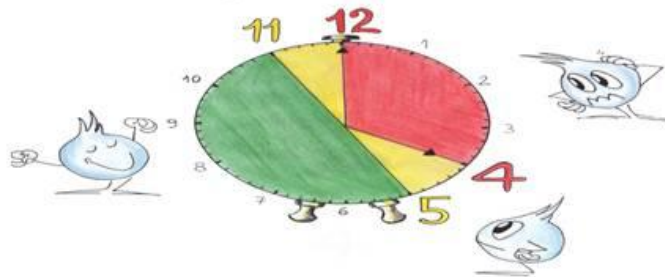
- Atravessa a estrada só quando tens de fazê-lo e só nas passadeiras
- Respeita os semáforos para peões
- Nunca atraveses a estrada numa curva ou entre dois automóveis estacionados
- Sempre que possível evita estradas com muito trânsito
- Caminha sempre pelo passeio, mas quando ele não existe, fá-lo em direcção contrária à dos carros



# OS MAIS CRESCIDOS...

## NA PRAIA OU NA PISCINA ...

•As horas menos perigosas para apanhares sol são até às 11h e depois das 17h



•30 minutos antes de te expores ao sol coloca sempre o **protector solar** . Não te esqueças do **chapéu**, dos **óculos escuros** e veste **roupa leve**



•Antes de tomares banho, respeita pelo menos 2 horas para completares a digestão das refeições

•Na praia, e mesmo que saibas nadar, não arrisques mergulhar, pois podes magoar-te e provocar lesões graves na cabeça e no resto do corpo

•Respeita as indicações dos nadadores salvadores e as bandeiras

# **NÃO SE ESQUEÇA...**

**Para a criança tudo é brinquedo e desperta curiosidade!**



**Nós, adultos, somos quem tem maior responsabilidade em dar segurança e prevenir os acidentes nas crianças...**

**Porque a vida do seu filho não tem preço!...**

***ELABORADO POR:***

**ANA SOFIA BENTO MARTINS GONÇALVES**

Aluna do Mestrado de Natureza Profissionalizante de Especialização  
em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa de  
Lisboa – 2009/2010



**ANEXO VII – “Lista da Casa Segura para Crianças”**



### LISTA DA CASA SEGURA PARA CRIANÇAS

DIVISÕES	EQUIPAMENTO	PRESENTE
<u>SALA</u>	Protectores de tomadas	
	Rede antiderrapante	
	Protectores dos cantos das mobílias	
	Protecção para lareiras	
	Fecho de segurança para gavetas e armários	
	Cancelas nos acessos às escadas, com altura mínima de 65cm e barras verticais separadas por 6cm	
	Protecção dos espaços entre barras do corrimão da escada, se superiores a 6cm	
	Bloqueio de fecho das portas para evitar entalamento	
<u>COZINHA</u>	Protector ou bloqueador dos bicos do fogão	
	Barreira protectora do fogão	
	Fechos de segurança nos armários inferiores	
	Fechos de bloqueios das gavetas	
	Cadeiras de refeição com cinto de 5 pontos de segurança, que passa pelos ombros	
	Protectores de tomadas	
	Extintor	
<u>CASA DE BANHO</u>	Armário de medicamentos ou outros produtos com fecho de segurança	
	Tapetes ou autocolantes individuais antiderrapantes nas banheiras	
	Torneiras termo reguladoras	
	Termómetro para água da banheira	
	Protecção de torneiras convencionais	
	Fecho multiusos para sanita	
<u>QUARTO</u>	Berço com fundo rígido e bordos altos	
	Cama de grades com barras verticais distanciadas a menos de 6 cm e estrado a 60cm para bebés maiores	
	Barreira de protecção para cama de crianças	
	Protectores dos cantos das mobílias	
	Protectores das tomadas	
	Luz de presença	
<u>VARANDAS E JANELAS</u>	Vídras de segurança nas portas e janelas ou película autocolante para evitar estilhaços	
	Fechos de segurança nas portas, com abertura máxima de 6cm	
	Gradeamento ou vedação com altura mínima de 1,10m	
<u>EXTERIOR</u>	<u>EQUIPAMENTO</u>	<u>PRESENTE</u>
<u>PISCINA</u>	Gradeamento ou vedação com altura mínima de 1,10m	
<u>JARDIM E TERRAÇO</u>	Superfície do parque em areia, gralva fina ou material sintético	
	Equipamentos, como baloiços e escorregas, em borracha	
	Escorrega até 3m, apoios laterais com altura mínima de 10 cm e barra no topo para evitar quedas	
	Baloiços com assentos a cerca de 40cm do solo e argolas das correntes com abertura inferior a 8mm	
<u>GARAGEM</u>	Armário fechado com ferramentas e produtos perigosos	
	Espaço bem ventilado	



**ANEXO VIII – Análise Estatística de Movimento de Doentes Admitidos na Urgência  
Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia em 2009 – Causa: Queimadura**



De: Sofia Gonçalves [mailto:sofiabmg@gmail.com]

Enviada: quinta-feira, 9 de Dezembro de 2010 11:56

Para: Teresa Contreiras

Assunto: Dados estatísticos de acidentes domésticos/lazer na infância

Exma. Sra. D. Teresa Contreiras,

O meu nome é Ana Sofia Gonçalves, sou enfermeira e estou neste momento a tirar o Mestrado Profissionalizante em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Universidade Católica de Lisboa. O tema do meu projecto é Segurança Infantil, pelo que gostaria de saber se me poderia fornecer dados estatísticos acerca dos acidentes domésticos/lazer que ocorrem especificamente na infância.

Sem mais assunto. Aguardo pela sua resposta.

Obrigado pela sua atenção.

Cumprimentos,

Sofia Gonçalves

Junto envio dados tratados para o grupo etário dos 0-18

Teresa Contreiras

Médica Graduada de Saúde Pública

Departamento de Epidemiologia DEP

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Av. Padre Cruz | 1649-016 Lisboa | Portugal

tel.:+351 217526487 | Fax+351 217526499

teresa.contreiras@insa.min-saude.pt

Boa tarde,

O meu nome é Sofia Gonçalves, exerço funções de enfermeira graduada no serviço de cirurgia pediátrica/unidade queimados do HDE, e pretendo realizar um estudo estatístico relativo às crianças que acederam à nossa urgência por queimadura. Neste contexto agradecia que me enviassem os dados relativos a todos os episódios de urgência desde 1 de Janeiro de 2009 até 31 de Dezembro de 2009, acompanhados da idade da criança nesse episódio, bem como o motivo (chá, óleo...).

Agradecia a vossa maior brevidade possível devido a prazos que tenho por cumprir.

Atenciosamente,

Sofia Gonçalves

Boa tarde Enf.ª Sofia,

O que podemos apurar quanto à causa é o seguinte:

- Acidente pessoal/Queimadura
- Acidente escolar/Queimadura

Desta forma, remeto no ficheiro anexo duas folhas. Uma com os episódios de urgência com estas causas, outra com o resumo dos dados.

Qualquer dúvida, diga.

Atenciosamente,

Sérgio Pedreiras -Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPEEstatística. Telef.: 218841625 - Fax:  
218841030

e-mail: [estatistica@chlc.min-saude.pt](mailto:estatistica@chlc.min-saude.pt)



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
Instituto de Ciências da Saúde  
Escola Superior Politécnica de Saúde

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional e  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Estágio de Enfermagem – Módulo III : Urgência Pediátrica**

**Análise Estatística de Movimento de  
Doentes admitidos na Urgência Pediátrica  
do Hospital de Dona Estefânia em 2009 -  
Causa: **Queimadura****

Ana Sofia Bento Martins Gonçalves, Aluna nº 192009072  
Sob Orientação Tutorial: Prof. Elisabete Nunes  
Sob Orientação Clínica: Enf. Especialista Paula Vitorino

**Lisboa  
2010**

## **SIGLAS**

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**CS** – Centro de Saúde

**EPE** – Entidade Publica Empresarial

**HDE** – Hospital de Dona Estefânia

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>0. <u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	<b>3</b>
<b>1. <u>ANÁLISE DOS DADOS</u></b> .....	<b>4</b>
<b>1.1. TIPO DE ACIDENTE</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2. IDADE</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3. SEXO</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4. MESES DO ANO FAVORÁVEIS</b> .....	<b>7</b>
<b>1.5. PROVENIÊNCIA</b> .....	<b>8</b>
<b>1.5.1. <u>Proveniência - Outros Hospitais</u></b> .....	<b>10</b>
<b>1.5.2. <u>Proveniência – Centros de Saúde</u></b> .....	<b>11</b>
<b>1.6. ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES DE SAÚDE</b> .....	<b>12</b>
<b>1.6.1. <u>Encaminhamento/Destino</u></b> .....	<b>13</b>
<b>1.6.2. <u>Não Encaminhamento/Causa</u></b> .....	<b>14</b>
<b>2. <u>CONCLUSÃO</u></b> .....	<b>16</b>
<b>3. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	<b>18</b>

## **0. INTRODUÇÃO**

A Enfermagem cada vez mais se preocupa em desenvolver habilidades de pesquisa, de forma a elaborar um corpo científico de conhecimentos para a sua prática. O aumento sistemático de informações e a expansão do conhecimento em enfermagem facilita, pois, uma melhor definição dos parâmetros dessa ciência, contribuindo para melhores cuidados de saúde (POLIT e HUNGLER, 1995).

Segundo dados estatísticos da OMS (2008), as queimaduras estão entre os principais tipos de acidentes infantis. Em 2004, e só por esta causa, verificou-se cerca de 96000 mortes de crianças e jovens até aos 20 anos, em todo o mundo. No entanto, muitas as que a ela sobreviveram, sofrem hoje das suas consequências, carregando cicatrizes durante toda a vida, quer físicas quer psicológicas. (OMS, 2008)

Estudos epidemiológicos comprovam que crianças que começam a andar formam um grande grupo de risco e, de acordo com o French National Health Statistics e Research Institute, a morte de vítimas de queimaduras é elevada e tem tendência a aumentar quanto menor for a idade da criança. (MERCIER e BLOND, 1996)

O propósito deste trabalho adveio da necessidade de saber dados acerca das crianças queimadas que acorreram à urgência pediátrica do Hospital de Dona Estefânia em 2009, no sentido de caracterizar e determinar a dimensão deste problema. Os dados pesquisados e tratados poderão servir para posteriormente poderem ser alvo de intervenções, tanto ao nível da prevenção, como estabelecimento de possíveis articulações e parcerias com outras unidades de saúde que sejam pertinentes para a tentativa de diminuição desta problemática.

Os dados estatísticos obtidos provieram do núcleo de Estatística do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

Neste trabalho serão apresentados dados relativamente a crianças/adolescentes (0-19 anos) queimadas que recorreram à urgência deste hospital, sendo abordados os seguintes parâmetros: tipo de acidente, Idade, Sexo, Meses do Ano favoráveis, Proveniência e Encaminhamento posterior.

