



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DOS ACIDENTES EM
CRIANÇAS**

**HEALTH PROMOTION: NURSE INTERVENTION IN
PREVENTION OF CHILDREN'S ACCIDENTS**

Por

Alexandra Margarida Ribeiro Brás

Lisboa, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DOS ACIDENTES EM
CRIANÇAS**

**HEALTH PROMOTION: NURSE INTERVENTION IN
PREVENTION OF CHILDREN'S ACCIDENTS**

Por

Alexandra Margarida Ribeiro Brás

Sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, 2019

“O homem moderno aparece cada vez mais, em todos os planos da sua existência, como um ser inacabado. O inacabamento da formação tornou-se uma necessidade, num mundo marcado pela transformação permanente das técnicas, o que implica uma educação igualmente permanente.”

Lapassade (1963, p16)

“Para além do saber na ação que vamos acumulando ao longo do tempo, quando pensamos no nosso quotidiano também estamos continuamente a criar saber.”

Zeichner (1993. p21)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Elisabete Nunes, pela disponibilidade, conhecimentos e orientação, mostrando-me o melhor caminho a percorrer.

Às enfermeiras orientadoras, pela colaboração incansável na construção deste percurso e no atingir dos objetivos propostos.

À minha equipa, pela cooperação e compreensão em todos os momentos do mestrado.

À equipa da USF, pelo apoio prestado ao longo de todo o estágio.

Às novas amizades que este mestrado me apresentou e pelos momentos que partilhámos.

Às amigas não de sempre, mas para sempre, pela energia dada, pela compressão dos encontros não possíveis e pela espera de mais disponibilidade.

Aos meus pais, pelo exemplo que representam na minha vida e pela sua presença constante e inquestionável.

À minha irmã, pela sua paciência e palavras de incentivo.

Ao que comigo partilha a vida, pela sua paciência, força e presença nos momentos em que não pude estar.

Ao melhor do meu mundo, pelo seu sorriso e brincadeiras, nos piores momentos.

A todas as crianças, este trabalho foi por elas e para elas.

RESUMO

Os acidentes são a maior causa de morte e incapacidade nas crianças, tornando-se assim um problema de saúde pública.

Várias são as entidades internacionais e nacionais que realçam, que a segurança do ambiente e os acidentes são uma constante nos cuidados antecipatórios prestados às crianças e, que por isso merecem o nosso foco de atenção. O enfermeiro deve, assim, desenvolver intervenções que levem à redução do risco, criando ambientes seguros.

O modelo de promoção da saúde de Pender é um dos modelos de enfermagem que visa a melhoria da qualidade dos cuidados e a promoção da segurança, sendo possível a modificação de comportamentos através de ações de enfermagem.

A prevenção de acidentes e o ensinar a criança/jovem a proteger-se de situações de risco, são questões que fazem parte do seu processo de educação e de desenvolvimento. De salientar também, o envolvimento e a parceria com os pais/cuidadores na atuação a este nível.

O objetivo geral foi desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na assistência a crianças/jovens e sua família, em todos os contextos, tendo em vista a promoção da saúde, nomeadamente na prevenção de acidentes. Assim, foram delineados objetivos específicos e desenvolvidas atividades quer com os profissionais de saúde, quer com as crianças/famílias, segundo a metodologia de projeto e tendo em conta a evidência científica, tendo sido criadas instruções de trabalho; documentos de orientação; folhetos e cartazes informativos; sessões de formação e de educação para a saúde, em todos os contextos de estágio. As intervenções desenvolvidas permitiram uma maior sensibilização para a temática e consequentemente a adoção de comportamentos saudáveis.

O relatório permite assim, uma descrição e análise reflexiva das mesmas, tendo como fim a promoção da saúde ao nível da prevenção de acidentes nas crianças.

Palavras-chave: promoção da saúde; acidentes; enfermagem pediátrica

ABSTRAT

Accidents are the leading cause of death and disability in children, thus becoming a public health problem.

Several international and national entities emphasize that environmental safety and accidents are constant, in the first line prevention care provided to children and that should be our focus. The nurse must develop interventions that lead to risk reduction by creating safe environments.

Pender's health promotion model is one of the nursing models aimed at improving the quality of care and promoting safety by changing behaviors through nursing actions.

The prevention of accidents and teaching the child/adolescent to protect themselves from risky situations are issues that are part of their education and development process. Emphasis should also be placed on involvement whit parents/caregivers at this level.

The main goal of the intervention was to develop the competencies of nursing specialist in assisting children and their families, in all contexts, in order prevent accidents.

Thus, specific objectives were set and activities were developed both with health professionals and with children/families, according to the project methodology and taking into account the scientific evidence, following protocols; guidance documents; brochures and posters; training sessions and health education.

The interventions developed allowed a greater awareness of the theme and consequently the adoption of healthy behaviors.

This study describes a reflective analysis of the interventions aiming the promotion of health in children.

Keywords: Health promotion; accidents; pediatric nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

nº- número

p.- página

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACP – Automóvel Clube de Portugal

APA – American Psychological Association

APSI – Associação para a Promoção a Segurança Infantil

ARSLVT – Agrupamento Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGC – Direção-Geral do Consumidor

DGES - Direção-Geral do Ensino Superior

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HPFS - Humpty Dumpty Falls Scale

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JCI – Joint Commission International

NANDA-I – Associação Americana de Diagnóstico de Enfermagem - Internacional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASI – Plano de Ação para a Segurança Infantil

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Página
0. INTRODUÇÃO	19
1. FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL E TEÓRICA	23
1.1. Enquadramento Conceptual	23
1.1.1. Promoção da Saúde	23
1.1.2. Uma problemática atual: Acidentes em Crianças	26
1.2. Referencial Teórico	33
1.3. Revisão da Literatura – Scoping Review	36
2. TRANSIÇÃO DE ENFERMEIRO GENERALISTA PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE	39
2.1. (Re) Pensar o cuidar da criança hospitalizada	40
2.2. (Re) Pensar o cuidar da criança na urgência pediátrica	49
2.3. (Re) Pensar o cuidar da criança na comunidade	57
2.4. (Re) Pensar o cuidar do recém-nascido internado	67
2.5. Um olhar sobre as competências adquiridas	68
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS:	81
Anexo I - Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde	83
Anexo II - Comprovativo de submissão de artigo científico na Revista Enfermeria Global	87
Anexo III - Certificado de formação profissional: Ciclos de enfermagem – ambulatório- Diabetes em pediatria	91
Anexo IV - Certificado de formadora da sessão de formação em serviço, no internamento de pediatria: “Quedas em Pediatria – escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty”	95

Anexo V - Certificado de formadora da sessão de formação, à equipa multidisciplinar, da USF: “Acidentes em Idade Pediátrica: a prevenção é a melhor solução”	99
Anexo VI - Declaração de participação, através da divulgação de póster científico, no 1.º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem “ <i>Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia</i> ”, com o póster intitulado “Quedas em Pediatria”	103
Anexo VII - Declaração de participação, como preletora, no 1.º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem “ <i>Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia</i> ”, com a comunicação intitulada “Quedas em Crianças: uma proposta de intervenção de Enfermagem”	107
APÊNDICES	111
Apêndice I - Revisão da literatura: Intervenções do Enfermeiro na Prevenção de Queda em Idade Pediátrica, em Contexto Hospitalar: Scoping Review	113
Apêndice II - Reflexão individual em contexto de internamento pediátrico	131
Apêndice III - Folheto informativo: “Quedas em Pediatria – Prevenção”	149
Apêndice IV - Instrução de trabalho: “Prevenção de quedas em pediatria em meio hospitalar - Escala de Humpty Dumpty”	153
Apêndice V - Documento de orientação ao preenchimento da avaliação de risco de quedas – escala Humpty Dumpty	169
Apêndice VI - Sessão de formação: “Quedas em pediatria – escala de Humpty Dumpty”	173
Apêndice VII - Reflexão individual, em contexto de urgência pediátrica	195
Apêndice VII – Cartazes informativos, elaborados no serviço de urgência	211
Apêndice IX - Sessão de formação: “Vigilância de Saúde e Segurança Infantil”	219
Apêndice X - Folheto informativo: “Sistemas de retenção no transporte de crianças”	239
Apêndice XI - Folheto informativo: “Brinquedo, qual escolher?”	243
Apêndice XII - Folheto informativo: “E se o meu bebé se engasgar?”	247
Apêndice XIII - Cartaz informativo: “Como atuar após um acidente?”	251
Apêndice XIV - Kit: “Vamos tratar do meu dói-dói”	255

Apêndice XV - Sessão de formação: “Acidentes em Idade Pediátrica: a prevenção é a melhor solução”	259
Apêndice XVI – Reflexão individual em contexto de unidade de saúde familiar	277
Apêndice XVIII - Poster científico – “Quedas em Pediatria”	293
Apêndice XIX - Slides da comunicação livre: “Quedas em Crianças: Uma Proposta de Intervenção”	297
Apêndice XX - Resumo da comunicação livre: “Quedas em Crianças: Uma proposta de Intervenção de Enfermagem”	303

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório realiza-se no âmbito do 11º Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa. Em relação ao plano de estudo do referido mestrado, insere-se no 3º semestre, na unidade curricular de Estágio Final e Relatório.

O enfermeiro especialista é, segundo o n.º 3 do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, que legisla o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril que legisla o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) o “enfermeiro habilitado com 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 área da sua especialização”.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) acresce, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) um adequado nível de desenvolvimento das competências específicas, relativas à sua área de especialidade, nomeadamente: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (Regulamento 222/2018, de 12 de julho).

Para a obtenção do grau de mestre (DGES, 2013) e, também segundo o guia de estágio final e relatório – curso de mestrado em enfermagem (UCP, 2018), pretende-se o atingir dos seguintes objetivos:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial especializada e da experiência profissional e pessoal;
- Produzir um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde da comunidade;
- Comunicar os resultados da sua aprendizagem clínica e de investigação aplicada;

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, numa perspetiva académica avançada;
- Refletir criticamente e abordar questões complexas da prática profissional, relacionados com a comunidade onde realizou o estágio.

Para o desenvolvimento das competências do enfermeiro, foi realizado estágio em contexto de prática clínica, no período de 3 de setembro a 19 de dezembro de 2018, num total de 750 horas (UCP, 2018), compreendidas da seguinte forma: 360 horas de contato, distribuídas entre o serviço de internamento pediátrico (3 de setembro a 12 de outubro de 2018 – 130 horas); o serviço de urgência pediátrica (15 de outubro a 17 de novembro de 2018 – 115 horas) e em cuidados de saúde primários (19 de novembro a 19 de dezembro de 2018 – 115 horas) e, ainda 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminário e as restantes 350 horas para trabalho autónomo.

De acordo com o artigo 45º do Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, foi dada creditação por experiência profissional ao estágio no serviço de neonatologia. Os restantes estágios em contexto hospitalar (internamento pediátrico, urgência pediátrica) foram realizados em contexto de trabalho, e em contexto de cuidados de saúde primários foi realizado em Unidade de Saúde Familiar (USF).

Em todos os contextos, onde decorreu o estágio, foi dada particular atenção à problemática delineada: “promoção de saúde ao nível da prevenção dos acidentes em crianças”.

A intervenção nesta área é reconhecida e é expressa em resoluções de várias assembleias mundiais de saúde, como assembleias gerais das nações unidas e no parlamento europeu. Todas as decisões apelam à criação de políticas nacionais de promoção de saúde e prevenção de acidentes, efetivas e sustentáveis (DGS, 2010).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) define que a segurança do ambiente e os acidentes devem ser uma constante nos cuidados antecipatórios prestados às crianças (DGS, 2013).

O EEESIP é o profissional de saúde que, em parceria com a criança e com a família/pessoa significativa, tem um papel fundamental na promoção da saúde, acrescentando ainda a competência de promover o crescimento, o desenvolvimento infantil e transmitir orientações antecipatórias às crianças/famílias a fim da maximização do potencial do seu desenvolvimento (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho).

O modelo de promoção de saúde de Nola Perder, foi o modelo utilizado, uma vez que o mesmo permite implementar e avaliar ações cujo resultado final se reflete na adoção de comportamento saudáveis.

A motivação para esta temática desponta, também, do interesse pessoal e da atuação na prática, onde ocorre, frequentemente, o contacto com crianças em situação de risco de ocorrência de acidente.

Em consideração ao tema e ao referencial teórico, foi, assim, definido como objetivo geral para todos os contextos de estágio: “Desenvolver competências do EEESIP na assistência a crianças/jovens e sua família, tendo em vista a promoção da saúde, nomeadamente ao nível da prevenção de acidentes”.

O seu cumprimento passou pela utilização de metodologia de projeto com o estabelecimento de objetivos e atividades, baseadas num diagnóstico de situação e fundamentadas por conhecimentos científicos. Com o presente relatório, que será para posterior apresentação pública, pretende-se descrever e analisar os objetivos, atividades e competências desenvolvidas à luz da evidência científica, utilizando a metodologia reflexiva.

No que respeita à estrutura do mesmo, primeiramente irá ser apresentado o enquadramento conceptual e teórico, a fim de contextualizar e definir os conceitos da temática.

De seguida, será feita uma breve apresentação dos locais de estágio, do diagnóstico de situação efetuado, bem como dos objetivos delineados e das atividades realizadas fazendo a ligação com as competências desenvolvidas, quer enquanto especialista, quer enquanto mestre, com a referência dos documentos científicos divulgados.

Posteriormente, serão apresentadas as considerações finais deste relatório, onde estarão abordados os principais resultados e conclusões, assim como as limitações e dificuldades sentidas, bem como os projetos propostos para o futuro.

Para terminar são apresentadas as referências bibliográficas, de acordo com a Norma APA, 6ª edição. Em apêndice, constam os documentos elaborados durante o estágio, sendo também eles a reflexão do caminho percorrido, competências e aprendizagens adquiridas.

1. FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL E TEÓRICA

Neste capítulo, irei primeiramente apresentar os conceitos estruturantes para o processo de aprendizagem, o referencial teórico no qual o presente relatório se consolida, o modelo de promoção de saúde de Nola Pender e a revisão da literatura (scoping review) realizada. Estes constituem a base para a posterior definição dos objetivos e atividades desenvolvidas em contexto de estágio.