## 1. ANÁLISE DE DADOS

### 1.1. TIPO DE ACIDENTE

**Tabela Nº 1-** Crianças/adolescentes com queimadura em função do tipo de acidente

<i>Tipo de Acidente/Queimadura</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
<b>Doméstico/Lazer</b>	<b>329</b>
<b>Escolar</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>333</b>

**Gráfico nº 1-** Crianças/adolescentes com queimadura em função do tipo de acidente



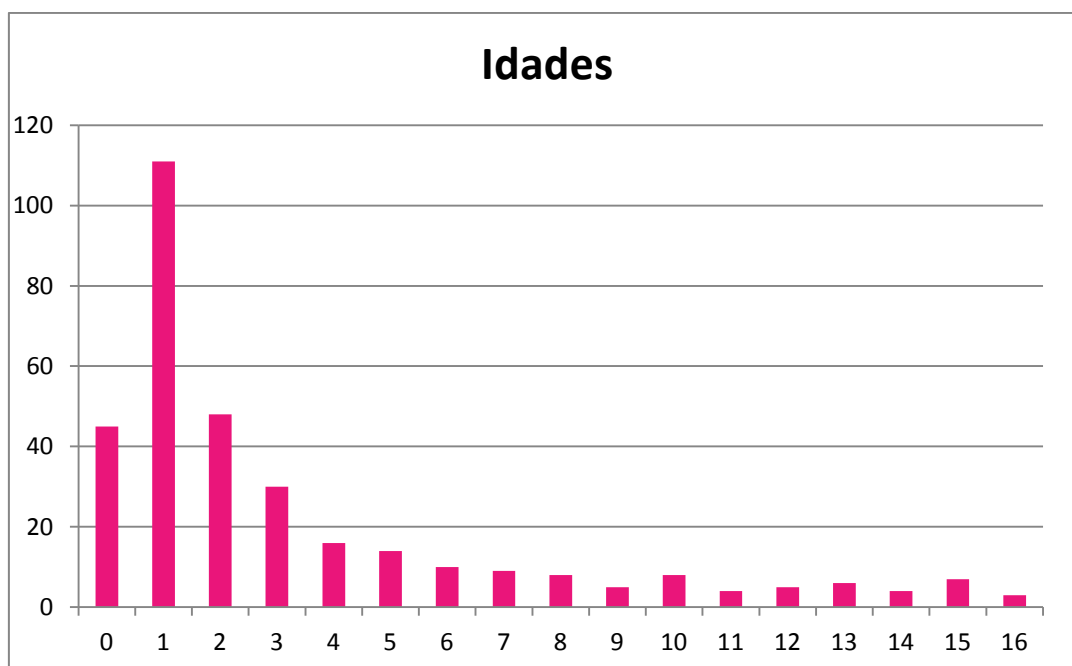
Após a análise da tabela e do gráfico, verifica-se que o total de crianças queimadas é de 333, sendo que a grande maioria dos casos sucederam em contexto doméstico/lazer, constituindo 329 (98%) dos acidentes por queimadura, contra 4 (2%) que sucederam em ambiente escolar.

## 1.2. IDADES

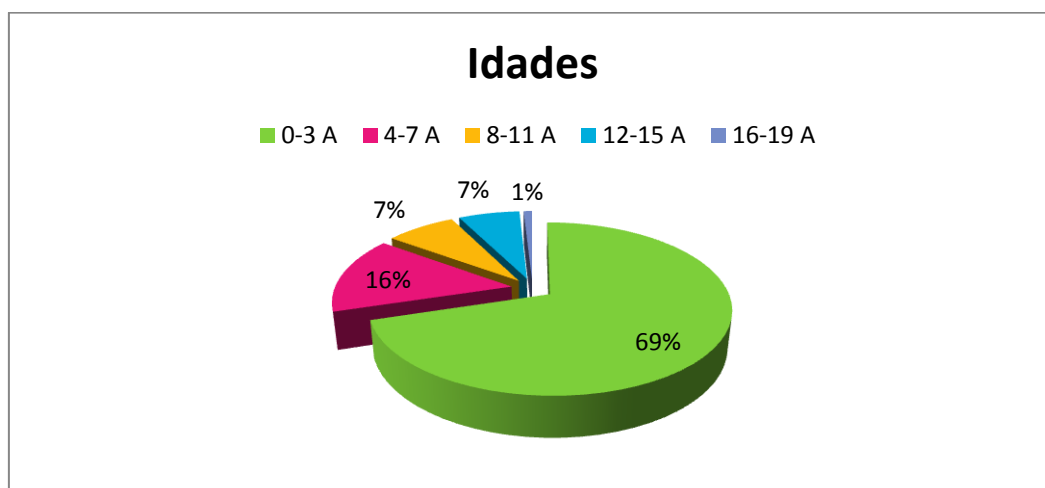
Tabela nº 2- Crianças/adolescentes com queimadura em função da Idade

<i>Idades</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
0	45
1	111
2	48
3	30
4	16
5	14
6	10
7	9
8	8
9	5
10	8
11	4
12	5
13	6
14	4
15	7
16	3
<b>Total</b>	<b>333</b>

Gráfico nº 2- Crianças/adolescentes com queimadura em função da Idade



**Gráfico nº 3 - Crianças/adolescentes com queimadura em função da Idade**



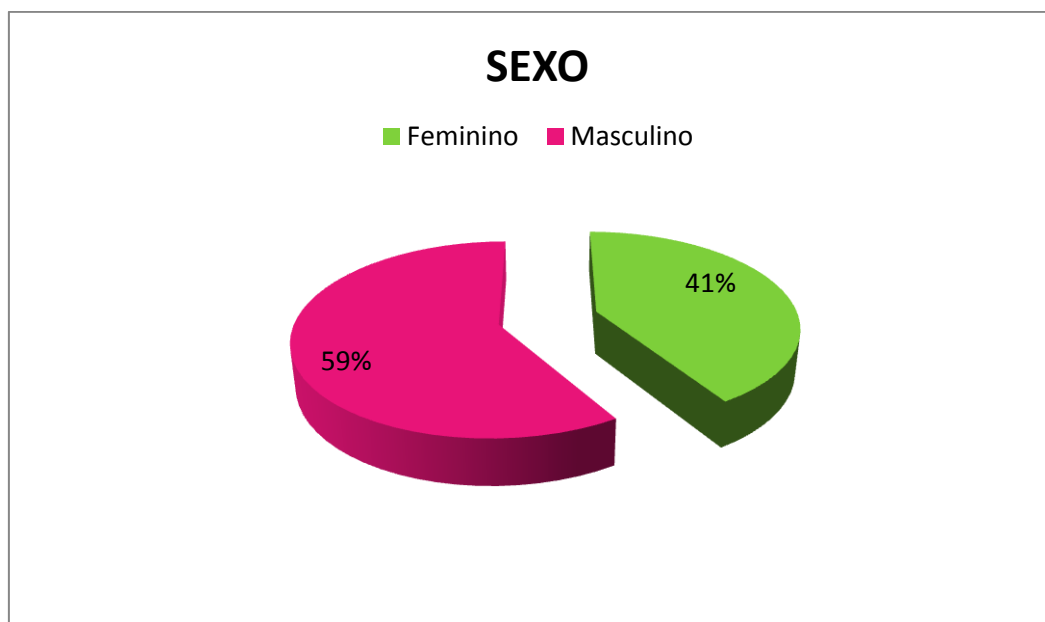
Analisando os dados representados na tabela e gráficos, verifica-se que a idade em que incidência de queimaduras é mais acentuada é com 1 ano de idade, representando 111 (33%) dos 333 (100%) casos registados. Verifica-se ainda que o número de acidentes por queimadura vai diminuindo com a idade, não havendo registos a partir dos 17 anos de idade. Por fim, poderemos concluir que em idades dos 0-3 anos, o número de acidentes por queimadura constitui 69% do total.

### 1.3. SEXO

**Tabela nº 3- Crianças/adolescentes com queimadura em função do Sexo**

<i>Sexo</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
<b>Feminino</b>	137
<b>Masculino</b>	196
<b>Total</b>	<b>333</b>

**Gráfico nº 4-** Crianças/adolescentes com queimadura em função do Sexo



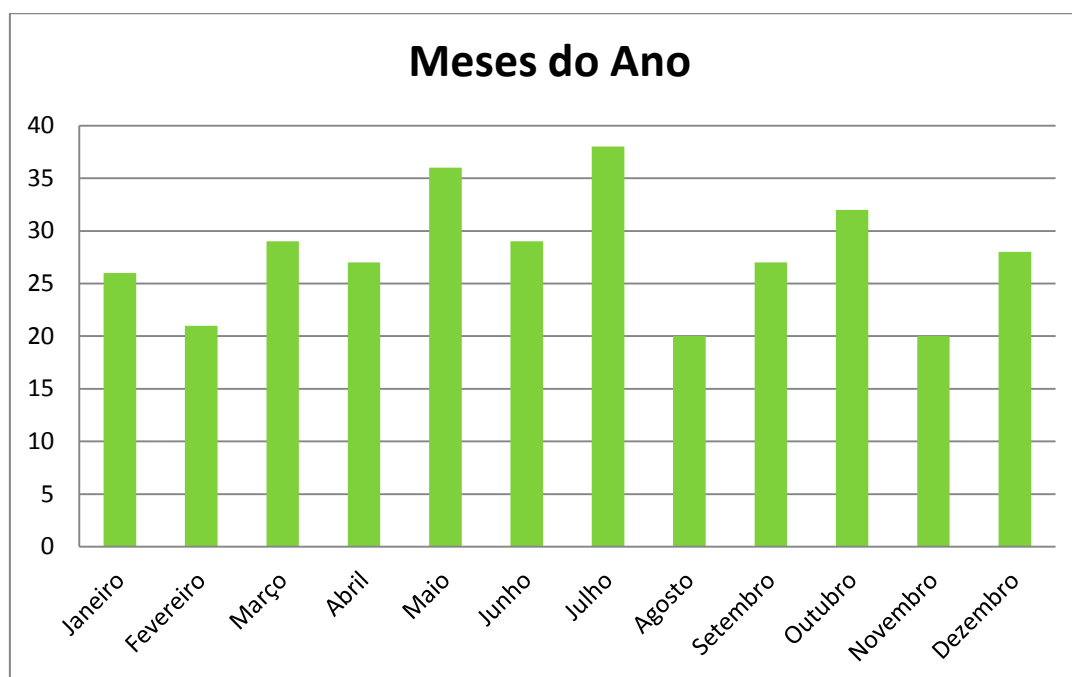
Após análise da tabela e do gráfico verificamos que mais de metade das crianças pertencem ao sexo masculino (59%), embora a diferença não seja muito representativa relativamente ao sexo feminino.

#### 1.4. MESES DO ANO FAVORÁVEIS

**Tabela nº 4** -Distribuição das crianças/adolescentes queimados pelos meses do ano

<i>Meses do Ano</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
Janeiro	26
Fevereiro	21
Março	29
Abril	27
Maio	36
Junho	29
Julho	38
Agosto	20
Setembro	27
Outubro	32
Novembro	20
Dezembro	28
<b>Total</b>	<b>333</b>

**Gráfico nº 5-** Distribuição das crianças/adolescentes queimados pelos meses do ano



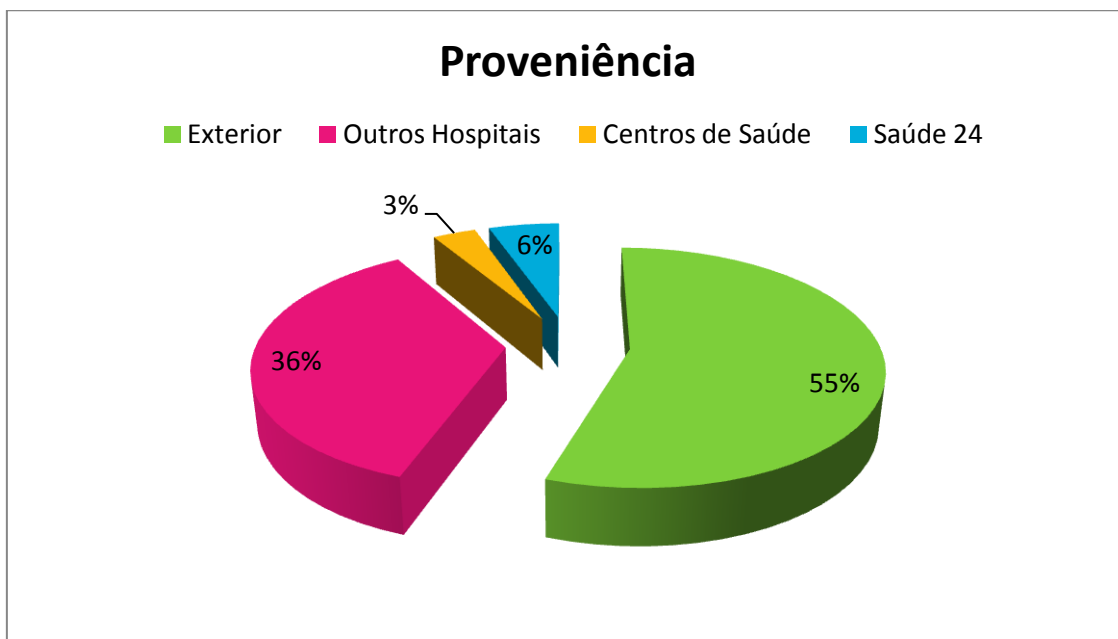
Após a análise dos dados, podemos constatar que o mês com maior afluência à urgência foi o de Julho com o registo de 38 crianças/adolescentes queimadas, e os de menor afluência foram os meses de Agosto e Novembro com 20 crianças/adolescentes.

### 1.5. PROVENIÊNCIA

**Tabela nº5** - Crianças/adolescentes com queimadura em função da sua proveniência

<i>Proveniência</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
<b>Exterior</b>	184
<b>Outros Hospitais</b>	120
<b>Centros de Saúde</b>	11
<b>Saúde 24</b>	18
<b>Total</b>	<b>333</b>

**Gráfico nº 6** - Crianças/adolescentes com queimadura em função da sua proveniência



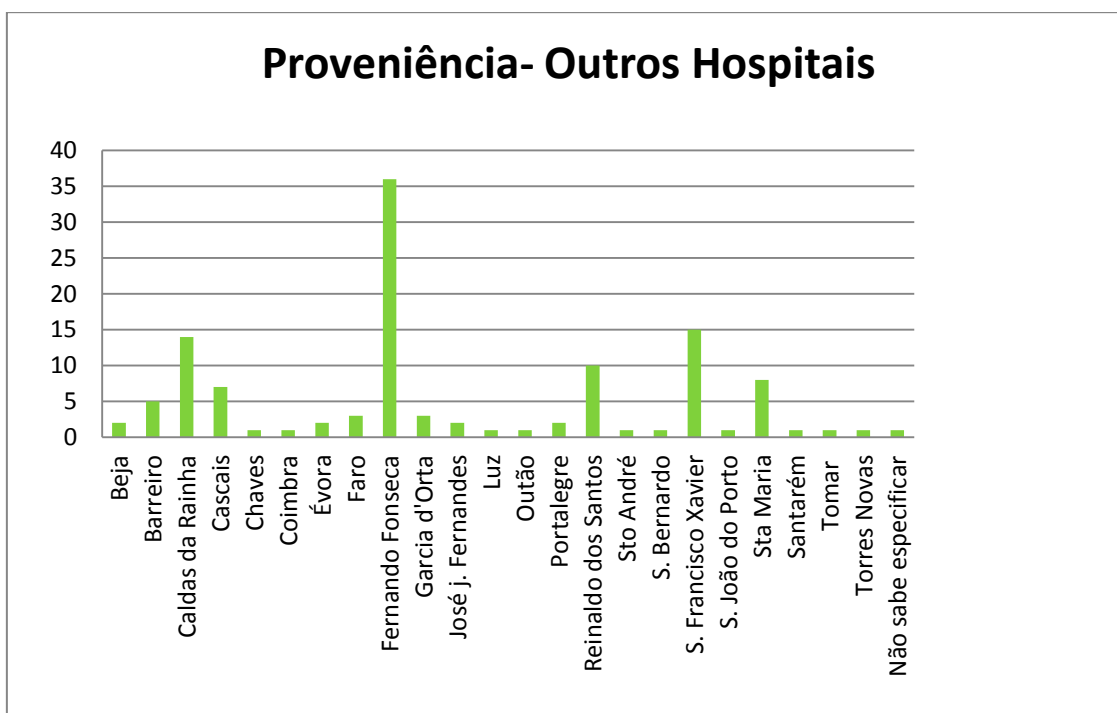
Analisando os dados da tabela e do gráfico, podemos afirmar que a maioria das crianças/adolescentes que acorrem ao serviço de urgência provém do exterior - 184 (55%). No entanto, existe um número significativo que provém de outros hospitais – 120 (36%). Os restantes foram encaminhados pelo serviço telefónico Saúde 24 – 18 (6%), e por centros de saúde – 11 (3%).

### 1.5.1. Proveniência - Outros Hospitais

**Tabela nº 6** - Crianças/adolescentes com queimadura em função da sua proveniência – Outros Hospitais

<i>Proveniência – Outros Hospitais</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
Beja	2
Barreiro	5
Caldas da Rainha	14
Cascais	7
Chaves	1
Coimbra	1
Évora	2
Faro	3
Fernando da Fonseca	36
Garcia d’Orta	3
José J. Fernandes	2
Luz	1
Ortopédico do Outão	1
Portalegre	2
Reinaldo dos Santos	10
Sto André	1
S. Bernardo	1
S. Francisco Xavier	15
S. João do Porto	1
Sta Maria	8
Santarém	1
Tomar	1
Torres Novas	1
Não sabe especificar	1
<b>Total</b>	<b>120</b>

**Gráfico nº7** - Crianças/adolescentes com queimadura em função da sua proveniência – Outros Hospitais



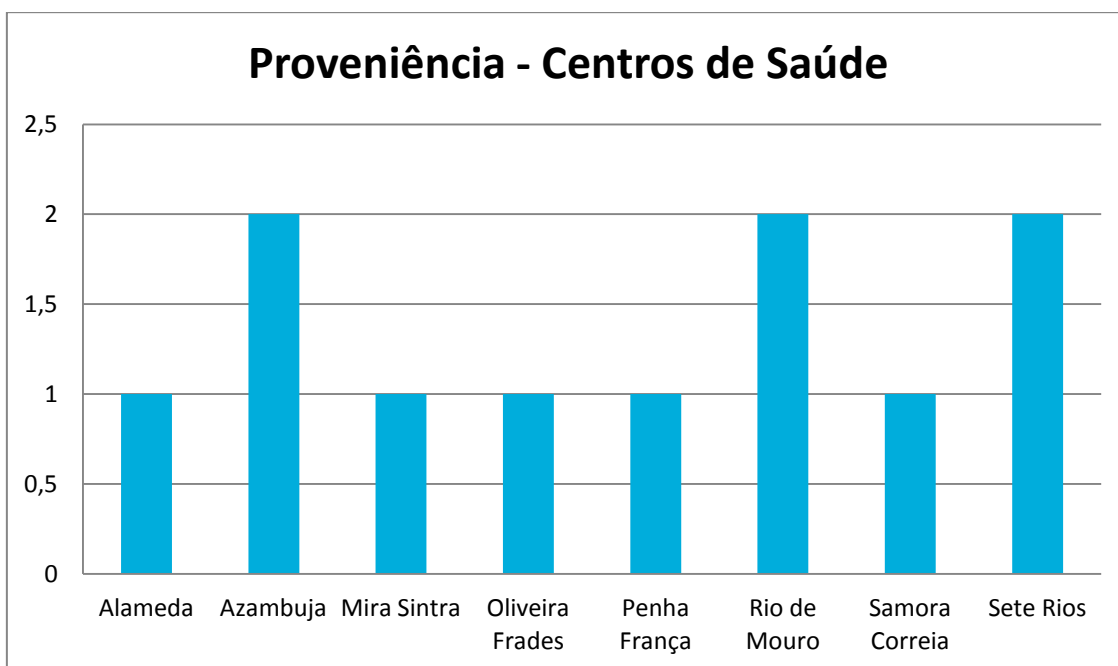
Tendo em conta os dados apresentados, podemos concluir que os hospitais que mais crianças/adolescentes encaminharam foram: Hospital Fernando da Fonseca (36); Hospital de São Francisco Xavier (15); Hospital das Caldas da Rainha (14). Contudo, verifica-se que a proveniência das crianças/adolescentes varia desde o norte ao sul do país.