1.1. Enquadramento conceptual

Neste subcapítulo irei definir os conceitos da problemática em estudo.

1.1.1. Promoção da Saúde

Atualmente o conceito de saúde assume a valorização da pessoa, não como um elemento isolado, mas como um ser social que vive em comunidade, numa influência mútua e numa adaptação contínua. Na perspetiva da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfatiza-se a satisfação das necessidades nas diferentes idades e estádios de desenvolvimento e a adaptação às transições normativas e/ou acidentais, maximizando a saúde da criança/jovem (Regulamento 351/2015, de 22 de junho). Infere-se assim, mais do que a prevenção da doença, o conceito de promoção da saúde.

A discussão sobre promoção em saúde iniciou-se em 1978 com a Declaração de Alma-Ata criada em 1978 através do movimento “Saúde para Todos”, onde ficou expressa a necessidade de proteger e promover a saúde de todos, como um direito humano fundamental (Declaração de Alma-Ata, 1978). A saúde passou a ter a dimensão de qualidade de vida e não simplesmente a ausência de doença. Torna-se assim, um recurso da maior importância para o desenvolvimento social.

Em 1986, com a primeira conferência internacional sobre a promoção em saúde, realizada em Ottawa, tornou-se a promoção da saúde como capacitação da comunidade, devendo ser desenvolvidos mecanismos que melhorem a qualidade de vida, incluindo os indivíduos neste processo (OMS, 1986), ou seja, passamos do paradigma de fazer sobre a comunidade para o fazer com a comunidade (Rosa J. et al, 2010).

Assim, os objetivos da promoção da saúde passam a ser a capacitação dos indivíduos para realizar completamente o seu potencial de saúde e de vida, tendo em conta a sua experiência, incluindo a criação de ambientes favoráveis, acesso à informação, sendo protagonistas da sua própria história de vida, estando enfoque todos os indivíduos e não apenas aqueles com risco de adoecer.

As conferências internacionais que se seguiram, permitiram delinear estratégias para a implementação da promoção da saúde, nomeadamente a Conferência de Adelaide, na Austrália em 1988, a Conferência de Söndsvall, na Suécia em 1991, com a definição da criação de meios favoráveis à saúde, nos locais onde as pessoas residem, trabalham e ocupam os seus tempos livres.

Seguiu-se depois a Declaração de Jacarta (1997), como resposta aos desafios da promoção da saúde no século XXI, onde foram enfatizadas novas parcerias nomeadamente com o setor privado e a 5ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde realizada no México no ano de 2000, resultando daí a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde. Esta defende 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) veio complementar ainda mais a Carta de Ottawa, tornando mais evidente a necessidade de parcerias, tornando a promoção da saúde um empreendimento coletivo.

Também em Portugal foram desenvolvidas políticas governamentais com vista à promoção da saúde. A Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90, de 24 de agosto) destaca a promoção da saúde e a prevenção da doença como áreas prioritárias de atuação.

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no nº 2 do artigo 8º é mencionado que um dos objetivos fundamentais da intervenção dos enfermeiros é a promoção da saúde (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro), sendo também reforçado que o enfermeiro é responsável para com a comunidade da promoção da saúde, devendo conhecer as necessidades da população e da comunidade em busca de soluções para os problemas de saúde detetados (Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril).

A OE reporta-se à promoção de saúde nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento nº 351/2015, de 22 de junho, p.16662), referindo que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”. Refere ainda que “são elementos importantes face à promoção da saúde, (...)”

através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (OE, 2001, p.12). Neste sentido, cabe aos enfermeiros adotarem estratégias, em todos os contextos, de forma a alcançar a “excelência no exercício”.

Tal como foi referido, a promoção da saúde assenta no acesso à informação, o que significa que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro por ser detentor de informação credível e científica atualizada, deve possibilitar o processo reflexivo sobre os determinantes em saúde, através da educação para a saúde. Assim, é fundamental o uso de métodos, recursos e dinâmicas, para que sejam desenvolvidas ações de forma criativa, aumentando a sensibilização sobre a forma de agir e pensar da comunidade (Rosa J. et al, 2010).

A promoção da saúde tem na sua base diferentes disciplinas, podendo ser compreendida através de três componentes: a educação, a proteção e a prevenção, sendo que a interligação destas componentes que estimula a criação de um ambiente social propício (OMS, 2012)

O conceito de educação para a saúde está assim intimamente ligado no conceito de promoção da saúde. Este é um instrumento da promoção da saúde e um recurso importante para os profissionais de saúde em todos os contextos.

Esta é definida como um processo que permite o acesso à informação e a ferramentas essenciais, contribuindo desta forma para a promoção em saúde dos indivíduos (Rosa J. et al, 2010). Tendo em conta a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2017), o enfermeiro: não deve apenas informar, ou seja, comunicar algo, mas sim educar, isto é, transmitir conhecimentos a alguém. Em todo este processo, o enfermeiro deve, tendo em conta o contexto, saber aconselhar, capacitar a pessoa para tomar a sua própria decisão, através do diálogo, e orientar, dirigindo-a para o melhor resultado, em termos de saúde.

O EEESIP é o profissional de saúde que, em parceria com a criança e com a família/pessoa significativa (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho), tem um papel fundamental na promoção da saúde através de ações informativas, educativas e preventivas junto dessa população em qualquer contexto em que esta se encontre.

A criação de oportunidades de trabalhar com a família deve ser uma constante, acrescentando ainda a competência de promover o crescimento, o desenvolvimento infantil e transmitir

orientações antecipatórias às crianças/famílias a fim da maximização do potencial do seu desenvolvimento (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho).

O acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte de um processo de promoção de saúde, através de um programa estruturado de vigilância da criança em diversos momentos da sua vida. Sendo importante a aquisição de conhecimentos e competências especializadas sobre os cuidados diferenciados, em cada fase do desenvolvimento infantil.

1.1.2. Uma problemática atual: Acidentes em crianças

A promoção da segurança é uma prioridade do enfermeiro. Segundo a OE (2006), este deve difundir intervenções que levem à redução do risco criando um ambiente seguro. A prevenção de acidentes e o ensinar a criança a proteger-se de situações de risco são questões que fazem parte do seu processo de educação e de desenvolvimento.

A Convenção dos Direitos da Criança (Resolução nº20/90, de 12 de setembro, p.3738) reforça que esta deve atingir o expoente máximo de saúde através de um ambiente seguro. No seu artigo 24º infere-se que devemos: “assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos (...) a prevenção de acidentes”.

A estratégia europeia para o desenvolvimento da saúde da criança e adolescente da OMS (2005) insere os acidentes como uma prioridade. Segundo a mesma entidade, acidente é definido como um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental. Assim, os acidentes têm sido apontados como possíveis de evitar, pelo que a grande aposta está na sua prevenção (OMS, 2008).

A necessidade de intervir sobre os acidentes é reconhecida e é expressa em resoluções de várias assembleias mundiais de saúde, como assembleias gerais das nações unidas e no parlamento europeu. Todas as decisões apelam para a criação de políticas nacionais de promoção de saúde e prevenção de acidentes, efetivas e sustentáveis (DGS, 2010).

Os acidentes, segundo a Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição, são segundo a designação de lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas. Segundo as suas causas, subdividem-se em: acidentes (acidentes de viação, afogamentos, quedas, intoxicação, ...), denominados acidentes não intencionais e em lesões auto-provocadas intencionalmente, agressões ou eventos cuja intenção é indeterminada e outros que assumem a designação de acidentes intencionais (OMS, 2000).

Ao longo deste relatório ao mencionar acidentes estarei sempre a referir-me a acidentes não intencionais.

Segundo Batalha et al (2016), os acidentes são um dos principais motivos de consumo de serviços de saúde, perda de produtividade, incapacidade e anos de vida perdidos.

Estudos revelam que por cada euro gasto, por exemplo num sistema de retenção das crianças, permite poupar vinte e nove euros em cuidados de saúde; por cada euro gasto em cuidados de aconselhamento pediátrico, permite poupar dez euros em cuidados de saúde e por cada euro gasto em serviços de prevenção de intoxicações, permite poupar sete euros em cuidados de saúde (DGS, 2010).

A OMS e a UNICEF publicaram em 2008 o World Report Child Injury Prevention onde é destacado a magnitude, os fatores de risco e o impacto dos acidentes nas crianças, fazendo um apelo importante para a implementação de ações de prevenção e recomendações para estratégias eficazes de redução de lesões nas crianças.

Várias são as entidades internacionais e nacionais, como a OMS, a DGS e a APSI que têm tido uma importante intervenção ao nível da segurança infantil, através da implementação de legislação, regulamentos, normas e fiscalização. Desde o desenvolvimento de programas educacionais com o início no ensino pré-escolar e próximo da comunidade, ao cumprimento das normas e medidas de proteção, todas são consideradas eficazes, (European Child Safety Alliance, 2012).

O alto comissário da saúde e APSI elaboraram o plano de ação para a segurança infantil (PASI 2012-2016) no qual é definido que as ações em Portugal devem-se basear nos pressupostos: conhecer os riscos, criar ambientes seguros e minimizar os acidentes (APSI, 2011). Sendo importante obter informação estatística e conhecer as necessidades de formação profissional, abrangendo os diversos ambientes (casa, escola, parques infantis, instituições de saúde, ...) para que possamos reduzir o impacto que os acidentes têm, quer ao nível da mortalidade, quer ao nível da morbilidade.

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 define como eixos estratégicos a capacitação dos profissionais para a promoção da segurança, prevenção dos acidentes e o desenvolvimento de aptidões de gestão de risco (DGS, 2010).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) é um instrumento de apoio à saúde da criança e do jovem, estando definido que no decorrer das consultas de vigilância de saúde, a segurança do ambiente e os acidentes devem ser uma constante nos cuidados antecipatórios prestados às crianças (DGS,2013).

As crianças são as mais vulneráveis e apresentam um maior risco de acidente. As suas características constitucionais (maior relação cabeça/pescoço, imaturidade de órgãos, menor calibre das vias aéreas), associadas a uma menor coordenação e habilidades motoras, maior impulsividade, resposta adaptativa mais lenta e menor reconhecimento dos riscos, tornam-se mais sugestíveis a traumatismos acidentais e potencialmente graves (OMS, 2008).

A Associação Americana de Diagnósticos de Enfermagem - Internacional (NANDA-I) realça que o enfermeiro deverá trabalhar o diagnóstico de enfermagem: risco de trauma físico, que é definido como a suscetibilidade a lesão física de início e gravidade súbitos que exige atenção imediata (NANDA-I, 2018).

Na Europa, segundo o relatório europeu sobre prevenção dos acidentes nas crianças, 42000 crianças e jovens (0-18 anos) morrem todos os anos, vítimas de acidentes não intencionais (acidentes de viação, afogamentos, quedas, asfixias, intoxicações e queimaduras).

Em Portugal e segundo o último relatório da APSI em 2017, revela que a maior taxa de mortalidade por acidente verifica-se entre os 1-4 anos de vida e entre os 10-14 anos. Em relação a taxa de mortalidade por acidente, verifica-se que os acidentes rodoviários ainda têm um peso muito grande na totalidade das mortes por acidente, nomeadamente no grupo etário abaixo dos 14 anos. Em relação à taxa de internamento por acidente, esta tem vindo a decrescer ao longo dos anos, sendo que 61% resultam de queda e 26% de acidentes de transporte e estes tipos de acidentes continuam elevados. No entanto no grupo do 0 aos 4 anos são as intoxicações que surgem como 2ª causa de internamento.

O mesmo estudo revela que em relação às chamadas efetuadas para o Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM, 81% das mesmas são reencaminhadas devido a quedas e 8% por acidentes de viação.

Analisando agora cada acidente não intencional:

- *Nos acidentes de viação* o número de crianças que morre na sequência de um acidente rodoviário diminuiu de forma significativa. Já o número de crianças e jovens feridos em acidentes rodoviários, embora tivesse diminuído, isso não aconteceu de forma tão acentuada. No triénio 2010-2012, todos os dias 12 crianças sofreram um acidente de viação: 7 eram passageiras, 3 peões e 2 condutoras. Sendo que o maior número de mortes verificou-se entre os 15 e os 17 anos. Mais de metade dos passageiros que sofreram um acidente rodoviário tem mais de 10 anos (55%). Nos peões é o grupo dos 10 aos 14 anos o mais atingido (41%). No que concerne aos condutores, os dados indicam que 70% dos condutores têm mais de 15 anos (APSI, 2015).

Para minimizar as mortes e as sequelas dos acidentes rodoviários que envolvem crianças, existem os sistemas de retenção para crianças com normas próprias de utilização que, quando corretamente utilizados (adequados ao peso e à idade da criança), são fundamentais e vitais para a redução da mortalidade nos acidentes de viação (DGS, 2013).

Num estudo realizado pela APSI (2013), verificou-se que 86% das crianças utilizava sistemas de retenção para crianças, no entanto, em apenas 51% este estava adequadamente instalado. Esta evolução, nomeadamente o aumento da taxa de utilização tem vindo a refletir-se na redução do número de vítimas, o que demonstra, em grande parte, a eficácia dos sistemas de retenção para crianças e a sua importância para a proteção da criança, desde que corretamente instalados.

Um acidente pode acontecer a altas ou baixas velocidades, num grande ou pequeno percurso, dentro ou fora das localidades e, por isso mesmo, é importante o uso dos sistemas de retenção para crianças em todos os momentos e as questões relativas à segurança devem sempre ser salvaguardadas (ACP et al., 2014).

O fato de existirem vítimas de acidente recém-nascidas revela algum descuido e negligência dos cuidadores, desta forma é necessário alertar para a necessidade de reforçar medidas de educação e prevenção nesta área (Batalha et al, 2016).

A assembleia-geral das nações unidas, consciente da magnitude dos acidentes de trânsito, aprovou no dia 2 de março de 2010 uma resolução que apela ao reforço da ação dirigida à promoção da segurança e prevenção dos acidentes e declara o período 2011-2020 como a década de ação pela segurança no trânsito. Nesta década, todos os países, com o apoio da comunidade internacional são encorajados a desenvolver ações que reduzam o número de vítimas mortais de acidentes de trânsito.

- *As quedas*: segundo a OMS (2004) são a 2ª causa de morte ou lesão acidental em todo o mundo. Sabemos que a incidência de quedas em crianças é menor do que nos adultos (Jamerson, P. et al 2014, Almis H, Bucak IH, Konca C & Turgut M., 2016), mas não deixamos de assumir as crianças como um grupo de risco.

Cerca de 9 crianças sofrem uma queda diariamente com consequências graves, sendo a principal causa de vinda ao serviço de urgência e de internamento. Maioritariamente as quedas ocorrem entre os 0-4 e os 5-9 anos (APSI, 2014).

A sua gravidade está relacionada com a anatomia do corpo humano e a força de impacto a que a mesma está sujeita. Sendo que, geralmente, quanto maior a altura da qual a criança cai, tanto mais grave será a lesão (OMS, 2004).

Ainda relativamente às lesões, as mais frequentes são as fraturas (12%), as contusões (10%) e as escoriações/esfolamentos (9%). A área da cabeça é a mais afetada (27%), seguida dos membros (10%). Em 18% dos acidentes registados, as crianças lesionaram várias partes do corpo e em 39% dos registos não foi identificada a parte do corpo lesionada, APSI (2014).

Para melhor compreensão deste tipo de acidente não intencional e as intervenções promotoras da sua prevenção, considerando ainda que é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, a ser destacado na atuação em contexto de estágio, foi realizada uma revisão da literatura *Scoping Review* de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (Briggs J., 2015) intitulada: “Intervenções do Enfermeiro na Prevenção de Queda em Idade Pediátrica, em contexto hospitalar: Scoping Review”. Esta revisão irá ser apresentada no subcapítulo subsequente.

- A asfixia: normalmente ocorre com crianças entre 0-1 ano, através de cordões, sacos de plástico, fios, colchão e cobertor. A taxa de mortalidade nas raparigas com menos de 1 ano é de 3.33% e nos rapazes, da mesma faixa etária, é de 1.88% (European Child Safety Alliance, 2012). Dados mais recentes referem que a asfixia é a 2ª causa de internamentos entre os 0-4 anos (APSI, 2017). Maioritariamente as crianças dos 0-4 anos tendem a colocar tudo à boca, sendo as suas vias respiratórias mais estreitas, aumenta o risco de asfixia por aspiração de corpos estranhos (APSI,2011).

- As intoxicações: segundo a OMS (2004) é destruição de células através da inalação, ingestão, injeção ou absorção de uma substância tóxica. A natureza, a dose, a composição e via de exposição são fatores chaves que indicam a severidade das intoxicações, assim como a exposição simultânea a outros tóxicos, o estado de nutrição da criança, idade e condições de saúde pré-existent.

A mesma entidade refere que as intoxicações agudas causaram mais de 45.000 mortes em crianças e jovens menores de 20 anos – 13% de todas as intoxicações fatais no mundo. A taxa de mortalidade por intoxicação é a mais elevada em crianças com menos de um ano, apresentando um outro pico, por volta dos 15 anos (2004).

As crianças jovens são particularmente suscetíveis à ingestão de tóxicos, especialmente líquidos, porque são muito curiosas e colocam tudo na boca, sem terem noção das consequências. Os adolescentes, por outro lado têm maior consciência das consequências das suas ações, mas a pressão dos pares e os comportamentos de risco assumidos podem

levá-los ao abuso de produtos alcoólicos e drogas ilícitas, gerando uma taxa de mortalidade mais elevada do que nas crianças mais novas. As crianças mais novas são mais suscetíveis a intoxicações devido ao seu tamanho e desenvolvimento incompleto, particularmente em relação à toxicidade da maioria das substâncias relacionadas com a dose por quilograma de peso. Desta forma os acidentes provocados por intoxicações, embora habitualmente menos frequentes, podem ser potencialmente graves (OMS, 2008), reforçando assim a nossa intervenção nesta área.

- A queimadura: é definida como uma lesão da pele ou outro tecido humano causado pelo fogo (OMS, 2004), podendo ser através de líquidos quentes (escaldões), sólidos quentes (queimaduras de contacto), ou chamas (queimaduras por chama). Também são consideradas como queimaduras, as lesões por radiações, radioatividade e eletricidade, flicção ou contacto com químicos.

As queimaduras são o único tipo de acidente fatal que ocorre com maior incidência no sexo feminino sendo a nível mundial a taxa de mortalidade para as raparigas de 4.9 por 100 000, enquanto para os rapazes é de 3.0 por 100 000, estando estes dados associados a fontes de calor e de luz, bem como equipamentos para cozinhar (OMS, 2004).

A nível mundial a OMS refere que quase 96 000 crianças com menos de 20 anos morreram, em 2004, vítimas de queimaduras relacionadas com um incêndio, no entanto os escaldões e queimaduras de contato são importantes causas de morbidade e de incapacidade.

- Os afogamentos: são um acontecimento no qual as vias aéreas da criança são submersas em líquido, levando a uma impossibilidade de respirar. O resultado pode ser fatal ou não, deixando sérias sequelas neurológicas, em alguns acontecimentos de afogamento não fatais (OMS, 2004).

Sabemos que a água está presente em quase todos os aspetos da vida das crianças. Precisam dela para crescer, para estarem limpas e para se refrescarem, não podendo sobreviver sem ela. A água, para a maioria das crianças significa divertimento, brincadeira e aventura, numa piscina, num lago ou simplesmente na rua, após a chuva. No entanto, a água pode ser perigosa. Uma criança pequena pode afogar-se em poucos centímetros de água, num balde, no banho ou num tanque. Em muitos países do mundo, o afogamento é uma das três primeiras causas de morte por acidentes não intencionais, com a taxa mais

elevada em crianças com menos de cinco anos e nos adolescentes. A taxa de afogamentos em rapazes é o dobro das raparigas (OMS, 2004).

Em Portugal, entre o período de 2002-2010 ocorreram 207 afogamentos com desfecho fatal em crianças e jovens, e existem 482 internamentos na sequência de um afogamento, sendo que a maioria das crianças encontravam-se na faixa etária do 0-4 anos de idade.

Segundo a APSI (2015), após análise dos dados entre 2005-2012 foi possível afirmar que dos 125 casos de afogamentos em crianças e jovens até aos 18 anos, 70,4% ocorreram com rapazes e 25,6% com raparigas. No que se refere ao ambiente aquático onde ocorreu o afogamento, verificou-se que 44,8% dos afogamentos ocorreram em planos de água construídos (tanques, poços, piscinas) e 49,6% em planos de água naturais (praias, rios/ribeiras/lagoas). Ainda relativamente ao ambiente aquático, os rios/ribeiras/lagoas são os planos de água com maior registo de afogamentos (27,2%) seguidos dos tanques e poços (22,4%) e piscinas (22,4%). A praia é o plano de água com menos registos de afogamentos (22,4%).

A abordagem da prevenção dos acidentes deve ter em conta 3 aspetos fundamentais sendo eles a própria criança e os adultos que a rodeiam (pai/cuidadores); a idade e o estágio de desenvolvimento e o fato de que os acidentes afetam de forma desproporcional as crianças mais vulneráveis na sociedade (Dias, 2013).

Quando menos se espera o acidente acontece! O que se deve essencialmente, pelo descrito anterior, à morfologia da criança e características de cada fase do seu desenvolvimento, às motivações, curiosidade, exploração e descoberta do que a rodeia e o fato de não possuírem a noção do perigo. Sabemos também que os acidentes nas crianças são potenciados pela falta de supervisão, ou ausência de comportamento preventivo por parte das famílias ou adulto responsável, o que justifica a nossa intervenção centrada na prevenção e envolvendo os pais/cuidadores neste processo.

Durães, Toritama & Maia (2012), no seu estudo concluíram que os pais possuem conhecimento em relação à prevenção dos acidentes, todavia, requerem mais informação de outras estratégias para uma efetiva prevenção. É essencial a capacitação dos cidadãos, através de ações que permitam a sua autonomia e responsabilização pela sua própria saúde, tornando-os consecutivamente mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços (DGS, 2015).

Desta forma torna-se importante o reforço da informação e da educação para a saúde como um elemento fundamental para reduzir o risco de acidentes, através da consciencialização dos pais das mudanças que devem fazer no ambiente e nos comportamentos e no impacto destas medidas na saúde dos seus filhos e na sociedade em geral e dirigida também às crianças/jovens como parte integrante do processo (Dias, 2013).

1.2. Referencial Teórico

O enfermeiro, enquanto profissional que desenvolve atividades autónomas, é aquele que melhor poderá fomentar intervenções promotoras de saúde (Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril).

A utilização do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, desenvolvido em 1982, permite uma maior capacidade na compreensão dos determinantes em saúde, orientação na procura de soluções em resposta às necessidades e interesses das pessoas envolvidas.

Deste modo contribui para o desenvolvimento do conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e de agir, assim como permite aumentar a probabilidade de atingir os objetivos propostos quer ao nível da promoção da saúde, quer ao nível da prevenção da doença (Pender, 2011 e Vítor et al, 2005).

Para uma melhor perceção do modelo é importante a compreensão dos quatro conceitos metaparadigmáticos. A **enfermagem** surge, para Pender, como estando intimamente interligada com intervenções e estratégias que conduzem a comportamentos promotores da saúde, dando especial atenção ao desenvolvimento do autocuidado. O enfermeiro deve ajudar a pessoa a ter comportamentos promotores de saúde focando-se nos benefícios dos mesmos, ensinando estratégias para ultrapassar as dificuldades e dando um reforço positivo. Assim, este faz parte do seu ambiente interpessoal, logo vai exercer influências na pessoa ao longo do ciclo vital (Pender, 2011 e Vítor et al, 2005).

A **saúde** é compreendida como um aspeto não só individual, mas também focalizado na família e na comunidade com importante realce no bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não só como ausência de doença. O comportamento de promoção da saúde pode ser modificado por meio de ações de enfermagem, levando a melhores resultados no bem-estar global da pessoa (Pender, 2011 e Vítor et al, 2005).

O **ambiente**, pelos mesmos autores, é resultado das interações e sua relação entre o indivíduo e o seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos. Esta relação pode ser

manipulada pelo indivíduo de forma a criar um contexto positivo e facilitador na adoção de comportamento de saúde.

Relativamente ao conceito de **pessoa**, este surge como um ser com características e experiências específicas capaz de tomar decisões, resolver problemas, tendo especial enfoque na capacidade que cada um tem em mudar os seus comportamentos em saúde (Pender, 2011 Vítor et al, 2005).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é composto por três grandes componentes, que estão representados graficamente no diagrama (Anexo I). Os componentes estão subdivididos em três variáveis: as características e experiências individuais, que compreende: o comportamento anterior, aquele que é desejável de ser alterado; fatores pessoais que são divididos em fatores biológicos (idade, género, capacidade de agilidade ou equilíbrio), psicológicos (automotivação, autoestima, autoconhecimento) e socioculturais (educação, nível socioeconómico).

O segundo componente abrange os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar, é o núcleo central do diagrama, sendo formado pelas variáveis: os benefícios para a ação, que são representações positivas da adoção do novo comportamento; as barreiras para a ação, representações negativas do novo comportamento; a autoeficácia, ou seja, o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações; os sentimentos em relação ao comportamento, em que reflete uma relação emocional com o comportamento, podendo ser positivo ou negativo. Quanto maior o sentimento subjacente, maior a eficácia; as influências interpessoais, sendo a influência de outras pessoas no comportamento, modelos sociais. Outras pessoas podem ajudar a alterar o comportamento ou a manter o mesmo. Aqui os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros assumem um papel importante, com base na relação terapêutica que podem estabelecer através do acompanhamento ao longo do ciclo vital e a sua interligação pode aumentar ou diminuir o compromisso de promoção da saúde; e por fim temos, as influências situacionais, em que o ambiente facilita ou impede o comportamento.

Relativamente ao último componente do modelo, o resultado do comportamento engloba: o compromisso com o plano de ação como ações que possibilitem ao indivíduo manter o comportamento esperado; as exigências imediatas e preferências, as pessoas podem querer respostas imediatas com a alteração do comportamento ou exercem um controlo muito alto sob as ações de mudança do comportamento; o comportamento de promoção da saúde que é o resultado de implementação de todo o modelo (Vítor et al, 2005, Sakranda, 2002).

Fazem ainda parte do modelo sete pressupostos, que refletem a perspectiva da ciência comportamental e enfatizam o papel ativo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental (Sakraida, 2002):

1. As pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde;
2. As pessoas têm a capacidade da autoconsciência refletida, incluindo a apreciação das suas próprias competências;
3. As pessoas valorizam o crescimento e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade;
4. As pessoas procuram regular ativamente o seu próprio comportamento;
5. As pessoas, em toda a sua complexidade bio-psico-social, interagem com o ambiente, transformando-o progressivamente e sendo transformados ao longo do tempo;
6. Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital;
7. A reconfiguração auto-iniciada dos padrões interativos pessoa – ambiente é essencial à mudança de comportamento.

Assim este modelo apresenta ao enfermeiro uma perspectiva integrativa das variáveis que influenciam a adoção de comportamentos promotores da saúde. Esta tem influência multifatorial, nomeadamente as características e experiências individuais, os benefícios e barreiras percebidas, a autoeficácia percebida, o afeto associado ao comportamento, as influências interpessoais e situacionais e o compromisso com o plano de ação.

Ao nível dos cuidados de saúde infantil, a pessoa corresponde à criança e à família trabalhando em parceria num processo de negociação partilhada, respeitando a família e as suas competências, desejos e ansiedades. A criança/família é aquela que tem o potencial de mudar, comprometendo-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios pessoalmente valorizados. As famílias e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal, que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção da saúde.