### 1.5.2. Proveniência – Centros de Saúde

**Tabela nº7** - Crianças/adolescentes com queimadura em função da sua proveniência – Centros de Saúde

<i>Proveniência – Centros de Saúde</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
<b>Alameda</b>	<b>1</b>
<b>Azambuja</b>	<b>2</b>
<b>Mira Sintra</b>	<b>1</b>
<b>Oliveira de Frades</b>	<b>1</b>
<b>Penha França</b>	<b>1</b>
<b>Rio de Mouro</b>	<b>2</b>
<b>Samora Correia</b>	<b>1</b>
<b>Sete Rios</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>

**Gráfico nº8** - Crianças/adolescentes com queimadura em função da sua proveniência – Centros de Saúde



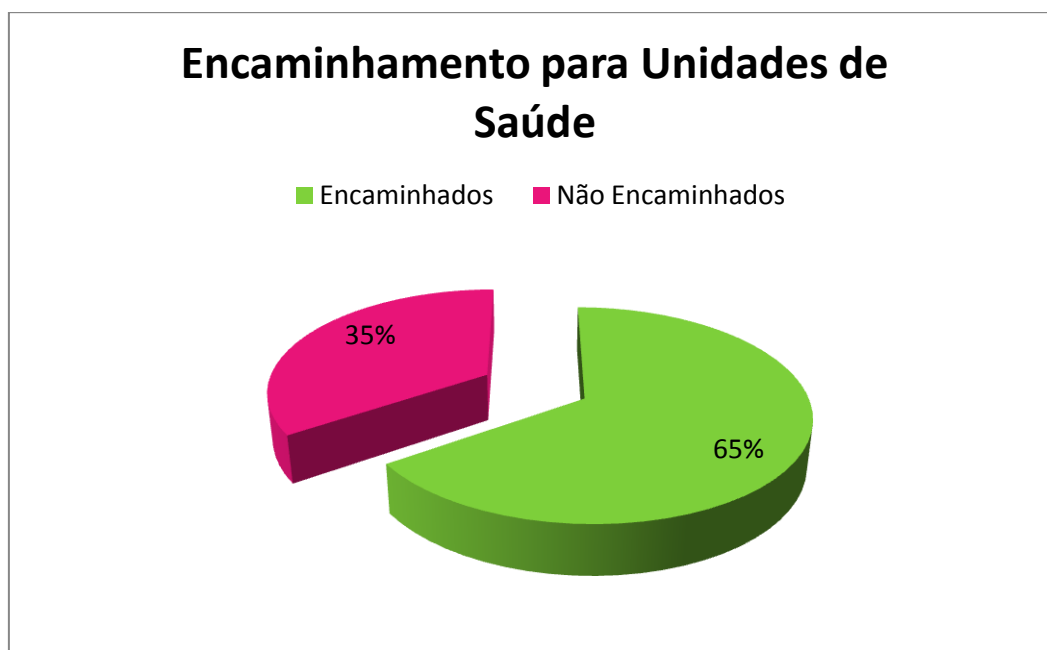
Após a análise da tabela e do gráfico, verifica-se que as crianças/adolescentes foram encaminhadas dos seguintes centros de saúde: Alameda, Mira Sintra, Oliveira de Frades, Penha de França, Samora Correia, sendo a maioria proveniente da Azambuja, Rio de Mouro, e Sete Rios.

#### 1.6. ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES DE SAÚDE

**Tabela nº 8** - Crianças/adolescentes com queimadura em função do Encaminhamento para Unidades de Saúde

<i>Encaminhamento- Unidades de Saúde</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
<b>Encaminhados</b>	<b>218</b>
<b>Não Encaminhados</b>	<b>115</b>
<b>Total</b>	<b>333</b>

**Gráfico nº 9** - Crianças/adolescentes com queimadura em função do Encaminhamento para Unidades de Saúde



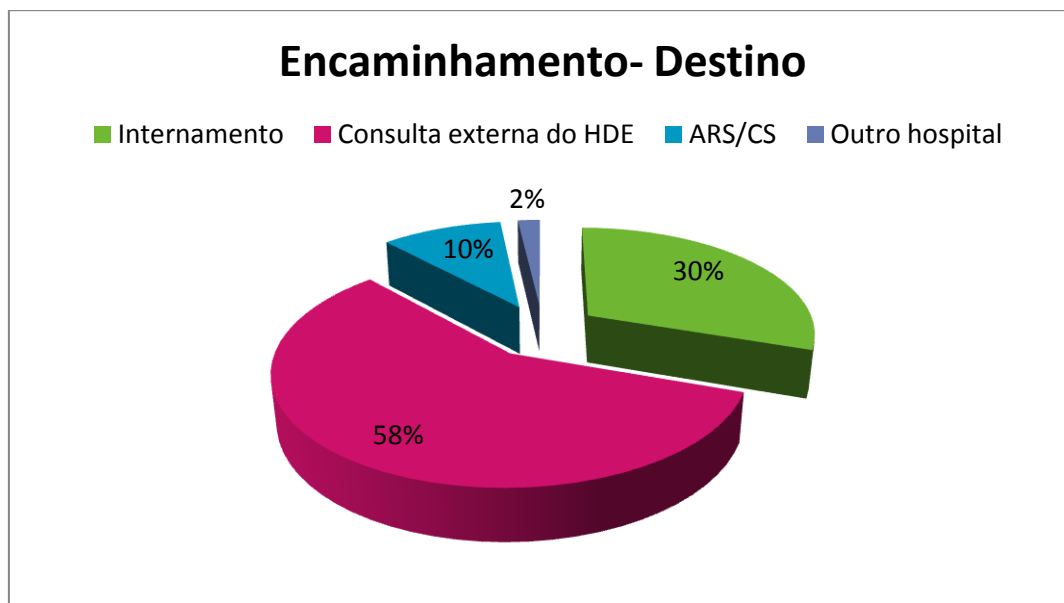
Observando os dados apresentados, verifica-se que a maioria das crianças/adolescentes que foram à urgência (65%) necessitaram de posterior acompanhamento em unidades de saúde devido à queimadura.

#### 1.6.1. Encaminhamento/ Destino

**Tabela nº 9-** Crianças/adolescentes com queimadura em função do tipo de Encaminhamento/Destino

<i>Encaminhamento/Destino</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
Consulta Externa do HDE	126
Internamento	66
ARS/Centros Saúde	22
Outros Hospitais	4
<b>Total</b>	<b>218</b>

**Gráfico nº 10** - Crianças/adolescentes com queimadura em função do tipo de Encaminhamento/Destino



Após a análise da tabela e do gráfico apresentados, pode constatar-se que a maioria é encaminhada para a consulta externa do Hospital de Dona Estefânia (126 - 58%); no entanto existe um número considerável de crianças/adolescentes queimados que necessitam de internamento na Unidade de Queimados do mesmo hospital (66- 30%). Para a ARS/centros de saúde foram enviadas 22 (10%) crianças/adolescentes, e para outros hospitais foram encaminhados 4 (2%).

#### 1.6.2. Não Encaminhamento/Causa

**Tabela nº 10** - Crianças com queimadura que não foram encaminhadas para nenhuma unidade de saúde em função da causa

<i>Não encaminhados/Causa</i>	<i>Nº crianças/adolescentes queimados</i>
Observados/Não referenciados	111
Abandono	2
Não Respondeu	2
<b>Total</b>	<b>115</b>

**Gráfico nº 11** - Crianças com queimadura que não foram encaminhadas para nenhuma unidade de saúde em função da causa



Como podemos verificar, a maioria das crianças/adolescentes não necessitaram de ser encaminhadas para uma unidade de saúde, após observação médica (111 – 96%). Existem algumas crianças que fizeram inscrição na urgência mas que não responderam à chamada do médico (2-2%) ou abandonaram o hospital (2-2%).

## **2. CONCLUSÃO**

A elaboração deste trabalho de pesquisa permitiu obter dados importantes acerca das crianças/adolescentes que recorreram à Urgência Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia por queimadura. Assim sendo, conclui-se:

- ✓ Em 2009 ocorreram 333 episódios de crianças/adolescentes com queimadura.
- ✓ Quase a totalidade das queimaduras ocorreram em ambiente doméstico/lazer (98%).
- ✓ A faixa etária prevalente na ocorrência das queimaduras foi entre 1-2 anos.
- ✓ O sexo não foi determinante na ocorrência deste tipo de acidente.
- ✓ O mês em que se registaram maior número de crianças/adolescentes foi Julho, no entanto os resultados não diferem muito dos outros meses do ano.
- ✓ A maioria das crianças/adolescentes provém do exterior, embora possam ser também encaminhadas de outros hospitais, centros de saúde e até da Saúde 24.
- ✓ As crianças/adolescentes que são transferidas de outros hospitais, vêm de norte a sul do país.
- ✓ O hospital que mais transferiu crianças/adolescentes para o nosso hospital foi o Fernando da Fonseca.
- ✓ Os centros de saúde que mais transferiram crianças/adolescentes para o nosso hospital foram os de Azambuja, Rio de Mouro e Sete Rios.
- ✓ Do total dos episódios registados, 65% necessitou de acompanhamento posterior em unidades de saúde. Destes, a maioria foi encaminhada para as consultas externas deste hospital (58%). No entanto, não se pode deixar de referir que a necessidade de internamento também foi significativa (30%).

Assim sendo, e tendo em conta os dados apresentados, é necessário uma reflexão aprofundada acerca desta problemática, tendo em conta que este tipo de acidente muitas vezes deixa marcas para toda a vida, quer sejam elas físicas, psicológicas mas também sociais. É necessário, pois, sensibilizar a população, investir na prevenção, na formação ao nível dos profissionais de saúde, de forma a compreenderem e saberem lidar com este tipo de situações, prevenindo assim sequelas maiores para a vida dessas crianças/adolescentes vítimas de queimadura. Poderá ser ainda uma mais-valia o

estabelecimento de articulação ou parcerias com as instituições de saúde que encaminham estas crianças/adolescentes, com os objectivos de uniformizar procedimentos e apostar na prevenção deste tipo de acidente – Queimaduras!

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE – NUCLEO DE ESTATÍSTICA – Documento : Movimento Diário de doentes (Urgência Pediátrica) – Causa da Urgência : Acidente Pessoal/Queimadura- período 01/01/2009 a 31/12/2009, Lisboa :2009. 18p.
- ❖ MERCIER, C.; BLOND, MH. - **Epidemiological survey of childhood burn injuries in France. Burns**, France: 1996.
- ❖ OMS – Organização Mundial de Saúde. **World Report on Child Injury prevention: Summary**. Geneva. 2008. Disponível em [www.who.int](http://www.who.int).
- ❖ POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed.Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101-X.



**ANEXO IX – Poster “Sabia que ...”**



# Sabia que...

... em todo o mundo morrem cerca de **95.000** crianças e jovens por ano vítimas de queimaduras?