Desta forma, o modelo de Nola Pender interliga-se com o modelo de parceria dos cuidados de Anne Casey de 1988 e também ao contributo de Maria Goretti Mendes em 2013, que nos apresenta um novo olhar sobre a parceria dos cuidados.

No final dos anos 80 que o termo “parceria” começou a ganhar destaque no foco de atenção dos cuidados de enfermagem pediátricos, assim o modelo de Casey assenta nos pressupostos de que pais e enfermeiros são parceiros nos cuidados e reconhece aos pais o

papel de cuidadores. Para preservar o crescimento pleno na criança, os cuidados concebidos devem ser de estímulo, proteção e amor (Casey, 1988), sendo por isso a relação enfermeiro – família deve ser sustentada fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças. Deve por isso ser respeitada e valorizada a sua experiência bem como o seu contributo na prestação dos cuidados (DGS,2011).

De acordo com Smith (1995), o termo parceria compreende que o cuidar de uma criança deve incluir, o cuidar da família, respeitando o conhecimento que esta tem e o direito da mesma em participar na tomada de decisões.

A parceria tem sido analisada numa perspetiva dinâmica, num processo contínuo de evolução. Casey (1988) considerou que a família é fundamental na prestação de cuidados à criança desde que supervisionados. Smith (1995) reforça que é importante que exista um processo de negociação para que possam ocorrer cuidados de excelência. Mendes (2013) refere que esse processo de negociação é um contínuo entre os pais e os enfermeiros, que implica igualdade entre os parceiros, partilha de informações e responsabilidade repartida. A participação dos pais nos cuidados pode ser definida como a possibilidade de se envolverem no processo de tomada de decisão, na realização e avaliação dos cuidados, ou simplesmente serem consultados quanto ao processo.

A escolha do modelo de promoção de saúde recaiu na possibilidade de articulação com o modelo de parceria de cuidados e pelo fato de poder ser aplicado ao longo do ciclo vital, em diferentes contextos e ser de fácil compreensão.

Desta forma e ao longo da realização dos estágios nas diferentes áreas de intervenção, a prestação de cuidados enquanto enfermeira especialista baseou-se nos modelos referidos, compreendendo a parceria de cuidados e focalizando-a para a promoção e adoção de comportamentos de vida saudáveis.

1.3. Revisão da Literatura – Scoping Review

Os enfermeiros constituem o maior grupo de prestadores de cuidados de saúde e os seus cuidados influenciam os resultados de saúde das pessoas (Estabrooks, et al, 2005 e Parahoo, 2014).

No processo de tomada de decisão em enfermagem e a implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de “guias orientadoras da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na

evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros”. (OE, 2010 p12).

Segundo a mesma entidade, o enfermeiro especialista deve suportar a sua prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (Regulamento 140/2019, 6 de fevereiro).

O conhecimento adquirido, pela investigação em enfermagem, é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006). Considera-se uma prática de enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.

Enquanto mestranda em enfermagem e futura especialista, e tendo em vista o desenvolvimento de documentos ao nível da qualidade, foi necessário a procura de conhecimento atual, fundamentado pela evidência científica.

Desta forma, foi realizada, sob a forma de artigo, uma revisão da literatura - *Scoping Review* de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (Briggs J., 2015) intitulada: “Intervenções do Enfermeiro na Prevenção de Queda em Idade Pediátrica, em Contexto Hospitalar: Scoping Review” (Apêndice I), que foi submetido para publicação na revista *Enfermería Global* (Anexo II).

Esta, teve como objetivos: identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em crianças durante o internamento hospitalar e identificar os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria.

Utilizou-se o acrónimo PCC, assim sendo consideramos como critérios de inclusão: P- crianças (0 aos 18 anos); C- intervenções de enfermagem, preventivas de queda e instrumentos de avaliação do risco de queda; C- internamento hospitalar. Utilizou-se 3 fontes de informação (EBSCO, PubMed e SciELO). com recurso aos descritores Mesh (fall/queda; prevention/prevenção; pediatric nursing/enfermagem pediátrica) e operador booleano (AND).

A equação de pesquisa utilizada foi a seguinte:

- EBSCO: fall AND prevention AND pediatric nursing;
- SciELO: ((fall) AND (prevention) AND (pediatric nursing));
- PubMed: (fall[All Fields] AND ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields]) AND ("pediatric nursing"[All Fields] OR "pediatric

nursing"[MeSH Terms] OR ("pediatric"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "pediatric nursing"[All Fields])) AND ("2013/01/01"[PDAT] : "2018/04/24"[PDAT]).

Foi construído o fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos com uma amostra inicial de 21 artigos, onde foram aplicados os critérios de inclusão obtendo uma amostra final de 7 artigos (2 artigos da EBSCO, 4 artigos da PubMed e 1 artigo da SciELO) Destes artigos, um utiliza metodologia qualitativa, quatro com metodologia quantitativa, e dois revisões integrativas.

Após a análise dos resultados foi possível concluir, em relação ao primeiro objetivo, que a educação das crianças e dos pais/cuidadores sobre as medidas preventivas é de extrema importância e deve ser reforçada ao longo do internamento, assim como devem ser utilizadas diferentes metodologias. A presença dos pais não oferece proteção adicional contra a ocorrência de quedas.

Em relação ao segundo objetivo, identificou-se os seguintes instrumentos de avaliação do risco de quedas: a escala GRAF-PIF, criada por GRAF em 2011; a escala I'M SAFE, publicada em 2011; a Humpty Dumpty Falls Scale (HPFS), criada em 2009; a escala CHAMPS criada por Razmus em 2006 e a escala Cummings, desenvolvida em 2006.

A revisão sistemática permitiu verificar, que para a avaliação do risco de quedas em crianças, a escala HPFS é o instrumento mais analisado, tendo uma sensibilidade de 57% e uma especificidade de 39%. Esta escala demonstrou melhor adaptação às características do cliente pediátrico, uma vez que avalia fatores individuais como também ambientais.

Os enfermeiros devem permanecer vigilantes, monitorizar as crianças com frequência, introduzir o score dos instrumentos nos processos (escrito/informático), implementar medidas preventivas de queda e documentar a eficácia das mesmas, criando desta forma programas de prevenção de quedas. Sendo que as crianças e os cuidadores devem ser incluídas em todo o processo.

Uma política de prevenção de quedas e um programa adequado à unidade, pode aumentar a consciencialização da equipa multidisciplinar e da família e diminuir assim as taxas de queda na população pediátrica, melhorando a segurança e a qualidade no atendimento prestado.

2. TRANSIÇÃO DE ENFERMEIRO GENERALISTA PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE

Neste capítulo irá ser explanado uma descrição e análise do percurso efetuado, à luz da transição de enfermeiro generalista para enfermeiro mestre e especialista.

Os primeiros quatro subcapítulos estão organizados de acordo com os contextos de estágio realizados, decorridos entre o dia 3 de setembro e 19 de dezembro de 2018 (serviço de internamento, urgência e cuidados de saúde primários).

Em cada um deles irá ser apresentada uma breve caracterização de cada contexto, ao nível da estrutura física, serviço/equipa e da organização das atividades. Após o diagnóstico de situação, irão ser mencionados os objetivos e atividades delineadas, as estratégias e a análise crítica e reflexiva da implementação das mesmas e as competências desenvolvidas, através de fundamentação científica.

Será ainda realizada uma abordagem ao contexto de neonatologia (estágio onde foi obtida creditação).

No último subcapítulo irá ser apresentado, de uma forma sintetizada as principais competências desenvolvidas quer enquanto EEESIP, quer enquanto mestre.

A metodologia de trabalho utilizada, em todos os contextos de estágio, foi a metodologia de projeto, esta “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, (...) sendo promotora de uma prática baseada na evidência” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p. 2), permitindo a aquisição de capacidades e competências.

Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento 140/2019, 6 de fevereiro, p4749), este detém “conhecimento aprofundado domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Ao EEESIP acrescem ainda competências no domínio da assistência à criança/jovem com a família, na maximização da saúde; no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e ainda na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho).

Entenda-se competências como o conjunto de conhecimentos e ações que o sujeito mobiliza, no momento oportuno e realiza a ação futura eficaz (Le Boterf, 1995).

No desenrolar da prática e, como seres em contínua aprendizagem, existem momentos de questionamento, em que temos consciência de que os problemas não se resolvem se forem sempre tomadas as mesmas atitudes e comportamentos. Daí se tornar tão importante este tipo de aprendizagem dos procedimentos, mas também é permitida a possibilidade de construção de nós próprios enquanto seres pensantes, através de um processo reflexivo. Tornando assim evidente que “a experiência só pode ser formadora se passar pelo crivo da reflexão crítica” (Canário 2013, p.111).

2.1. (Re) Pensar o cuidar da criança hospitalizada

A realização deste estágio decorreu num serviço de internamento de pediatria, no período de 3 de setembro a 12 de outubro de 2018, em contexto de trabalho, num total de 130 horas, cuja sua escolha prendeu-se com o meu interesse pessoal, assim como a possibilidade de prestação de cuidados especializados a crianças/jovens com patologias do foro médico e do foro cirúrgico.

Este serviço é caracterizado por boas condições em termos de organização física e logística e, sempre que é possível, as crianças são colocadas em quartos individuais. Cada quarto dispõe de uma televisão com TV por cabo, bem como a possibilidade de ativação da rede *wi-fi* para acesso à internet. O mobiliário existente na sala de brincar é adaptado ao tamanho das crianças, como forma a facilitar a sua acessibilidade e utilização, nas casas de banho são utilizados redutores de sanitas.

O pai e mãe da criança podem estar presentes, em simultâneo, diariamente entre as 9:00 e as 20:30. Entre as 20:30 e as 9:00 o acompanhamento deve ficar reduzido a um único elemento. Na ausência dos pais, poderá permanecer junto da criança outra pessoa que seja indicada pelos mesmos. Durante a noite não são permitidas saídas do serviço. Esta problemática foi discutida com a enfermeira chefe/orientadora, assim como com a equipa

de enfermagem e será analisada seguidamente após apresentação dos objetivos da minha intervenção.

Por norma, as crianças têm sempre um acompanhante, tendo sido possível de constatar que os adolescentes, por opção dos próprios e dos familiares, muitas vezes não têm acompanhante durante o período noturno.

Em relação à equipa de enfermagem, esta é composta por dois elementos por turno, sendo que um dos elementos assume as funções de responsável de turno (com integração na unidade de internamento há mais tempo). Este elemento é responsável entre outras funções da prestação global dos cuidados, a cada criança/família, e pela distribuição das mesmas pelos enfermeiros de turno. Sendo que o método de trabalho utilizado é o método de enfermeiro de referência.

O modelo adotado pelo serviço é o modelo de parceria nos cuidados, onde é respeitado ao máximo os hábitos das crianças/família e onde o impacto da hospitalização pretende-se que seja reduzido ao máximo. Os pais/cuidadores presentes durante o internamento são envolvidos nos cuidados, sendo parceiros em todas as atividades. Os pais verbalizam também a importância desta cooperação existente entre a equipa prestadora de cuidados e as crianças/pais.

De acordo com a observação informal e prestação direta de cuidados, os procedimentos dolorosos são realizados em sala de tratamentos, à exceção de situações em que a criança não consegue mobilizar-se.

Durante todos os procedimentos os pais/cuidadores estão presentes e tornam-se um elemento fundamental na planificação de intervenções individualizadas, sendo dadas instruções claras sobre o papel que podem desempenhar.

Durante os procedimentos invasivos são utilizados métodos não farmacológicos de alívio da dor (utilização de música, brinquedos), nas crianças mais velhas e nos adolescentes é utilizada técnicas de distração, como um diálogo de acordo com os seus interesses, esta ação ajuda a descentralizar o pensamento no procedimento em causa (OE, 2013). A estas, associam-se medidas farmacológicas com o recurso da sacarose a 24% e a sucção não nutritiva em bebés e a utilização de lidocaína 25mg/g + prilocaína 25mg/g em creme (EMLA® - Eutectic Mixture of Local Anesthetics), em concordância com as normas da DGS (DGS, 2012).

Após o procedimento, é feito sempre um reforço positivo e é oferecido uma medalha de recompensa (autocolante).

Reforço ainda, que é realizada a monitorização e registo da avaliação da dor, sendo utilizados instrumentos válidos e sensíveis à população pediátrica, nomeadamente a escala de FLACC/FLACC-R, a escala de Faces de Wong-Baker, a escala numérica e a escala do observador, tal como está definido pela DGS (2010).

Através da minha observação, durante a realização do estágio, foi possível de verificar que, a utilização do EMLA®, como medida de cuidados atraumáticos, disputa alguns constrangimentos na equipa de enfermagem (existindo anteriormente projetos desenvolvidos neste sentido), devido ao tempo de espera para atuação e pela necessidade/gestão de organização dos próprios cuidados. Este assunto foi analisado em equipa de enfermagem, durante a passagem de turno, e foi possível a sua modificação, sendo umas das minhas intervenções e que será espelhada quando a análise dos objetivos e atividades.

Relativamente aos registos, foi perceptível o esforço, por parte da equipa, em registar com a maior complexidade possível, os cuidados prestados.

É ainda, elaborada uma carta de alta de enfermagem que contém a descrição, de forma clara e concisa, do decorrido durante o internamento da criança assim como as intervenções e cuidados a ter após a alta, desta forma existe uma articulação com os recursos da comunidade, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários.

Relativamente à temática da minha intervenção (promoção da saúde na prevenção de acidentes em crianças), e depois de realizada reunião com a enfermeira chefe/orientadora e equipa de enfermagem, percebeu-se que a minha intervenção seria na área da prevenção das quedas nas crianças, durante o internamento.

A instituição onde decorreu o estágio é creditada pela Joint Commission International (JCI), principal agência de acreditação em saúde, que atua na melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, tendo emitido em 2006 em parceria com a OMS as metas internacionais de segurança. A meta 6 diz respeito à redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes. Esta, tem como finalidade a redução do risco e a redução de lesões resultantes de queda, levando a instituição a: avaliar o risco de queda; implementar medidas na redução do risco de quedas e a implementar medidas de resposta em caso de ocorrência de queda dos seus doentes (JCI, 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa nos seus objetivos a prevenção da ocorrência de quedas. As consequências da não identificação dos utentes com risco de queda, a não avaliação de risco e não implementação de intervenções de

prevenção adequadas e personalizadas, levam a situações de risco (Decreto-Lei nº28/2015, de 10 de fevereiro).