(OMS, 2008)

... em 2009 deram entrada na urgência deste Hospital

**333** crianças e jovens vítimas de queimaduras,

**69%** com idades entre os **0** e os **3** anos?

(CHLC Estatística, 2009)

## Como deve actuar em caso de queimadura:


- Retire qualquer roupa ou acessórios em redor da queimadura, excepto a que esteja colada à lesão
- Aplique água fria durante 20 minutos sem usar gelo
- Não fure as bolhas
- Mantenha a criança aquecida
- Cubra a queimadura com compressas esterilizadas ou pano limpo e seco que não solte pêlos
- Não aplique manteiga, clara de ovo ou outro remédio caseiro pois pode agravar a lesão e aumentar o risco de infecção

**A melhor maneira de tratar as queimaduras é impedir que elas aconteçam!**



**ANEXO X – Norma de Procedimentos “Abordagem da Criança/ Adolescente Queimado  
no âmbito do Serviço de Urgência Pediátrica”**



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

<b>APROVAÇÃO</b>

### 1 OBJECTIVO

Uniformizar procedimentos na abordagem da Criança/Adolescente queimada, no âmbito do Serviço de Urgência do Hospital de Dona Estefânia CHLC, EPE.

### 2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO


Todos os médicos e enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia CHLC, EPE.

### 3 RESPONSABILIDADES

**3.1 Pela implementação do Procedimento:** Direcção da Área de Cirurgia Pediátrica, Médico Responsável pela Área Reservada a Queimados do Serviço de Cirurgia Pediátrica, Médico Responsável pelo Serviço de Urgência de Cirurgia Pediátrica, Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica, Grupo de Trabalho Contra a Dor.

**3.2 Pela revisão do procedimento:** Direcção da Área de Cirurgia Pediátrica, Médico Responsável pela Área Reservada a Queimados do Serviço de Cirurgia Pediátrica,

Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	<b>ELABORAÇÃO</b>			
	<u>Dr. António Marques</u>			
	<u>Enf.º António Malha</u>			
	<u>Enf.ª Ivone Ornelas</u>			
	<u>Dr. João Pascoal</u>			
	<u>Dra Lúcia Nóbrega</u>			
	<u>Enf.ª Paula Vitorino</u>			
	<u>Dra Regina Duarte</u>			
	<u>Enf.ª Sofia Gonçalves</u>			
	<u>Dra Zinia Serafim</u>			
<b>VERIFICAÇÃO</b>				
CQSD				
EDIÇÃO	REVISÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	0			1/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	


Médico Responsável pelo Serviço de Urgência de Cirurgia Pediátrica, Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica. Todos os médicos e enfermeiros que realizaram o procedimento.

#### 4 DEFINIÇÕES

- **Queimadura:** lesão dos tecidos orgânicos que ocorre do trauma de origem térmica resultante da exposição ou contacto com chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, electricidade, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção. (Hudak & Gallo, 1997)
- **Queimaduras de espessura parcial superficial (queimaduras de primeiro grau):** lesam a epiderme (camada ceratinizada que fornece uma parede protectora entre o hospedeiro e o ambiente). Exemplo: queimadura solar. É dolorosa e pruriginosa devido ao estímulo dos receptores sensitivos. Cicatriza espontaneamente, sem fibrose, uma vez que as células epiteliais da epiderme se encontram em permanente substituição (Hudak & Gallo, 1997).
- **Queimaduras de espessura parcial profunda (queimaduras de segundo grau):** afectam os diversos graus da camada dérmica. A derme contém estruturas indispensáveis para a função cutânea: glândulas sudoríparas e sebáceas, terminações nervosas sensitivas e motoras, capilares e folículos pilosos. Podem cicatrizar espontaneamente dependendo da profundidade. Se a ferida se tornar infectada ou traumatizada ou o suprimento sanguíneo for comprometido, essas queimaduras podem evoluir para queimaduras de espessura total (Hudak & Gallo, 1997).
- **Queimaduras de espessura total (queimaduras de terceiro grau):** expõem a camada gordurosa que é composta por tecido adiposo pouco vascularizado. Essa camada contém a raiz de glândulas sudoríparas e folículos pilosos. Todos os elementos epidérmicos estão destruídos. O fluxo sanguíneo adjacente é interrompido. Os vasos sanguíneos ficam trombosados. São completamente indolores, pois os receptores sensitivos são totalmente destruídos. Podem parecer afundadas devido à perda de gordura e músculo adjacente (Hudak & Gallo, 1997).
- **Fórmula de Parkland:** preconiza que a metade do volume total calculado (2-4ml/kg pela % de SCQ) seja infundida nas primeiras oito horas da queimadura e não no início da terapia. O restante deverá ser administrado nas 16h subsequentes. Esta não é apropriada para recém-nascidos e lactentes devido às suas necessidades hídricas basais serem maiores (Júnior & Serra, 2006).

**% SCQ x Peso (KG) x 4ml =**  
**Total de líquidos a serem administrados nas primeiras 24h**

EDIÇÃO	REVISÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	0			2/15


 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

- **Escarotomia:** é um procedimento cirúrgico através do qual uma escara é removida. Realiza-se, a maioria das vezes, em situações em que a queimadura é profunda e circunferencial (habitualmente nos membros, mas também pode ocorrer no tronco ou pescoço). Neste tipo de queimadura a escara poderá provocar compressão dos tecidos subjacentes, tanto ao nível dos músculos, tendões como vasos sanguíneos, constituindo muitas vezes um procedimento a efectuar com urgência. (Herndon, 2002)

## 5 REFERÊNCIAS

- **American burn Association (2008).** *Advanced burn life support course: provider manual.* Chicago: American Burn Association.
- **BARANOSKI, S. & AYELLO, E. A. (2004).** *O essencial sobre o tratamento de feridas – princípios práticos.* (J. Gouveia, trad.). Loures: Lusodidacta.
- **HERNDON, D. (2002).** *Total Burn Care.* (2ª edição). London: W.B.Saunders
- **JUNIOR, E.M.L.; SERRA, M.C.V.F. (2006).** *Tratado de Queimaduras.* São Paulo: Atheneu.
- **MACHADO, C.S. et al (2003).** *Sala de emergências clínicas e traumáticas.* Porto Alegre: UFRGS.
- **Oxford University (2010).** *Clinical Skills in Children's Nursing.* Nova Iorque: Oxford University Press.
- **NSW Severe Burn Injury Service (2008).** *Burn Transfer Guidelines.* NSW Health. Disponível em <http://www.health.nsw.gov.au/polices/gl/2008/pdf>
- **STRANGE, G. et al (2009).** *Pediatric Emergency Medicine.* (3ª edição). New York. Mc Graw Hill Medical.
- **Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (2010)** – Procedimento Multisectorial *Avaliação da Dor enquanto 5º Sinal Vital – TRC 111.* Lisboa. 2010, 9p.
- **CORREIA, M. Ivone F. S. Ornelas (2005)** - *Kit SEM-DÓI-DÓI: Para ajudar a criança a lidar com a dor. Enfermagem em Foco.* Lisboa. 61 (Out/Dez 2005) 39-40.
- **LANDRETH, G.(2002)** – *Play Therapy: the art of the relationship.* New York: Brunner-Routledge, 2002.
- **MITRE, Rosa Maria de Araújo; GOMES, Romeu (2003)** – *A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como acção se saúde.* 2003. <http://www.scielo.br/pdf>
- **PAYNE, Rosemary (2003)** – *Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde.* 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003, 278p.
- **WHALEY & WONG (1999)** – *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva,* 5ª Edição, Editora Guanabara Koogan, 1118p.

EDIÇÃO		REVISÃO		CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A		0				3/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

## 6 SIGLAS E ABREVIATURAS

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

EPE – Entidade Publica Empresarial

EV- endovenoso

Fc – Frequência cardíaca

Fr- Frequência respiratória

HDE – Hospital Dona Estefânia

KG- Quilograma

O2 – Oxigénio

SPO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SCQ – Superfície Corporal Queimada

TA- Tensão Arterial

## 7 DESCRIÇÃO

Quando uma criança/adolescente queimada dá entrada no serviço de urgência deverá ser efectuado despiste relativamente ao potencial ou actual risco de vida. Assim sendo, deverá ser realizada:

### 7.1 EXAME PRIMÁRIO: ABC

#### A – “AIRWAY” – Vias Aéreas.

Nesta fase em particular deve ser efectuado despiste relativamente à presença dos seguintes sinais:


- ✓ Rouquidão
- ✓ Tosse
- ✓ Estridor
- ✓ Outros sinais que indiquem dificuldade respiratória
- ✓ Material carbonizado na boca, nariz
- ✓ Broncorreia

pois poderão indicar exposição a gases nocivos ou fumo. Se houver relato deste tipo de exposição, mesmo que a criança/adolescente não apresente os sinais acima descritos, deve ser feita administração de O2 100% humidificado.

Deve ter-se ainda atenção a:

- ✓ Edemas (no caso de queimaduras da face, pescoço, orofaringe), pois poderão comprometer o bom funcionamento das vias aéreas e consequentemente da ventilação.

EDIÇÃO	REVISÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	0			4/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

### B – “BREATHING”- Respiração

Neste contexto é também determinante o despiste de inalação de gases nocivos/fumo, bem como os edemas acima referenciados. Por outro lado, deve também ter-se atenção ao despiste de queimaduras circulares do tronco e pescoço que, por presença de edema, poderão comprometer as estruturas essenciais à respiração.

Devem ser avaliados os seguintes parâmetros:

- ✓ SPO2
- ✓ Fr
- ✓ Características da respiração

Para **A** e **B**, dependendo da situação clínica da criança/adolescente poderá ser necessária entubação endotraqueal.

### C – “CIRCULATION” – Circulação

Devem ser avaliados os seguintes parâmetros:

- ✓ Fc
- ✓ Tempo de preenchimento capilar
- ✓ TA

e proceder a manobras de reanimação consoante a situação clínica da criança.

## 7.2 EXAME SECUNDÁRIO


Após estabilização de ABC.

### 7.2.1 Exame Físico Completo

- ✓ Exame neurológico, tendo em conta a escala de Glasgow.
- ✓ Avaliação da Temperatura – nunca descurando o potencial risco de hipotermia.
- ✓ Avaliação da **Dor** e administração de analgesia segundo os seguintes parâmetros:

\* obter a Intensidade da dor com o instrumento de avaliação adequado à situação clínica, à idade e ao desenvolvimento cognitivo da criança/adolescente - escalas de hetero ou autoavaliação da dor. Se possível, treinar a escala de auto-avaliação da dor - Faces ou Numérica - na criança com idade  $\geq 5$  anos, registar a intensidade e a qualidade da dor;

EDIÇÃO	REVISÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<b>A</b>	<b>0</b>			5/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	


\* registar o local e a causa da dor ou a sua descrição poderá estar incluída na *caracterização da queimadura*;

\* incluir a descrição da dor, apenas quando o relato for espontâneo para evitar as sensações experimentadas no momento em que a queimadura ocorreu;

\* ensinar/aplicar à criança/adolescente estratégias não farmacológicas, complementares às estratégias farmacológicas, que visam a prevenção e o controlo da dor, do medo e da ansiedade associadas aos procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos. É fundamental envolver a pessoa significativa, sempre que presente, e ter em consideração as preferências e as capacidades cognitivas da criança/adolescente. Importa proporcionar um ambiente tranquilo, confortável, seguro, se possível, e favorável ao estabelecimento de relações de confiança. A aplicação destas estratégias é mais eficaz quando se utiliza material lúdico-pedagógico dirigido às necessidades da criança/adolescente. O material lúdico pode estar organizado num *Kit Sem Dói-Dói*. No Quadro 1 enumeram-se algumas estratégias predominantes no grupo etário, de fácil aplicação e que requerem pouco tempo.