A NANDA-I (2018) realça que o enfermeiro não consegue reverter a queda, mas pode prevenir a sua ocorrência, sendo o diagnóstico de enfermagem: risco de queda, sendo a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico.

Assim, aquando da admissão criança/jovem no serviço é realizada a avaliação do risco de quedas (através da escala de Morse), cujo score define o risco de queda (alto, médio ou baixo) e é colocada na identificação da criança (pulseira) a identificação desse risco através de bolas coloridas. A codificação dessas bolas é do conhecimento de toda a equipa multidisciplinar o seu significado.

Ainda relativamente à escala utilizada para avaliação do risco de quedas das crianças, esta teria de ser alterada para uma escala, que fosse ao encontro da população alvo e das suas necessidades. Esta situação foi discutida, em reunião, com a enfermeira chefe/orientadora e com a equipa de enfermagem, tendo sido também manifestada a necessidade de formação à equipa sobre o tema, originado assim a posteriores objetivos e atividades a desenvolver, neste contexto de estágio.

É também entregue um folheto informativo sobre a prevenção das quedas (folheto de entrega obrigatória), assim como são explicadas verbalmente e por demonstração as alterações que um internamento tem que podem potenciar uma queda (ambiente diferente do domicílio, colocação/mobilização das grades no berço/cama, deambulação com suporte de soros, etc).

No que diz respeito à necessidade formativa por parte dos cuidadores (através de um impresso da instituição, que é preenchido aquando a admissão no serviço), é de referir que a prevenção das quedas é um tema referido com grande frequência (análise informal do impresso de avaliação de necessidades formativas existente no serviço).

Relativamente ao comportamento das crianças/cuidadores, verificam-se algumas situações de risco (ao nível de quedas), nomeadamente grades dos berços que não estavam bem posicionadas, crianças que deambulavam em cima dos suportes de soro, alterações do estado clínico e/ou de terapêutica sem consequente reavaliação do risco de queda (instrução de trabalho em vigor já definia a existência de uma reavaliação nestas condições) e presença de unidades desorganizadas com obstáculos que podem dificultar a deambulação.

Desta forma e, depois de elaborar a revisão da literatura acima referida neste relatório, foi possível transpor as principais conclusões para a prática.

Após o diagnóstico de situação acima descrito (entrevista informal à enfermeira chefe/orientadora e à equipa de enfermagem) foi definido como **objetivo geral:** desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na assistência a crianças/jovens e sua família, em contexto de internamento tendo em vista a promoção da saúde, nomeadamente ao nível da prevenção de queda.

Para dar resposta a este objetivo, foi delineado como **objetivo específico:** prestar cuidados especializados à criança/família tendo em conta a promoção da saúde, com especial atenção nas intervenções identificadas na revisão da literatura, no sentido da prevenção de quedas.

Desta forma, relativamente a impossibilidade de presença de mais do que um acompanhante durante o período noturno, esta situação foi discutida em equipa e com a enfermeira chefe/orientadora e prende-se com o fato de condições conforto inexistentes, para a presença de dois acompanhantes, e de segurança durante esse período e que a administração da instituição não permite também que isso se altere.

Analisando a situação acima relatada, é possível de verificar que não está a ser respeitado o 2º princípio da Carta da Criança Hospitalizada que refere:” uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (Instituto de Apoio à Criança, 1998). Tendo em conta o tempo de estágio e a perspectiva de ser enfermeira especialista neste serviço, este será um tema desenvolver em projetos futuros.

Relativamente ao método de trabalho pela equipa de enfermagem, o método de enfermeiro responsável. Este método de trabalho propicia a parceria e a negociação de cuidados com os pais, conduzindo à sua participação efetiva e à continuidade do exercício da sua parentalidade, com a colaboração das crianças e famílias de forma a ir ao encontro das suas necessidades (OE, 2015).

A hospitalização de uma criança é geradora de stress por parte da própria criança, como também na família, sendo acompanhada de sentimentos como o medo, a impotência e a culpa. Neste sentido, o papel do enfermeiro é fundamental enquanto membro que, para além da prestação de cuidados, funcione como elemento de ligação entre a criança, os pais e os outros profissionais de saúde (Jorge, 2004).

A presença dos pais/cuidadores durante os procedimentos dolorosos é de extrema importância, sabemos também que a separação dos pais gera stress na criança e contribuiu para um aumento da dor percebida. Também os pais tornam as queixas das crianças

perceptíveis para a equipa e ajudam-na a integrar a experiência da dor, tornando-se assim promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor (OE, 2013).

O medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores de agravamento da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contato (DGS, 2012). Desta forma, sempre que possível, a realização do procedimento doloroso foi discutida e articulada com a criança/pais sobre o momento correto para a realização do mesmo. Realizei, desta forma, a preparação antes do procedimento, onde era explicado o que se iria passar, as sensações a fim de a criança criar uma expectativa realista, sendo também possível a manipulação dos materiais pela criança antes da realização do procedimento.

A realização do elogio no final do procedimento, sob a forma de reforço positivo ou recompensa, prende-se com o fato de as crianças reagirem bem ao elogio, os procedimentos dolorosos são difíceis e as crianças que tentam colaborar devem ser reconhecidas (OE, 2013).

Relativamente ao fato de acompanhar a criança/pais da sala dos tratamentos para o quarto, torna-se uma intervenção onde propicie o assegurar de uma relação de confiança previamente estabelecida.

No que diz respeito à utilização de EMLA®, foi possível, durante a realização do estágio, e após discussão em equipa de enfermagem, a prestação de cuidados no dia que iria ocorrer as cirurgias de ambulatório, onde as crianças/jovens e famílias entram no serviço cerca das 11:30, começam a ser chamadas para o bloco cerca das 13:30. Neste intervalo de tempo é necessário realizar o acolhimento, a avaliação inicial, a colocação de cateter venoso periférico, a administração da medicação pré-anestésica e a realização de todos os registos informáticos. São por isso, dias em que trabalho intensifica-se ao nível da prestação de cuidados. No entanto, foi possível a colocação de EMLA® em todas as crianças que iram ser submetidas a cirurgia e toda a equipa de enfermagem presente no turno conseguiu gerir, de forma adequada, a prestação dos cuidados de todos os utentes.

Assim, foi possível demonstrar competências ao nível da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, com o recurso a medidas não farmacológicas de alívio da dor, (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho). O que também é defendido pela OE no guia orientador de boas práticas, em que o controlo da dor é um direito das crianças e um dever dos profissionais de saúde, onde devem ser seleccionadas (OE, 2013).

Para melhorar as competências ao nível da prestação de cuidados à criança/jovem com doença crónica foi possível assistir e participar numa formação levada a cabo pela Academia Cuf intitulada: *Ciclo Ambulatório: Diabetes em Pediatria* (Anexo III). Nesta, foi dada grande importância à família como centro de formação e a capacitação desta na promoção dos cuidados à criança com doença crónica, assim como a articulação existente entre os cuidados prestados pelo hospital e a comunidade (quer através das unidades de saúde familiar, quer através da escola).

Em todos os momentos que foi oportuno, foi utilizado o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, uma vez que e segundo a mesma autora as pessoas que experimentam uma situação de doença, no pressuposto de que a motivação é fator determinante da aprendizagem, poderão ter facilidade em aprender, tornando este contexto ideal para adotar estilos de vida promotores de saúde. Tornando-se importante estimular e ensinar as crianças/pais/cuidadores a adotar comportamentos seguros (Pender, 2011). Fato também é acordado no 7º princípio da carta da criança hospitalizada, onde é descrito que o ambiente pediátrico deve corresponder não apenas às necessidades físicas da criança, mas também as necessidades afetivas e educativas (Instituto de Apoio à Criança, 1998).

Durante a realização do estágio ocorreu uma queda de um berço para o cadeirão, onde a criança ficou com o pé entalado entre as costas do cadeirão e o assento do mesmo. Esta queda ocorreu durante o terceiro dia de internamento, a literatura também reforça que este é o dia, a nível temporal, em que existe maior incidência de quedas em internamento pediátrico 75,9% dos casos ocorridos (Fujita, Y., Fujita, M., & Fujiwara, C., 2013).

Foi então, realizada uma reflexão crítica da situação e aplicado o modelo de promoção de saúde de Nola Pender (Apêndice II), tendo em conta as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento a ser alcançado, que neste caso seria a não ocorrência de queda durante o internamento.

Outro **objetivo específico** estabelecido foi: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família no âmbito da promoção da saúde, com foco na prevenção de queda, durante o internamento.

A revisão sistemática permitiu verificar, que para a avaliação do risco de quedas em crianças, a escala Humpty Dumpty é o instrumento mais utilizado. Este, demonstra melhor adaptação às características do cliente pediátrico, tendo em conta não os fatores individuais, mas também ambientais (cama utilizada, suporte de soro), a própria escala sugere um protocolo de atuação com intervenções de prevenção de quedas, consoante o risco apresentado (Hill Rodriguez, D., et al, 2009).

As estratégias de prevenção devem ser abrangentes, multifacetadas enfatizando a educação, formação, criação de ambientes seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda e à definição de políticas eficazes para redução do risco (OMS, 2008). Uma correta intervenção, baseada em boas práticas, exige recorrer a instrumentos de avaliação do risco de quedas a todas as crianças, com os seguintes objetivos: identificar o nível de risco, atuar consoante o nível de risco, prevenir possíveis quedas, aumentando assim segurança (Almeida et al, 2010).

Como atividade para dar resposta a este objetivo específico foi realizada a atualização do folheto informativo (Apêndice III) “Quedas em Pediatria – Prevenção” (a entregar aos cuidadores e às crianças/jovens no futuro).

Este folheto foi elaborado, tendo em conta as necessidades formativas das crianças/cuidadores (através do impresso de necessidades utilizado pela instituição), sobre as medidas de prevenção de quedas durante o internamento e a avaliação do risco de Humpty Dumpty, como forma de sensibilizar para a temática e para a adoção de medidas preventivas desde o primeiro dia de internamento, atuando assim ao nível dos benefícios da ação e nos fatores interpessoais, de acordo com o modelo de promoção de saúde tal como foi já referido na reflexão acima mencionada.

Face ao levantamento, foi também realizada a elaboração de uma instrução de trabalho “Quedas em Pediatria em contexto hospitalar – implementação da escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty (Apêndice IV). Esta, da necessidade de sistematizar a informação e fornecer orientações científicas sobre o tema, uma vez que a que existia na instituição era referente à escala de Morse e à prevenção de quedas em adultos.

Assim, o objetivo foi uniformizar os cuidados prestados pelos diferentes elementos da equipa, facilitar a integração dos novos elementos e melhorar a qualidade dos cuidados.

A tradução da escala de Humpty Dumpty utilizada neste projeto foi a que é apresentada pelo sistema informático de enfermagem Glintt®, como forma facilitadora de integração da mesma nos cuidados prestados.

Esta escala, apresenta vários itens e tem uma grande especificidade, o que requer alguma compreensão e atenção no preenchimento da mesma. Assim, surgiu a necessidade da criação de um documento de acesso rápido à particularidade de cada item da escala de Humpty Dumpty, como processo facilitador de um correto preenchimento da mesma.

O documento elaborado foi intitulado: “Escala de avaliação de risco de quedas de Humpty Dumpty - Orientações de Preenchimento” (Apêndice V), é um documento de duas páginas

que compreende a escala, assim como as indicações para a sua avaliação e reavaliação e no verso a características de cada item avaliado.

Para a sua implementação na instituição, foi necessário a formação da equipa, sobre as quedas pediátricas durante a hospitalização assim como a apresentação e características da própria escala de avaliação de Humpty Dumpty (Anexo IV). Desta forma, foi estabelecido também como atividade a realização de uma sessão formativa à equipa de enfermagem (todos os documentos referentes à mesma, Apêndice VI):” Quedas em Pediatria - implementação da escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty”, onde foram apresentados todos os documentos acima referidos. A sessão foi anunciada através de suporte informático via email e foi também afixada em todas as unidades pediátricas o flyer da mesma (modelo instituído pela unidade).

Foi elaborado um plano de sessão, como base de suporte para a organização e sistematização da mesma, o suporte teórico foi a instrução de trabalho elaborada sobre o tema em causa e respetivos slides com exercícios práticos de aplicação da escala.

A sessão decorreu no dia 24 de setembro de 2018, na sala de reuniões do serviço de pediatria da instituição, com a presença de 63% (27) dos enfermeiros de todas as unidades pediátricas (43) a exercer funções à data de realização da mesma.

Para a avaliação da mesma foi aplicado um questionário aos formandos (disponível pela instituição) e realizado o preenchimento da formação enquanto formador (disponível pela instituição), sendo realizada a análise posterior do mesmo.

De destacar também a participação de todos os enfermeiros na apresentação de dúvidas, onde com a reflexão e discussão emergiram várias sugestões de melhoria da aplicabilidade da escala de avaliação de risco, quer ao nível do preenchimento da mesma, como ao nível da sua implementação no processo informático de enfermagem.

Todos os participantes concordaram que a escala de Humpty Dumpty era a mais adequada ao contexto pediátrico e que adquiriram conhecimentos sobre as quedas em pediatria importantes para a sua prática.

Actualmente, todos os documentos estão aprovados pela equipa de enfermagem, a equipa de gestão de quedas e da qualidade da instituição. De revelar que a equipa de enfermagem pediátrica está a aplicar a escala de Humpty Dumpty, a todas as crianças que recorrem à instituição, desde o dia 1 de novembro de 2018.

Com a realização deste projeto foi possível desenvolver competências na área da qualidade dos cuidados, uma vez que foram criados protocolos de atuação, com base na evidência científica e que irão ser aplicados diretamente na prestação de cuidados, desta forma o

enfermeiro interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuem para o crescimento e desenvolvimento da enfermagem e da prática clínica cada vez mais especializada. A criação de ambiente seguro é a base da atuação, prevenindo os riscos ambientais e os possíveis incidentes (Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro).

Esta experiência permitiu desenvolver competências ao nível da atuação como formador, oportuno em contexto de trabalho, onde foi realizada um diagnóstico de situação, das necessidades formativas (Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro), quanto a situações de risco e segurança da criança/jovem, tendo em conta o seu crescimento e desenvolvimento, facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho).

2.2. (Re) Pensar o cuidar da criança, na urgência pediátrica

A realização deste estágio decorreu no serviço urgência pediátrica, em contexto de trabalho, no período de 15 de outubro a 17 de novembro de 2018, num total de 115 horas. A escolha deste contexto prende-se com o interesse pessoal, pois é o contexto hospitalar de pediatria em que tinha menos experiência ao nível da prestação direta de cuidados. Assim, foi possível a prestação de cuidados especializados a crianças com patologias diversas.

A urgência pediátrica localiza-se no piso 1 da instituição, tendo ligação interna com a urgência geral através de sala de reanimação e com urgência ginecológica/obstetrícia através da sala de espera. O serviço dispõe de sala de triagem, sala de espera pós-triagem, sala de reanimação, dois gabinetes de observação médica, sala de tratamentos, sala de aerossóis, sala de sub-espera para as especialidades cirúrgicas e uma sala de internamento de curta duração com 3 camas e uma maca. A sala de triagem dispõe de dois postos de triagem, que podem funcionar em simultâneo em condições de maior afluência. Um dos gabinetes de observação médica é individual e o outro possui cinco postos de observação, três dos quais individualizados por cortinas.

As crianças que recorrem ao serviço de urgência vêm por iniciativa familiar, através da entidade que as tenha à sua responsabilidade (escola, instituição desportiva, instituição de acolhimento), por referenciação da linha SNS 24 ou dos CSP, por transferência de outras instituições de saúde (hospitais, clínicas ou unidades de saúde), pelo Instituto Nacional de Emergência Médica ou pelos bombeiros.

A criança que vem referenciada pela linha de SNS 24, ou pelos CSP (que traz consigo a carta de referenciação) é dada prioridade no atendimento, dentro do mesmo grau de

prioridade, sendo também identificado como tal, em processo informático, de acordo com o Despacho nº 4835-A/2016, de 8 de abril.

Por norma, as crianças têm um acompanhante, que pode ser familiar ou eventualmente um auxiliar de ação educativa se, se tratar de uma situação decorrente do contexto escolar. Este acompanhante permanece junto da criança até à chegada do cuidador responsável pela criança/jovem. Contudo, é possível constatar que os adolescentes recorrem muitas vezes na companhia de amigos e não dos pais.

O modelo adotado pelo serviço é o modelo de parceria de cuidados, onde ocorre envolvimento dos pais/cuidadores durante a prestação de cuidados, sendo parceiros em todas as atividades.

A inscrição da criança/jovem é feita no posto avançado, onde é realizada a recolha da informação inicial de identificação da mesma (nome, morada, telefone, entidade responsável, entre outros). Após a inscrição, a criança/jovem fica a aguardar a chamada para a sala de triagem através do número atribuído.

Todas as crianças que entram no serviço de urgência são triadas segundo o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Este tipo de triagem veio melhorar o atendimento no serviço de urgência, uma vez que possibilita a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo recomendado até à observação médica, quer em casos de afluência normal, quer em contexto de catástrofe. Assim atribuídas prioridades no atendimento, através de 5 cores. Sendo também atribuída a cor branca em situações de reavaliação ou atividade programada sem que tenham queixas (DGS, 2018).

A triagem, não deve demorar mais de 2-5 min, mas segundo o Grupo Português de Triagem, em pediatria poderá ultrapassar os minutos propostos. No entanto, os tempos de triagem não devem ser prejudicados em função do volume de trabalho, pelo que esta deverá ser assegurada continuamente, mesmo na ausência de um elemento. Assim, em caso de pico de afluência (mais de 10 crianças ou 20 minutos de espera) era aberto o segundo posto de triagem, havendo se necessário, articulação com a equipa do internamento de pediatria.

Após a avaliação, as crianças e os acompanhantes aguardam na sala de espera, sendo dada a indicação para se manterem vigilantes a qualquer alteração do estado clínico da criança.

Foi possível de verificar através da minha observação informal e prestação direta de cuidados, que o enfermeiro que se encontra no posto de triagem para além de reconhecer as alterações presentes na criança, tem de ter competências ao nível da comunicação e gestão de conflitos. Esta situação foi discutida em equipa de enfermagem e será alvo de atenção.

Em relação aos cuidados atraumáticos e medidas não farmacológicas de alívio da dor é de referir que, por se tratar de um contexto de urgência nem sempre as estratégias utilizadas são as mais vantajosas.

A preparação da criança/família para a realização de um procedimento é algo ténue por se tratar de um serviço de urgência em que os procedimentos são realizados com “alguma rapidez”. No entanto, era sempre negociado com os pais e com a criança/jovem, a melhor forma de realização do procedimento, assim como era explicado à criança/jovem tendo em conta a sua idade e o seu desenvolvimento o procedimento em questão e de que forma podia colaborar para minimizar a sua dor e facilitar a realização do mesmo (DGS, 2012).

A principal estratégia observada foi o brincar terapêutico, através do uso dos bonecos que as crianças traziam consigo, a sucção não nutritiva com o recurso de sacarose a 24%. Assim como a imaginação guiada, a técnica de distração nos adolescentes.

Relativamente à temática em estudo e, após reunião com enfermeira orientadora e equipa de enfermagem, foi possível verificar a necessidade de promover nos pais educação para a saúde sobre os acidentes mais comuns em crianças e as medidas efetivas de prevenção passíveis de serem compreendidas pelos pais.

Desta forma, para além de colaborar na resolução dos motivos de vinda ao serviço de urgência potenciamos a promoção da saúde e aos fatores potenciadores de acidentes.

Foi-me também solicitada a minha colaboração no curso de preparação para a parentalidade da instituição.

O referido curso decorre no serviço de medicina física e reabilitação, onde as grávidas/casal se inscrevem a partir das 24 semanas de gestação e o início do curso decorre a partir das 26 semanas. As sessões têm a duração de 90 minutos, uma vez por semana, a decorrer às segundas ou quartas às 15 horas.

Ao longo curso as grávidas/casais têm contato com uma equipa multidisciplinar composta por fisioterapeuta, enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia, dietista, psicóloga, enfermeira do serviço de pediatria, médico obstetra e médico pediatra que em conjunto preparam os casais para esta nova fase (conhecimentos e competências específicas) de modo a conseguirem tirar o maior proveito desta nova etapa com a alegria tão própria de quem irá de ser mãe/pai. Os temas abordados durante o curso são: técnicas de relaxamento; alterações posturais; exercícios respiratórios; de tonificação muscular; de fortalecimento perineal; massagem à grávida; amamentação; cuidados ao recém-nascido; segurança infantil; trabalho de parto; puerpério e cuidados pós-parto.

Desta forma, a minha intervenção (ao nível de prevenção de acidentes) entra em sintonia com o tema segurança infantil no primeiro ano de vida do referido curso.

Tendo em conta o diagnóstico de situação acima referido, foi estabelecido como **objetivo geral**: desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na assistência avançada a crianças/jovens e sua família, em contexto de urgência, tendo em vista a promoção da saúde, nomeadamente ao nível da prevenção de acidentes.

Assim foi delineado como **objetivo específico**: prestar cuidados especializados à criança/família promotores da saúde, em contexto de urgência, com especial enfoque na prevenção de acidentes.

Sendo este estágio realizado em contexto de trabalho e, sendo detentora do curso de sistema de triagem de prioridades de Manchester pelo Grupo Português de Triagem, foi possível realizar este procedimento ao longo de todo o estágio. Segundo o Despacho nº 3762/2015, de 15 de abril, o sistema de triagem das crianças deve ter em conta a especificidade das mesmas, daí a sua organização ser por fluxogramas dirigidos especificamente para as crianças. Perante isto, é necessário ter presente “conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas” (OE, 2010 p.3), sendo este também um dos princípios da triagem.

A minha intervenção direcionou-se assim, para os comportamentos anteriores e os fatores pessoais preconizados por Nola Pender.

Através da valorização das preocupações e queixas referidas pelos pais, através da escuta ativa, observação geral da criança, colheita de dados, avaliação de parâmetros vitais e, onde mediante a aplicação informática disponível, é selecionado o fluxograma e o discriminador correspondente que dará a prioridade do atendimento.

Foi, igualmente, necessário que, enquanto enfermeiro na triagem, desenvolve-se competências ao nível do reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, com a prestação de cuidados de enfermagem apropriados através da mobilização de conhecimentos e habilidades, para uma rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho), dando sentido à tomada de decisão autónoma.

Tendo em conta os objetivos da triagem de identificar rapidamente e avaliar precocemente todos os cidadãos, de forma a assegurar-lhes a prioridade de acesso aos cuidados de saúde,

de acordo com a sua gravidade e situação de lesão/doença (DGS, 2018) são algo que dificulta o estabelecimento de uma relação de proximidade com a criança/família.

O enfermeiro é o profissional de saúde, com o qual a criança e os pais/cuidadores têm o primeiro contato no serviço de urgência, assim sendo, esse contato inicial terá influência na relação estabelecida com os restantes profissionais de saúde. Compete ao EEESIP não só valorizar as queixas apresentadas pelos pais e tranquilizá-los, mas também, deve transmitir simultaneamente segurança, confiança e disponibilidade.

É sabido que o contexto onde as crianças/família são atendidas, neste caso um serviço de urgência, é uma das experiências hospitalares mais traumáticas para ambos (Hockenberry & Wilson, 2016).

A gestão de conflitos foi uma das competências aperfeiçoadas, uma vez que sendo eu o enfermeiro na triagem (local aberto e de acesso fácil), era o profissional que os pais recorreriam quando pretendiam alguma coisa, ou quando queriam reclamar pelo tempo de espera para observação médica, tendo sido importante atuar eficazmente sobre pressão e utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro).

Também a demonstração de conhecimentos sobre as técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família, respeito pelas suas crenças, a sua cultura e o seu estado de desenvolvimento (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho) foram competências aprofundadas ao longo deste estágio.

No processo de comunicar não recorri apenas palavras, uma vez que a comunicação também se efetua quando olhamos para a criança e na forma como interagimos com ela. Independentemente da idade, a componente não-verbal, assume um importante significado e transmite mensagens significativas (Hockenberry & Wilson, 2016), devendo sempre que possível dar tempo para que ela dê abertura ao nosso contacto (Ferreira & Albuquerque, 1998). A exigência de tempo para a realização da triagem não deve influenciar a relação com a criança.

A prestação de cuidados na sala de tratamentos ou no internamento de curta duração permitiu desenvolver competências ao nível do diagnóstico precoce e intervenção em situações urgentes e emergentes, antecipar cuidados e estabelecer prioridades (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho) respondendo de forma adequada às situações que iam surgindo. Sendo igualmente importante a preparação das crianças/pais para uma possível situação de internamento hospitalar.

Em todos os momentos que foi oportuno, foi utilizado o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, tornando este contexto também ideal para adotar estilos de vida promotores de saúde, tornando-se importante estimular e ensinar as crianças/pais/cuidadores a adotar comportamentos seguros (Pender, 2011).

Durante o estágio foram várias as situações de promoção de saúde, no entanto houve uma situação que requereu especial atenção, sendo que foi desenvolvida uma reflexão individual (Apêndice VII) com a aplicação dos componentes constituintes do modelo de promoção de saúde. É essencial a compreensão e preocupação do enfermeiro no que se refere a orientar os pais/cuidadores no que diz respeito ao risco existente que potencializam a ocorrência de acidentes. Proporcionar aos pais/cuidadores um espaço de construção e reflexão para prevenção e ações prioritárias no atendimento às crianças em situação de risco pode contribuir para a redução da morbidade infantil.

Quanto à necessidade de promoção de educação para a saúde aos pais (necessidade abordada pela equipa de enfermagem), sobre os acidentes mais comuns em idade pediátrica e as medidas efetivas de prevenção, foram elaborados cartazes informativos (Apêndice VIII) intitulados: “Intoxicações em pediatria – prevenção”; “Quedas em pediatria – prevenção”; “Queimaduras em pediatria – prevenção”; “Afogamentos em pediatria – prevenção” e “Sistemas de retenção no transporte das crianças”.

Estes cartazes informativos remetem o foco de atenção para os riscos normalmente associados a este tipo de acidentes, tendo em conta o desenvolvimento da criança, seguida depois da explicação de medidas concretas, utilizando uma linguagem clara para a prevenção desse mesmo acidente. Desta forma atuei no sentido da consciencialização do problema e da capacitação dos pais para uma correta intervenção. Como o objetivo era abranger todas as crianças/jovens que recorrem ao serviço de urgência não foi por isso estabelecido qualquer idade concreta.

Relativamente ao tema dos sistemas de retenção para crianças, estes servem para minimizar as mortes e sequelas dos acidentes rodoviários que envolvem crianças e têm normas próprias de utilização que, quando corretamente utilizados (adequados ao peso e a idade da criança) são fundamentais e vitais para a redução da mortalidade nos acidentes rodoviários (DGS, 2013).

O fato de existir vítimas de acidente em idades tão precoces como o recém-nascido, revela algum descuido e negligência dos cuidadores. Desta forma é necessário alertar para a necessidade de reforçar medidas de educação e prevenção nesta área (Batalha et al, 2016).

O cartaz informativo sobre este tema, contém o tipo de sistema de retenção de acordo com o grupo e peso, com a respetiva imagem ilustrativa assim como uma breve indicação da utilização do mesmo.

Todo este trabalho reforçou a intervenção terapêutica do enfermeiro, exercendo a sua influência interpessoal no processo de promoção da saúde e atuando não apenas na prevenção da doença, mas também na maximização da saúde das crianças.