Quadro 1 – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

Estratégias Não Farmacológicas		Idade	Descrição/Justificação		
Sensoriais		0 - 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotar os pais de informações sobre o que vai acontecer, o que a criança pode experimentar e as sensações e reacções que o bebé pode ter.</li> <li>- Manter os pais na mesma linha de visão, tranquilizá-los, para que com o olhar, o sorriso, as expressões faciais transmitam confiança e reduzem o medo e a ansiedade;</li> <li>- Dar mimos, colo e, se possível, embalar a criança suavemente em arco; se necessário, fazer a contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limites ao corpo, proporciona sensações de conforto e segurança;</li> <li>- Permitir a sucção não nutritiva na chucha ou dedo, proporciona sensações de prazer;</li> <li>- Manter os objectos ameaçadores fora do campo de visão</li> </ul>		
EDIÇÃO	REVISÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.	
A	0			6/15	

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

<b>Estratégias Não Farmacológicas</b>	<b>Idade</b>	<b>Descrição/Justificação</b>
<b>Sensoriais</b>	4 – até 18anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falar ou cantar suavemente, usar rocas, livros com texturas ou brinquedos com música, favorece a distração dos procedimentos invasivos.</li> <li>- Aplicar técnicas de estimulação cutânea: fricção simples e ritmada de uma parte do corpo, uso de pressão, de massagem e toque terapêutico para relaxar e tranquilizar; posicionamento adequado para conforto.</li> </ul>
<b>Cognitivas</b>	3 – até 18 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar informação antes do procedimento;</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica, realizando actividades que fomentem a distração e que transmitam prazer: histórias, canções, jogos, música ...</li> <li>- Dar reforço positivo, reforça a auto-estima e a confiança.</li> <li>-Fomentar as estratégias de participação da criança/adolescente: envolver nalgumas decisões acerca do procedimento e nas actividades que conduzem à sua realização; ensinar estratégias de auto-instrução, tais como: “vai correr bem, vai acabar depressa”; estabelecer um contrato comportamental informal, definindo o comportamento de cooperação a realizar num determinado tempo e as regalias a que ganha direito, contribuindo para o controlo da situação.</li> </ul>
<b>Comportamentais</b>	3 – até 18 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular o relaxamento com exercícios respiratórios simples: respiração lenta ou profunda e respiração diagramática, podendo usar-se apitos tipo “língua da sogra”.</li> </ul>

EDIÇÃO	REVISÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<b>A</b>	<b>0</b>			7/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>		<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>		

- No "penso de queimado" em que seja previsível intensidades de dor  $\leq 3$ , dor ligeira, aplicar analgesia segundo o esquema abaixo indicado e, em complementaridade, utilizar as estratégias não farmacológicas supra citadas.

- Avaliar e registar a intensidade da dor: - **no momento** do procedimento, **5' após o procedimento**.

Se a criança/ adolescente permanecerem em SO, avaliar e registar a intensidade da dor nos seguintes momentos de avaliação:

- **antes** do analgésico;
- **após o analgésico**, se terapêutica per os ou rectal 30 a 40 min.após; se terapêutica IV 5 a 10min. após;
- **de 8/8 horas**, se intensidade  $\leq 3$ , dor ligeira, controlada; - **de 4/4 horas**, ou sempre que necessário, se intensidade de dor  $\geq 4 \leq 10$ , dor moderada a severa, ou dor não controlada ou não tratada;
- na transferência;
- na alta.

Efectuar a reavaliação da dor após cada intervenção terapêutica.


- No "penso de queimado" em que seja previsível intensidade de dor que oscile entre  $\geq 4 \leq 10$ , moderada a severa, deve ser realizado em Bloco Operatório.

### Analgesia para procedimentos efectuados na urgência

#### **Recomendações:**

- ↳ Registrar a analgesia efectuada;
- ↳ Considerar o alívio imediato da dor como uma prioridade.
- ↳ Adaptar via de administração dos fármacos de acordo com a via disponível, a idade e peso da criança e com a intensidade da dor esperada para o procedimento em questão
- ↳ Confirmar sempre o tempo de pausa alimentar e respeitar as contra-indicações (alergia ou intolerância) dos fármacos antes de instituição terapêutica

EDIÇÃO		REVISÃO		CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A		0				8/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

#### A Pausa alimentar

- Líquidos claros e leite materno - 4h
- Leite e alimentos sólidos – 6h

A administração de Mistura E pressupõe o cumprimento do jejum e exige que o peso da criança seja igual ou superior a dez quilos; o volume máximo da mistura não deve exceder os 10ml;

#### **SEM ACESSO VENOSO:**

- **Se dor previsível de intensidade ligeira ( $\geq 1 \leq 3$ ) e/ou ansiedade/ agitação ou medo (30 minutos antes do procedimento):**

**1. Paracetamol** – 20 a 30 mg/kg, Via Oral ou Rectal, respectivamente, dose única

**2. Ibuprofeno** – 10 mg/kg Via Oral (suspensão oral 1ml=20mg), dose única

+

**3. Mistura E** – 0,2ml/kg) Via Oral **dose única**

- **Se dor previsível de intensidade moderada ( $\geq 4 \leq 6$ )**


**Associar** (30 minutos antes do procedimento):

**4. Tramadol gotas** (1gota= 2,5mg) – 1,5mg/kg, Via Oral, dose única

+

**Metoclopramida solução oral** (1ml= 1mg) – 0,1 mg/kg m, Via Oral, dose única

EDIÇÃO		REVISÃO		CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A		0				9/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

**COM ACESSO VENOSO:**

- **Se dor previsível de intensidade ligeira ( $\geq 1 \leq 3$ ) e/ou ansiedade/ agitação ou medo (30 minutos antes do procedimento):**

**1. Paracetamol – 15 a 20 mg /kg EV dose única**

+

**2. Metamizol – 20mg/kg EV dose única**

+

**3. Mistura E – 0,2ml/kg Via Oral dose única**

- **Se dor previsível de intensidade moderada ( $\geq 4 \leq 6$ )**

**Associar** (10 a 20 minutos antes do procedimento):

**4. Tramadol – 1 a 2mg/kg + Metoclopramida – 0,1mg/kg EV diluídos em SF 50 ml**


**Não esquecer:**

- Garantir condições de segurança como a vigilância e monitorização dos parâmetros vitais, acesso imediato a equipamento e fármacos de reanimação, local apropriado onde seja efectuado o recobro e, alta de acordo com os critérios do doente ambulatório submetido a sedação e ou analgesia.

- Prescrever medicação analgésica individualizada para administrar no domicílio, sendo o Paracetamol oral e o Ibuprofeno oral os fármacos de 1ª linha. Fornecer números de contacto telefónico da instituição para o esclarecimento de dúvidas.

- Se dor previsível de intensidade moderada a severa ( $\geq 4 \leq 10$ ), o penso deve ser feito sob a supervisão do Anestesiologista no bloco operatório, e elaborado um plano terapêutico que englobe a analgesia balanceada, com perfusão endovenosa de opióides potentes e fármacos analgésicos de resgate para procedimentos dolorosos de diagnóstico ou terapêutica.

EDIÇÃO	REVISÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	0			10/15


 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

### Exame secundário (continuação)

- ✓ No caso de SCQ > 10%, queimaduras por inalação, queimaduras eléctricas, ou existirem lesões associadas, realizar punção venosa para colheita de sangue para análises:
  - hemograma completo
  - ionograma
  - lactato
  - PCR
  - glicemia
  - ureia e creatinina
  - ALT, ALS
  - proteínas totais e albumina
  - TP, APTT, fibrinogénio, PDF e Dimero D
  - CPK e CPKMB (no caso de queimaduras eléctricas)
  - gasimetria (se necessário)
e colocar em perfusão Lactato Ringer, segundo a **Formula de Parkland**.
- ✓ Pesquisa de queimaduras circulares, especialmente ao nível dos membros, com verificação de pulso e outros sinais que possam indicar presença de compromisso neurocirculatório; deve ainda ser feita elevação da área corporal afectada.

Nestas circunstâncias, poderá ser necessário recorrer ao Doppler de ultras-sons para detectar presença de pulso nos membros afectados, e se necessário proceder a escarotomia urgente sob anestesia geral.
- ✓ No caso de queimaduras da face, providenciar o mais rápido possível observação por oftalmologia, para exame da córnea; elevar cabeceira da cama.
- ✓ No caso de SCQ > 10%, entubar nasogastricamente se presença de distensão abdominal.
- ✓ Proceder a algaliação em crianças com queimaduras:
  - períneo, em que a integridade cutânea se encontra afectada
  - SCQ > 20%
  - nos casos em que há suspeição de que a criança não urina há muitas horas)(a diurese deve manter-se entre 1-2 ml/Kg/hora)

EDIÇÃO	REVISÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	0			11/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

- ✓ Em crianças com queimaduras eléctricas:
  - Monitorizar traçado cardíaco, Pulso e SPO2
  - Realizar pesquisa de sangue na urina (mioglobina e/ou hemoglobina)

### 7.2.2 História da Queimadura

Deve ser realizada assim que as circunstâncias o permitirem e deve incluir as seguintes informações:

- ✓ Data e hora do acidente
- ✓ Agente causal
- ✓ Tempo de exposição ao agente
- ✓ Circunstâncias do acidente (suspeitar de fracturas/ comprometimento medular e/ou traumatismo craneoencefálico nos casos de explosão ou queda)
- ✓ Presença ou não de testemunha/s no momento do acidente
- ✓ Primeiras medidas tomadas logo após a queimadura
- ✓ Episódios anteriores de queimadura

### 7.2.3 Caracterização da Queimadura

- ✓ Localização
- ✓ Extensão (SCQ - %)
- ✓ Profundidade
- ✓ Características da lesão: cor, exsudado, sinais de infecção, odor, sensibilidade


### 7.2.4 Outras Informações

- ✓ Peso, altura e superfície corporal
- ✓ Doenças Pré-existentes
- ✓ Vacina Anti-tetânica (verificar necessidade de profilaxia tétano; administrar sempre que dúvida)
- ✓ Pesquisa de lesões sugestivas de maus-tratos

## 7.3 TRATAMENTO DA QUEIMADURA

(Após administração de analgesia/ sedação prescritas).