A escolha do espaço escolhido de fixação dos cartazes, teve em conta a maior abrangência do maior número de pessoas que os poderiam visualizar, tendo em conta a população alvo e, deste modo, decidiu-se que os pósteres seriam colocados na sala de espera por ser um espaço público onde os indivíduos (crianças/jovens/família) circulam e aguardam pelo atendimento. Este espaço funciona como um recurso em que as práticas de educação em saúde e a promoção em saúde são maximizadas, uma vez que é um espaço que potencia a discussão sobre o quotidiano e sobre a manutenção da saúde envolvendo todos os indivíduos, mesmo os que estão saudáveis (Rosa J. et al, 2010).

Os profissionais de saúde, segundo os mesmos autores, devem aproveitar este espaço como estratégia de educação para a saúde com recursos a metodologias atrativas de forma a contribuir para a formação de indivíduos conscientes e responsáveis. A informação dada deve utilizar uma linguagem simples, clara e objetiva, uma vez que as pessoas que se encontram na sala de espera têm diferentes culturas, valores e condições económicas, desta forma também é potenciada a aproximação da comunidade e os serviços de saúde.

O EEESIP deve estar sensível a este tema procurando oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho).

Todos os documentos elaborados foram apresentados à equipa de enfermagem em momento informal durante as passagens de turno e à equipa de gestão de risco e qualidade da instituição, onde foram aprovados e serão futuramente afixados na sala de espera do serviço de urgência.

Outro **objetivo específico** que foi delineado para este contexto de estágio foi: colaborar no curso de preparação para a parentalidade, no âmbito da promoção da saúde, com especial enfoque na segurança infantil.

No estabelecimento da parceria de cuidados é importante a criação de momentos de educação para a saúde, cujo objetivo é aumentar ou aprofundar os conhecimentos (Phaneuf, 2005), sendo os cursos de preparação para a parentalidade um desses momentos (Hockenberry & Wilson, 2016).

Tendo em conta o objetivo da promoção da saúde como sendo a capacitação dos indivíduos para realizar completamente o seu potencial de saúde e de vida tendo em conta a sua experiência, incluindo a criação de ambiente favoráveis, acesso à informação, sendo protagonistas da sua própria história de vida, estando em foco todos os indivíduos e não apenas aqueles com risco de adoecer (Pender, 2011). O acesso à informação e o recurso à educação para a saúde constituem um elemento fundamental para a redução do risco dos acidentes, através da consciencialização dos pais das mudanças que devem fazer no ambiente e nos comportamentos e no impacto destas medidas na saúde dos seus filhos e na sociedade em geral (Dias, 2013).

Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, é responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade (OE, 2015).

Desta forma foi realizada uma sessão educativa aos pais/familiares, no dia 29 de outubro de 2018, na qual estiveram presentes 14 casais, tendo sido realizados ensinamentos sobre a vigilância de saúde após saída da maternidade e sobre os principais fatores de risco de acidentes durante o primeiro ano de vida assim como, foram apresentadas medidas de prevenção dos mesmos. Para melhor integração dos conhecimentos foram realizados exercícios práticos sobre a colocação em segurança do recém-nascido no “ovo de transporte” e sobre a técnica de desengasgamento, os quais os pais referiram serem de extrema importância para a melhor aquisição e esclarecimento de dúvidas.

Para a referida sessão foi elaborado um plano de sessão, a fim de sistematizar e organizar os tempos necessários para a mesma, sendo também elaborada uma apresentação em sistema informático intitulada: “Vigilância de saúde e segurança infantil”, cujo suporte teórico foi a informação recolhida e utilizada no enquadramento concetual, com o recurso a documentos e imagens da APSI.

Para avaliação da sessão realizada foi aplicado um questionário aos formandos (disponibilizado pela instituição) e realizado também a avaliação da formação pelo formador segundo impresso próprio da instituição. Tendo sido posteriormente realizada a análise dos mesmos.

De referir a presença de todos os casais inscritos no curso e a totalidade dos formandos referiu que a formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos. Quanto à utilidade da mesma, todos os casais referiram os exercícios práticos sobre a correta colocação do bebé no ovo de transporte e execução da técnica de desengasgamento, como muito úteis na prevenção de acidentes.

Relativamente às sugestões de melhoria, dois casais presentes mencionaram o interesse em existir mais exercícios práticos durante a formação.

Todos os documentos referentes a esta sessão de formação estão presentes em apêndice neste relatório (Apêndice IX).

2.3. (Re) Pensar o cuidar da criança na comunidade

Os cuidados de saúde primários (CSP) deverão ser o primeiro contato com o Serviço Nacional de Saúde (SNS). O Plano Nacional de Saúde 2012/2016, faz referência à reorganização dos CSP e enfatiza a intervenção local, em rede, com relevância nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e com particular atenção para os cuidados centrados na família, ao longo das várias fases da vida.

O estágio decorreu numa USF, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), no período decorrente de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2018. Esta unidade encontra-se agrupada por equipas de família (médico, enfermeiro e assistente técnico).

O “Enfermeiro de Família” é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei 188/2014, de 5 de agosto). Desta forma, o enfermeiro que acompanha a gravidez desde o seu período pré concecional, é o que acompanha o depois a criança/jovem através das consultas de saúde infantil.

A sala de espera para a consulta de saúde infantil apresenta um ambiente acolhedor, as paredes estão cobertas por desenhos coloridos, estando também disponível uma sala mais pequena para os recém-nascidos, onde se localiza um muda-fraldas.

A sala de consulta de saúde infantil de enfermagem apresenta também nas paredes desenhos coloridos e possui vários livros e jogos, com o objetivo de proporcionar um ambiente acolhedor e seguro, realçando assim que os ambientes pediátricos devem ser coloridos, com cores atrativas e que a utilização de brinquedos é recomendada (Hockenberry, M. & Wilson, W., 2016).

Estas consultas têm como principal objetivo promover a vigilância da saúde da criança e do jovem, tendo como finalidade o bem-estar infante/juvenil e da família. A sua linha de orientação contempla o que está defendido no PNSIJ, onde a promoção para a saúde é um imperativo dos cuidados prestados por todos os profissionais de saúde (DGS, 2013).

Estas consultas decorrem na presença dos pais ou pessoa significativa. Estes são envolvidos assim como a criança numa relação de proximidade.

A avaliação do desenvolvimento através da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, tal como é defendido pelo PNSIJ (2013), é realizada pelo médico durante a consulta médica de saúde infantil.

Todos os dados decorrentes da consulta de enfermagem são registados no boletim individual de saúde infantil e juvenil, assim como no sistema informático da unidade, no entanto é de ressaltar um défice de registos dos ensinamentos efetuados, não existindo referência aos materiais de apoio disponibilizados (folhetos informativos), ou ao nível de compreensão dos mesmos por parte dos pais e da criança, o que permitia repetição de informação dada durante a consulta médica.

No final de cada consulta de enfermagem é assegurada a continuidade dos cuidados à criança/jovem e pais através do agendamento, de forma negociada, da próxima consulta.

A consulta de saúde infantil permite também a identificação de situações de risco ou de situações que comprometem a promoção da saúde, havendo uma interligação com os cuidados de saúde hospitalares. No entanto, foi possível de constatar (através da prestação direta de cuidados) que a equipa de enfermagem desconhecia a necessidade de realização de carta de referência para atribuição de prioridade no atendimento no serviço de urgência hospitalar.

Toda a intervenção decorrente nas consultas de enfermagem foi discutida com a enfermeira orientadora e será alvo posterior análise.

Relativamente à temática em estudo, foi possível verificar que a equipa de família tem ao seu dispor vários folhetos informativos elaborados pelos elementos da unidade, mas também de entidades organizacionais, como a APSI, nas várias faixas etárias. No entanto, a sua abordagem não está a acontecer de uma forma recorrente, tal como é preconizado no PNSIJ.

Foi possível de verificar que as crianças chegam, por vezes, à sala da consulta mal colocados ou adaptados à cadeirinha de transporte, ou ao carrinho de passeio e que muitas das vezes a cabeça da criança já ultrapassa o sistema de retenção utilizado.

Relativamente aos brinquedos que as crianças trazem consigo para as consultas, observei que estes nem sempre eram adequados à idade, ou ao desenvolvimento da criança e que por vezes apresentavam perigo para estes.

Durante a realização das consultas de enfermagem de saúde infantil foi, também, possível de verificar que os pais procuravam informação sobre o tema da asfixia e a técnica de

desengasamento do latente, assim como sobre a atuação em caso de acidente (temas que a unidade não tinha nenhum suporte informativo de apoio).

Todas estas necessidades foram discutidas e analisadas com a enfermeira orientadora e com a equipa de enfermagem. Esta referiu compreender a importância da temática e a necessidade de organização da informação, que por seguinte será alvo da minha intervenção.

Desta forma, perante as necessidades detetadas, foi estabelecido como **objetivo geral**: desenvolver competências do EEESIP na assistência avançada a crianças/jovens e sua família, de forma a promover a saúde, com especial enfoque na prevenção de acidentes.

Posteriormente foi determinado como **objetivo específico**: prestar cuidados especializados à criança/família em contexto de consulta de saúde infantil, tendo em conta a promoção da saúde, com especial enfoque na prevenção de acidentes.

Durante o estágio foi possível efetuar consultas de enfermagem transversais a todas as idades de acordo com o PNSIJ (DGS, 2013) em articulação com o PNV (DGS, 2017). Esta intervenção ocorreu de forma gradual aumentando a minha autonomia, tendo sido possível a realização das mesmas sem a presença da enfermeira orientadora.

A realização das consultas ocorreu sempre na presença dos pais. A integração dos pais nas consultas, permitiu um conhecimento mais profundo da criança, uma vez que são eles que estão mais próximos delas e conseqüentemente quem está em melhor posição para detetar comportamentos de risco, ou alterações que possam acontecer, assim como promoverem o seu desenvolvimento (DGS, 2013).

Foi também demonstrada disponibilidade para os pais exprimirem os seus receios, dúvidas e questões, sendo identificadas necessidades educacionais e valorizando os comportamentos positivos e promotores de saúde, de uma forma sempre individualizada, contribuindo para a segurança e o desenvolvimento de competências parentais.

Durante as consultas de vigilância foi promovido o acolhimento da criança/pais/cuidador, a avaliação geral da criança/família e dos dados antropométricos, tendo sido esclarecidas as dúvidas existentes e promovida a educação para comportamentos promotores de saúde de acordo com o desenvolvimento da criança.

Enquanto EEESIP é imperativo saber ouvir os pais, esclarecer as dúvidas, aceitar responder várias vezes às mesmas perguntas sem formular juízos de valor, procurando que exista uniformidade na informação. Assim, foi possível atuar de acordo com o modelo de promoção de saúde, compreendendo as barreiras para a ação que podem impedir a

adaptação do melhor comportamento (Pender, 2011) e permitindo que os pais e as crianças/jovens ultrapassem os seus medos e aumentem a confiança na equipa (Jorge, 2004).

Quanto à avaliação do desenvolvimento da criança, foi preocupação avaliá-lo, uma vez que é da nossa competência a avaliação do estado de saúde, crescimento e do nível de desenvolvimento (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho).

Enquanto EEESIP a abordagem ao desenvolvimento da criança, foi realizada através do comportamento e da interação da mesma com os pais e com o ambiente da sala de consultas. Tendo sido explicado aos pais/cuidadores que cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento e, que este, ocorre, muitas vezes, de forma desorganizada. Desta forma, possibilitamos a diminuição da ansiedade dos pais/cuidadores.

Assim, tal como foi explanado as competências já adquiridas pela criança, elogiando as mesmas e foi, igualmente, explicado as competências que iriam futuramente adquirir, sugerindo e exemplificando atividades lúdicas que potenciam o desenvolvimento das mesmas, através da estimulação da linguagem e da autonomia da criança. Desta forma, o foi exercida a intencionalidade terapêutica e transmitidas orientações antecipatórias às famílias para a maximização do seu potencial de desenvolvimento (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho).

Quanto à realização da consulta ao jovem/adolescentes, estas devem decorrer segundo o guia orientador de boas práticas (OE, 2010). Ela consiste num momento único essencial para a promoção da relação de confiança e de empatia, sendo uma ocasião para o esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento de competências. Foi possível a realização de consultas a adolescentes, no entanto esta abordagem não foi possível de realizar, uma vez que os pais ficaram presentes durante toda a consulta (por opção dos próprios pais e adolescentes) o que pode ter impossibilitado a revelação de sentimentos, dúvidas e problemas por parte do adolescente.

Relativamente à vacinação da criança/jovem, foi, sempre que possível, coincidente com o agendamento da consulta de enfermagem, de forma a diminuir as deslocações e alargar a regularidade da vigilância de saúde (DGS, 2013). Segundo Pender (2011) no seu modelo refere que os profissionais de saúde, constituem parte integrante do ambiente interpessoal que exerce influência ao longo do ciclo de vida. Neste sentido é importante motivar, esclarecer e incentivar a criança/família no cumprimento do PNV.

A promoção dos cuidados não traumáticos foi também uma das preocupações durante a realização de procedimentos dolorosos, através do uso de intervenções que eliminem ou

minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e os seus familiares (Hockenberry, M. & Wilson, W., 2016). Como dois momentos evidentes da aplicabilidade destas linhas orientadoras, destacam-se a realização do teste de Guthrie no recém-nascido e a vacinação ao latente/criança/jovem.

Desta forma, aquando a realização do teste de Guthrie ao recém-nascido, caso este seja amamentado é colocado à mama, foi utilizado o aleitamento materno como medida eficaz no controlo da dor (DGS, 2012).

Quando o recém-nascido não era amamentado, foram adotadas medidas não farmacológicas, como a colocação próxima da mãe, através do colo, e utilizado dimeticone ou sacarose oral no momento da realização do teste ou da administração da vacina (DGS, 2012).