EDIÇÃO		REVISÃO		CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<b>A</b>		<b>0</b>				12/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

### 7.3.1 Lavagem e Desinfecção

1º Água destilada em abundância

2º Clorexidina 4% diluída em água destilada

3º Água destilada em abundância

Atenção:

A clorexidina na face pode ser usada tendo o cuidado de se fazer a protecção ocular. De outra forma, lavar a face só com água destilada.

Devem ser desbridadas as flictenas de grandes dimensões ou aquelas que atinjam zonas de flexão.

### 7.3.2 Realização do penso (em função da localização e profundidade)

#### 1º Grau –

Polivitamínico emulsão– BIAFINE ®

Face: CLORANFENICOL pomada oftálmica (região peribucal e periorbitária)

#### 2º Grau/ 3º Grau –

SULFADIAZINA DE PRATA 1% creme + GASE SECA (deve ser mudado 12 a 24 horas após)


**OU**

Penso de hidrofibras com prata – AQUACEL AG ® (deve ser mudado após 48 horas)

**OU**

Penso de poliuretano com prata e silicone – MEPILEX AG ® (deve ser mudado ao 4º dia desde que o penso não se encontre saturado com exsudado).

EDIÇÃO		REVISÃO		CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<b>A</b>		<b>0</b>				13/15

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>ÁREA DA PEDIATRIA MÉDICA</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO NO ÂMBITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	

Face: CLORANFENICOL® pomada oftálmica

Períneo: SULFADIAZINA DE PRATA 1% creme + GASE SECA

NOTAS:

- Se a criança/adolescente vem de outro hospital, rectificar o penso se necessário.
- Quando a criança é internada deve ficar em jejum para o dia seguinte, para realizar penso sob sedação na Unidade de Queimados ou ir ao Bloco Operatório.

#### 7.4 CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO

- ✓ Suspeita de queimadura inalatória
- ✓ Queimadura superficial ou profunda  $\geq 5\%$  SCQ em crianças  $< 1$  ano
- ✓ SCQ  $\geq 8\%$  em crianças  $< 5$  anos
- ✓ SCQ  $\geq 10\%$  em crianças  $\geq 5$  anos
- ✓ Queimaduras da face, mãos, períneo, pés
- ✓ Queimadura 3º grau em SCQ  $\geq 2\%$
- ✓ Queimaduras circulares
- ✓ Suspeita de maus-tratos

EDIÇÃO		REVISÃO		CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<b>A</b>		<b>0</b>				14/15





**ANEXO XI – Fluxograma “Abordagem da Criança/ Adolescente Queimado”**



# ABORDAGEM DA CRIANÇA/ADOLESCENTE QUEIMADO





**ANEXO XII – Check-list Admissão: Criança/ Adolescente Queimado**



## Check-list Admissão Criança/ Adolescente Queimado

Vinheta de identificação

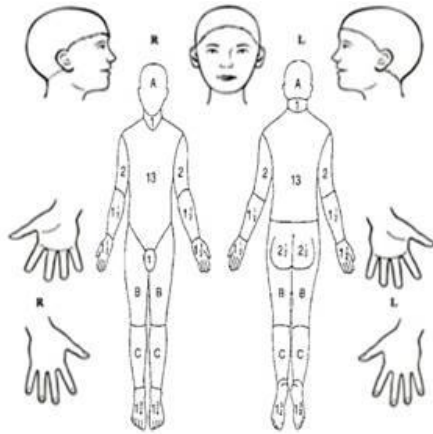
Contacto em caso de  
necessidade:

\_\_\_\_\_

<b>Alergias</b>	Desconhece	Sim	Especifique
<b>Peso</b>			
<b>Antecedentes Pessoais</b>			
<b>PNV actualizado</b>	Sim	Não	Especifique

História da Queimadura						
Data				Hora		
Agente causal	Água	Óleo		Tempo exposição		
	Sopa	Electricidade				
	Chá	Leite				
	Ferro engomar	Químico	Qual			
	Outro					
Descrição Acidente				Presença de testemunha/s	Sim	Quem?
					Não	
1 <sup>as</sup> medidas tomadas após queimadura						
Traumatismos associados	Não	Sim		Especifique		
Episódios Anteriores	Não	Sim		Especifique		

Sinais Vitais							
Respiração	_____ ciclos/min		Eupneico	Dispneico	Adejo nasal		
					Estridor		
	SatO2 _____ %				Tiragem	Especificar	
					Pieira		
					Fervores		
					Cianose		
					Outros		
Pulso	_____ ppm		Observações				
Tensão arterial	_____ mmHg		Observações				
Tempertura	_____ °C		Observações				
Dor	Escala	FLACC		Observações			
		OPS		Observações			
		NIPS		Observações			
		Numérica		Observações			
		Faces		Observações			
Estado de Consciência							
S/ Alterações	C/ Alterações		Av. Escala Glasgow				
Medicação Administrada							
Medicamento	Dose	Via Administração	Horário	Observações			



Idade \ Área total	0-1	1-4	5-9	10-14	15	Adulto
A: cabeça	19	17	13	11	9	7
B: coxa	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
C: perna	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7

Mapa de Lund e Browder: % superfície corporal

Superfície Corporal Queimada total: \_\_\_\_\_ %

Fonte: Herndon, D. (2002) *Total Burn Care*. (2ª edição). London: W.B. Saunders

Localização/ Profundidade/ Descrição Queimadura								
Cabeça/ pescoço	Profundidade	I G	Descrição		Q. circular	Não	Penso	
		II G				Sim		
		III G				Especifique		
Tronco	Profundidade	I G	Descrição		Q. circular	Não	Penso	
		II G				Sim		
		III G				Especifique		
Membros superiores	Profundidade	I G	Descrição		Q. circular	Não	Penso	
		II G				Sim		
		III G				Especifique		
Membros inferiores	Profundidade	I G	Descrição		Q. circular	Não	Penso	
		II G				Sim		
		III G				Especifique		
Genitália	Profundidade	I G	Descrição				Penso	
		II G						
		III G						
Nádegas	Profundidade	I G	Descrição				Penso	
		II G						
		III G						

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Observações	Seleccionar
Monitorizar frequência respiratória, ritmo respiratório		
Vigiar edemas face/pescoço		
Administrar oxigénio por sonda de oxigénio		
Gerir oxigenoterapia		
Optimizar a respiração da criança/adolescente através de técnica de posicionamento		
Aspirar secreções da cavidade nasal/oral		
Monitorizar frequência cardíaca		
Monitorizar ritmo cardíaco		
Monitorizar temperatura		
Optimizar a temperatura (>37°C) através da utilização de cobertores		
Avaliar a dor	Escala: _____	
Monitorizar a dor		
Gerir analgésicos		
Executar técnica de relaxamento para o alívio da dor		
Executar técnicas de distração para o alívio da dor		
Orientar antecipadamente a criança/adolescente sobre procedimentos a executar		
Estabelecer relação com criança/adolescente/família		
Cateterizar veia periférica para colheita de sangue		
Administrar solução cristalóide por cateter venoso periférico		
Optimizar cateter venoso periférico		
Inserir cateter urinário		

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Observações</b>	<b>Seleccionar</b>
Monitorizar volume e características da urina		
Intubar com sonda nasogástrica		
Vigiar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica		
Executar penso de queimadura		

<b>Reacção da criança/adolescente face às intervenções</b>

<b>Observações</b>

<b>Destino</b>	<b>Seleccionar</b>	<b>Observações</b>
Consulta Externa HDE		
Serviço de Cirurgia Pediátrica/ Área reservada - Queimados		
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos		
Outros		

Data:	Hora:
O Enfº:	Nº OrdemEnf:



**ANEXO XIII – Acção de Educação para a Saúde “O Quarto do Bebé... um Ambiente Seguro” – suportes estratégicos para a sua implementação**



**Convido os pais a assistirem à sessão sobre o tema**

## O QUARTO DO BEBÉ ...



### ...UM AMBIENTE SEGURO!

Pretendo, assim, ajudá-los a preparar o regresso a casa do vosso bebé, e dar algumas informações sobre medidas de segurança.

Conto com a vossa presença!

**Data:** 24 de Janeiro de 2011

**Hora:** 15h30m

**Duração:** 30 minutos

**Local:** UCIN – sala de enfermagem

Obrigado pela atenção,  
Sofia Gonçalves  
(aluna MPEESIP da UCP)



## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### O QUARTO DO BEBÉ ...



### ... UM AMBIENTE SEGURO!

**Destinatários:** Pais / acompanhantes

**Data:** 24 de Janeiro de 2011

**Hora:** 15h30m

**Duração:** 30 minutos

**Local:** UCIN - sala de enfermagem

**Formadora:** Sofia Gonçalves  
(aluna de MPEESP - UCP)

**Orientadora Tutorial:**  
Prof. Elisabete Nunes

**Orientadora Estágio:**  
Enf. Especialista Ana Ventura



## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – PLANO DE SESSÃO

**Tema:** “ O Quarto do bebé ... um ambiente seguro!”

**Local:** Sala de Enfermagem –Unidade de cuidados Intensivos Neonatais-HDE

**Data:** 24/01/2011    **Hora:** 15h 30m    **Duração:** 30 min

### **Objectivo Geral:**

- ✓ Contribuir para a promoção de um ambiente seguro em casa das crianças internadas na UCIN, nomeadamente no seu quarto.

### **Objectivos específicos:**

- ✓ Transmitir informações aos pais acerca das peças mobiliárias mais adequadas, tendo em conta as normas europeias de segurança;
- ✓ Alertar para alguns objectos que poderão constituir perigo para a criança, e outros que ajudam na prevenção dos acidentes domésticos;
- ✓ Sensibilizar para a importância de um ambiente seguro durante o sono do bebé, na prevenção da síndrome de morte súbita do lactente.

<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
Apresentação do tema e objectivos	Expositiva	Data show	5´
Características gerais do quarto, temperatura e higiene	Expositiva	Data show	2´
Peças mobiliárias e afins	Expositiva	Data show	10´
Brinquedos	Expositiva	Data show	2´
Síndrome Morte Súbita do Lactente	Filme	Data show	5´
Conclusão	Expositiva	Data show	1´
Avaliação da sessão	Questionário		5´



## O QUARTO DO BEBÉ ...



## ... UM AMBIENTE SEGURO!

**Sofia Gonçalves** (aluna de MPEESIP-UCP)  
**Orientadora Tutorial:** Prof. Elisabete Nunes  
**Orientadora Estágio:** Enf. Especialista Ana Ventura

*24 Janeiro 2011*

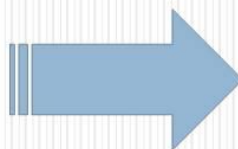
## OBJECTIVO GERAL

❖ Contribuir para a promoção de um ambiente seguro em casa das crianças internadas na UCIN, nomeadamente no quarto do bebé.

## OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Transmitir informações aos pais acerca das peças mobiliárias mais adequadas, tendo em conta as normas europeias de segurança
- ❖ Alertar para alguns objectos que poderão constituir perigo para a criança, e outros que ajudam na prevenção dos acidentes domésticos
- ❖ Sensibilizar para a importância de um ambiente seguro durante o sono do bebé, na prevenção da síndrome de morte súbita do lactente.

## VAMOS PARA CASA... E agora ?



## O QUARTO...

- Deve dispor de luz natural
- Evitar luzes fluorescentes
- Deve conter apenas os móveis indispensáveis
- Deve ser mobilado com cores alegres



## TEMPERATURA E HIGIENE ...

- Manter temperatura entre 18-21°C
- Lavar roupa da cama semanalmente ou quando suja
- Lavar peluches periodicamente
- O quarto deve ser arejado, aspirado e o pó limpo, frequentemente



## CAMA DE GRADES...

- A profundidade deve ser de pelo menos 60 cm
- A distância entre as grades deve ser no máximo 6 cm
- O colchão deve ser firme e ajustado ao tamanho da cama
- O seu estado de conservação deve ser verificado periodicamente
- Não deve ser colocada perto próximo de janelas ou fontes de calor



## ALCOFA E BERÇO ...

- As alcofas estão **desaconselhadas**, pois constituem maior risco de **sobreaquecimento** para o bebé e risco de **quedas** por falência das pegas.



EN1130-1e2:1996

- O berço pode ser utilizado até cerca dos 4/5 meses
- Escolha um modelo estável

## ROUPA DE CAMA ...

- Está **desaconselhado** o uso de protectores acolchoados, edredões, rolos de posicionamento, almofadas.



Mifer29



## Outras Peças de Mobiliário ...



Norma EN 1727:1998

Cómoda



EN 12221-1:2008

Móvel de muda fraldas



Cadeirão amamentação

Almofada amamentação



## UTENSÍLIOS DE SEGURANÇA ...



## INTERCOMUNICADORES...

COM IMAGEM/SOM



COM SOM

## BRINQUEDOS...



- Deve ser respeitada a idade recomendada, e incluir a marca CE



- Verificar se têm peças pequenas que possam soltar-se ou partirem com facilidade – **perigo de asfixia**
- Não deixar brinquedos dentro da cama; quando não são utilizados guardar em armários ou caixas
- O Mobile deve ser retirado quando o bebé se consegue colocar em pé



## E NUNCA ESQUECER...

- Nunca deixar o bebé sozinho em locais que não são seguros (muda fraldas, sofá, banheira)
- Subir as grades da cama quando a criança não está acompanhada



## SINDROME MORTE SUBITA DO LACTENTE



## FILME "SONO SEGURO"



GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO!

## BIBLIOGRAFIA

- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. 2006. *Continuing Education Program on SIDS Risk Reduction*. Disponível em [www.nichd.nih.gov](http://www.nichd.nih.gov)
- Instituto do Consumidor. 2004. *Artigos de puericultura. Guia para uma utilização segura*. Lisboa. Instituto do Consumidor. Presidência do Conselho de Ministros
- Instituto do Consumidor. 2002. *Brinquedos, Há Brincar e brincar, Há rir... e chorar?*. Lisboa. Instituto do Consumidor. Programa Operacional saúde XXI. Presidência do Conselho de Ministros
- National Institute of Child Health and Human Development. 2006. *What does a safe sleep environment look like?*, disponível no site [www.cpsc.gov](http://www.cpsc.gov)
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2009. *Como reduzir o risco de SMSL*. Disponível no site [www.spp.pt](http://www.spp.pt)
- Vincent, Joanne. 2004. *Consumer rights for child safety products – European Child Safety Alliance, European Consumer Safety Association- Final Report*. Amesterdam. Disponível no site [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)



## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



## O QUARTO DO BEBÉ ...

## ...UM AMBIENTE SEGURO!

Declara-se que:

Esteve presente nesta acção de educação para a saúde e encontra-se apto a providenciar um ambiente seguro ao seu filho.



## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** “ O Quarto do bebé ... um ambiente seguro!”

**Local:** Sala de Enfermagem –Unidade de cuidados Intensivos Neonatais-HDE

**Data:** 24/01/2011      **Hora:** 15h 30m      **Duração:** 30 min

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

<b>Apreciação Global</b>	<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>
23. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
24. Para o seu dia-a-dia esta acção foi útil				
25. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
26. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.				
27. A duração da acção foi adequada				
28. O horário da sessão foi adequado				

### **COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

--

**Obrigado pela sua colaboração**



**ANEXO XIV – Tratamento de dados da avaliação da sessão  
“O Quarto do Bebê... um Ambiente Seguro”**



## ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** “ O Quarto do bebé ... um ambiente seguro!”

**Local:** Sala de Enfermagem –Unidade de cuidados Intensivos Neonatais-HDE

**Data:** 24/01/2011      **Hora:** 15h 30m      **Duração:** 30 min

<b>Apreciação Global</b>	<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>
29. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas	0	0	0	15 (100%)
30. Para o seu dia-a-dia esta acção foi útil				
31. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	0	0	3 (20%)	12 (80%)
32. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.	0	0	2 (13%)	13 (87%)
33. A duração da acção foi adequada	0	0	3 (20%)	12 (80%)
34. O horário da sessão foi adequado	0	0	5 (33%)	10 (77%)

### **COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

0 Comentários.



**ANEXO XV – Videograma “Sono Seguro”**







**Videograma “Sono Seguro”**



**ANEXO XVI – Folheto “Como Reduzir o Risco de Morte Súbita do Bebê”**





## Como reduzir o risco de SINDROME de MORTE SÚBITA do bebé

**Informação para Pais e  
Acompanhantes**



**Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.  
Hospital de Dona Estefânia  
Unidade Cuidados Intensivos Neonatais**

**Este folheto explica o que é a Síndrome de Morte Súbita do Lactente e dá-lhe algumas informações de como reduzir o seu risco.**

### **O que é a Síndrome de Morte Súbita do Lactente?**

Tal como o nome indica, a Síndrome de Morte Súbita do Lactente é a morte que ocorre subitamente e sem explicação, num bebé aparentemente saudável, durante o 1º ano de vida. A maioria dos casos está associada ao sono do bebé, daí também ser conhecida por “morte no berço”; constitui uma das principais causas de mortalidade nesta idade.

### **Será o meu bebé mais susceptível?**

Sabe-se que existem alguns factores que podem desencadear a Síndrome de Morte Súbita do Lactente, entre as quais:

- **Predisposição individual**, que está relacionada com a capacidade de controlo das funções vitais como o coração, a respiração, a tensão arterial, o sono e o acordar do bebé;
- **Causas desencadeantes**, que estão relacionadas com doenças desta idade, e que muitas vezes aparecem associadas, como as infecções, o refluxo gastroesofágico, a hipertonia vagal (actividade anormal e exagerada do nervo vago), a hipertermia (aumento excessivo da temperatura).
- **Causas favorecedoras**, como o local onde o bebé dorme e o seu posicionamento, o tabagismo antes e após o nascimento, condições socio-económico-culturais deficientes, mau seguimento durante a gravidez.

**O seu bebé deve dormir sempre de costas!**

## Informações sobre a Síndrome de Morte Súbita: como reduzir o seu risco

### Como posso reduzir o risco de Síndrome de Morte Súbita no meu bebê?

- ✓ Nos primeiros 6 meses o bebê deve dormir no quarto dos pais, mas não coloque o berço perto de janelas pelo risco de queda, ou estrangulamento pela existência de cortinas.
- ✓ O colchão deve ser firme e bem ajustado a todos os cantos, sem lacunas ou espaços. Se conseguir colocar mais de 2 dedos entre o colchão e as grades, então o berço não é seguro.
- ✓ Quando for deitar o seu bebê, remova brinquedos, almofadas ou outras peças que possam tapar-lhe a cabeça, e coloque-o com os pés a tocarem no fundo da cama. Retire também a corrente da chupeta e o babete.
- ✓ Coloque sempre o bebê de costas para dormir.
- ✓ Não devem ser utilizados sistemas de contenção, como rolos ou faixas, pois com a mobilidade do bebê, poderão provocar asfixia.
- ✓ Vista o bebê de forma a ficar confortável e não quente. Verifique a temperatura colocando a mão na nuca ou no tronco do bebê.
- ✓ Não coloque o bebê na sua cama ou sofá para dormir, pois aumenta o risco de morte súbita e asfixia.
- ✓ Não deixe que fumem no ambiente que o seu bebê respira (quarto, casa, carro ou outro local onde ele permaneça).
- ✓ Quando acordado, incentive-o a brincar de barriga para baixo, pois ajuda-o a fortalecer os músculos do pescoço e das costas.

**A Temperatura ideal do quarto deverá ser entre 18-21°C**



**ANEXO XVII – Check-list “Alta da UCIN para Casa – Transporte Seguro”**



**ALTA DA UCIN PARA CASA – TRANSPORTE SEGURO**

<b>CARACTERÍSTICAS DO SRC (Sistema de Retenção para Crianças)</b>		
	Adequado	Inadequado
Etiqueta Homologação “E”		
Com número de aprovação “03”		
Adaptada ao peso da criança		
Estado de Conservação		
Observações:		

<b>IMOBILIZAÇÃO DA CRIANÇA NO SRC</b>	
Cintos a sair do encosto ao nível do ombro ou ligeiramente abaixo	
Cintos fixação/arnês justos e esticados	
Observações:	

<b>RN PREMATURO / BAIXO PESO (&lt;2500GR) NO SRC</b> (monitorização durante 60-90 min)		
Respiração – _____ ciclos/min (apneia > 20 seg)	SATO2- _____ % (SATO2 < 90%)	Fc- _____ bpm ( Fc < 80 bpm)
Posicionamento com rolos laterais pescoço/cabeça		
Posicionamento com rolos entre o cinto e face interna dos MI's		
Instalação do SRC com ângulo de 30°		
Substituição por alfofa homologada (Etiqueta “E”; 3 arnês)		
Não apto para ter alta		
Observações:		

<b>VALIDAÇÃO DE INFORMAÇÃO COM A FAMÍLIA</b>	
SRC foi experimentado no veículo	
Cintos do veículo têm comprimento adequado para a imobilização do SRC	
Colocação da cadeira no veículo, voltada para a retaguarda, no banco traseiro do lado do passageiro	
Desactivação do airbag frontal no caso de a criança ser transportada no banco da frente	
Colocação do encosto num ângulo 45° (30° no caso de criança prematura ou com baixo peso)	

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENFERMEIRO/A \_\_\_\_\_