Relativamente à vacinação, foi possível a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, sendo estas sempre adequadas à idade e ao desenvolvimento da criança/jovem. Assim no recém-nascido/latente o procedimento foi realizado ao colo dos pais, recorri assim a medidas de contenção bem como a sucção não nutritiva e à voz suave dos pais. Nas crianças do pré-escolar utilizei técnicas de distração (através de músicas, livros, jogos, brinquedos, contagem de números) e negociação (quanto ao momento de administração, estratégias de administração e formas de recompensas). Desta forma, foram aplicadas intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para o controlo da dor durante procedimentos de acordo com o estabelecido pela DGS (2012) e pela OE (2013).

A preparação dos pais/crianças para o procedimento também foi tida em atenção, onde o envolvimento destes foi de extrema importância antes, durante e após, promovendo uma maior ligação com e cooperação na execução de determinado procedimento. Sempre que realizado o procedimento, foi feito um reforço positivo às crianças/jovens após a vacinação.

Relativamente ao desconhecimento da equipa de enfermagem, no que respeita à realização de carta de referenciação, para atribuição de prioridade no atendimento no serviço de urgência hospitalar, segundo o que está legislado pelo Despacho nº4835-A/2016, de 8 de abril e em articulação com a enfermeira orientadora, foi possível discutir esta situação em equipa de enfermagem e apercebeu-se que o próprio sistema informático, disponível na USF, cria esse documento, necessitando apenas da assinatura do profissional.

Assim, e tendo em conta o parecer da OE (2018) damos cumprimento ao artigo 104º da Deontologia Profissional do Enfermagem, que que o Enfermeiro tem o dever de: "orientar o individuo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o

pedido não seja da sua área de competências”, às competências do enfermeiro de cuidados gerais onde é referido que este deve “comunicar com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, com respeito pela sua área de competência”. O PNSIJ faz referência também que deve existir uma colaboração estreita entre serviços ou níveis de cuidados, sendo indispensável o processo de referenciação e encaminhamento da criança e do jovem (DGS, 2013). O enfermeiro e à luz daquilo que os padrões de qualidade (Regulamento 351/2015, de 22 de junho) designam, “pode e deve fazer a referenciação de um utente para o serviço de urgência” (Parecer nº98/2018 da OE, 2018 p.5)

Relativamente à temática de prevenção dos acidentes, nomeadamente a utilização dos sistemas de retenção, sabemos que para minimizar as mortes e sequelas dos acidentes rodoviários que envolvem crianças, estes existem com normas próprias de utilização que, quando corretamente utilizados (adequados ao peso e a idade da criança), são fundamentais e vitais para a redução da mortalidade nos acidentes rodoviários (DGS, 2013). Os sistemas de retenção para crianças reduzem entre 90% a 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças (DGS, 2010).

Integrando o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, e atuando ao nível dos benefícios da ação (através da exemplificação da correta adaptação ao sistema de retenção) e na auto-eficácia (contribuindo para uma capacidade de decisão correta dos pais), foi elaborado um folheto informativo intitulado: “Sistemas de retenção no transporte de crianças” (Apêndice X). Este contém informações claras e precisas sobre os tipos de sistemas de retenção existentes e a sua adequação, tendo em conta o desenvolvimento da criança, seguindo a legislação em vigor.

Na entrega deste aos pais, estes agradeceram a informação dada, referindo também não terem a noção na existência de tantos sistemas de retenção para crianças e, de que seriam adequados para a sua criança.

Relativamente à temática dos brinquedos, a sua utilização não tem apenas um carácter de diversão, ou de passatempo. Mesmo quando brincam sem intencionalidade as crianças estimulam uma série de aspetos que contribuem tanto para o desenvolvimento individual e social. Primeiramente os brinquedos estimulam aspetos físicos e sensoriais, ajudando a criança a desenvolver aspetos referentes à percepção, habilidades motoras, força e resistência e até às questões de controlo de peso (Cordazzo, 2007). Para a abordagem deste tema, foram definidos os estadios do recém-nascido ao toddler, devido às suas

características de desenvolvimento, que conduzem à intensiva busca de experiências e à fraca noção do perigo das suas ações.

Os recém-nascidos e latentes encontram-se na fase de desenvolvimento em que ocorrem mais alterações a nível físico e de desenvolvimento em diversas dimensões. Segundo Piaget, o lactente encontra-se no período sensório-motor (desde o nascimento até aos 24 meses), que se caracteriza por uma inteligência prática que se aplica à resolução de problemas e que põe em jogo as perceções e o movimento (Papalia, 2001). Dominam uma inteligência baseada na ação, anterior à linguagem e ao pensamento. A resolução de problemas é feita por tentativa e erro. Existe um alto nível de curiosidade, experimentação e apreciação da novidade.

Perante as características do desenvolvimento do latente, é fácil de compreender que são crianças geralmente muito curiosas com o meio que as rodeia, no entanto, não conseguem identificar o perigo, avaliar o risco, nem prever e lidar com as suas consequências, sendo a probabilidade de ocorrência de um acidente maior.

Em relação ao toddler, Piaget caracteriza o seu desenvolvimento no estágio sensório-motor, onde a criança utiliza a experimentação ativa para atingir objetivos que antes eram inatingíveis (Hockenberry, M. & Wilson, W., 2016), não tendo ainda a noção do perigo.

São vários os benefícios das atividades lúdicas (Mulaf, 2008): assimilação de valores; aquisição de comportamentos; desenvolvimento de diferentes áreas do conhecimento; aprimoramento de habilidades e socialização. A brincadeira torna-se uma fonte rica de comunicação, pois até mesmo quando a criança brinca sozinha, imagina que está à conversa com alguém ou com os seus próprios brinquedos. Assim, o desenvolvimento da linguagem, importante nesta idade de toddler, amplifica a potência um aumento do vocabulário e da pronúncia das palavras e das frases (Cordazzo, 2007).

Por outro lado, os brinquedos também representam um risco importante de asfixia nestas crianças. As peças pequeninas que se soltam dos brinquedos, como o olho de um peluche, ou a roda de um carrinho, são muito perigosos e causar asfixia. A morte por asfixia acontece de forma muito rápida e sem que os pais se percebam. A APSI alerta para as situações de asfixia e estrangulamento. Estas não acontecem apenas com brinquedos, pois para elas tudo é um brinquedo devido à sua curiosidade inata.

As crianças até aos 3 anos não devem ter brinquedos que possam ter peças pequenas e/ou que possam destacar-se, com menos de 3,2 cm e, no caso de estas serem esféricas, ou semiesféricas, menos de 4,5 cm (APSI, 2017).

A Comissão Europeia criou, em 2009, uma diretiva sobre a segurança dos brinquedos na União Europeia, a que aderem lojas em diversos estados-membros, incluindo Portugal, através da distribuição de cartões com conselhos aos consumidores (Diretiva nº 2009/48/CE de 18 de Junho de 2009).

Também a Direção-Geral do Consumidor (DGC) lançou em 2013 uma campanha para sensibilizar os consumidores, para os cuidados a ter na compra de brinquedos e na utilização e manuseamento de artigos, sobretudo na época de natal, onde existe um aumento da compra de brinquedos (DGC, 2013).

Mobilizando conhecimentos do modelo de promoção de saúde, atuei ao nível do fornecimento de conhecimentos, ao nível dos benefícios da ação e das situações ambientais que podem influenciar a adoção de um comportamento adequado. A escolha por parte dos pais do brinquedo, para além de promover o desenvolvimento da criança, deve também ter em atenção a segurança necessária. Por isso, os pais têm de ser uma espécie de “inspetores ativos” e fazer uma triagem dos brinquedos. Antes de passar para as mãos das crianças, o brinquedo tem de passar pelas mãos dos pais. Torna-se assim, essencial a ação perante os pais, relativo a este tema.

Neste sentido, foi elaborado um folheto informativo sobre os brinquedos, a sua importância, a sua adequação a cada idade bem como fazemos também referência aos perigos que um brinquedo pode apresentar.

O referido folheto informativo foi intitulado como “Brinquedo, qual escolher?” (Apêndice XI) e como estávamos na altura do natal, foi muito bem recebido por parte dos pais e acompanhantes das crianças, referindo ser de grande utilidade e com conceitos práticos.

Todos os folhetos informativos só foram distribuídos aos pais/familiares após aprovação do conselho técnico da USF, que decorreu no dia 12 de dezembro de 2018.

Tendo em conta ainda em conta, o objetivo geral acima apresentado, foi também estabelecido outro **objetivo específico**: prestar cuidados especializados à criança/família em contexto de consulta de saúde infantil, tendo em conta a promoção da saúde, com especial enfoque na atuação após acidente.

Assim, e perante a necessidade, acima referida, de transmissão de informação sobre o tema da asfíxia e técnica de desengasgamento do latente, foi elaborado um folheto informativo intitulado: “E se o meu bebé se engasgar?” (Apêndice XII), o qual mereceu também a aprovação pelo conselho técnico da USF.

O mesmo contém informações claras e precisas sobre a asfixia por corpo estranho e a forma de executar corretamente a técnica de desengasgamento do latente, permitindo a aquisição de conhecimentos sobre os fatores potenciadores para a ação e a sua interligação com o desenvolvimento da criança.

Sendo um dos aspetos mais solicitados pelos pais e de acordo com o defendido por Pender (2011), os pais encontram-se mais envolvidos na ação desenvolvendo sentimentos positivos e uma correta atuação futura.

Durante a consulta foi distribuído o folheto e demonstrada a técnica, sendo que os pais referiram ser de extrema importância esse ensinamento.

Relativamente ao tema dos primeiros socorros, estes são a primeira ajuda ou assistência dada à criança vítima de acidente, até chegar um profissional, ou até à chegada de uma ambulância. A finalidade dos primeiros socorros é preservar a vida, evitar o agravamento do estado da criança e promover o seu restabelecimento. Incluir os primeiros socorros iria, deste modo, ao encontro de um dos objetivos do Plano de Ação para a Segurança Infantil (APSI, 2011 p10), “minimizar os acidentes - (...) agir após o acidente, rápida e eficazmente de forma a reduzir os danos já causados, ou impedir que aumentem/piorem”.

Desta forma, foi elaborado um cartaz informativo intitulado: “Como atuar após um acidente?” (Apêndice XIII), em articulação com a criação de um kit de primeiros socorros para os pais o qual ficou designado de “Vamos tratar do meu dói-dói” (Apêndice XIV). Estes trabalhos, permitiram uma abordagem à atuação após a ocorrência de um acidente, com informações sobre os principais acidentes e os primeiros cuidados a serem prestados.

O folheto e cartaz informativo elaborado, assim como o kit elaborado foram distribuídos aos pais/familiares após aprovação do conselho técnico da USF, que decorreu no dia 12 de dezembro de 2018.

Relativamente ao tema do défice de abordagem da temática em estudo nas consultas de enfermagem e médicas e sendo este um problema de saúde pública (OMS, 2008), foi estabelecido o seguinte **objetivo específico**: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família no âmbito da prevenção de acidentes, em contexto de cuidados de saúde primários, com especial foco nos profissionais de saúde.

Desta forma foi elaborada uma sessão de formação em serviço (certificado de formadora – Anexo V) a toda a equipa multidisciplinar da unidade, realizada em contexto de reunião multidisciplinar semanal no dia 11 de dezembro, com o objetivo de sensibilizar a equipa sobre os acidentes em idade pediátrica, tendo tido a presença de 24 elementos (11 médicos, 9 enfermeiros e 4 assistentes técnicos).

Para a formação foi elaborado um plano de sessão, que orientou a sessão e delimitou os tempos necessários para a realização da mesma e uma apresentação em PowerPoint® intitulada: “Acidentes em Idade Pediátrica: a prevenção é a melhor solução”, que continha dos dados mais recentes sobre a mortalidade infantil, hospitalização devido a acidentes (dados da OMS e da APSI), bem como uma abordagem dos principais acidentes em idade pediátrica, com uma sensibilização através de imagens ilustrativas do tema. Foi também apresentado à equipa todo o material elaborado durante o estágio.

Todos os documentos referentes a esta sessão de formação encontram-se presentes em apêndice, neste relatório (Apêndice XV).

Após a realização da mesma, foi entregue um questionário de avaliação da mesma e feita a análise dos resultados. Dois dos elementos presentes (médicos) referiram como sugestão de tema a ser desenvolvido no futuro, a apresentação mais completa dos sistemas de retenção de crianças existentes e a sua aplicabilidade. Um dos aspetos mais positivos desta formação, foi a presença de grande parte da equipa multidisciplinar nesta formação, o que conduz a uma maior sensibilização da temática abordada e a adoção futura de medidas educativas de prevenção de acidentes.

Após a apresentação dos dados mais recentes sobre a mortalidade infantil por acidentes assim como dos acidentes mais comuns em idade pediátrica, foi unânime que é necessário existir uma intervenção educativa nesta área e que todos os profissionais têm de ter um papel ativo.

Todos os profissionais compreenderam esta temática como sendo importante para o desenvolvimento das crianças/famílias, tendo sido dadas as ferramentas/materiais necessários para uma melhor educação da criança/família (folhetos informativos elaborados e os documentos já existentes na unidade), despertando assim o sentimento de curiosidade sobre a temática e assumindo um compromisso de maior atenção e atuação nesta área.

Foi possível verificar nas consultas de saúde infantil que decorreram posteriormente, o enfermeiro tinha uma maior preocupação em abordar o tema dos acidentes com os pais, e recorriam muito mais ao material existente de apoio (folhetos informativos) e quando eu não estava presente nessa consulta, faziam questão de me informar que tinha sido utilizado aquele folheto na consulta que tinham realizado.

Para melhor análise da atividade foi realizada uma reflexão individual (Apêndice XVI).

Esta experiência permitiu desenvolver competências ao nível da atuação como formador oportuno, onde foi realizada um diagnóstico de situação, das necessidades formativas

(Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro) quanto a situações de risco e segurança da criança/jovem, tendo em conta o seu crescimento e desenvolvimento, facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho). Atuando em conformidade com Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016, onde está claro que a capacitação dos profissionais para a promoção da segurança, prevenção dos acidentes e o desenvolvimento de aptidões de gestão de risco é um dos eixos estratégicos a serem promovidos (DGS,2010). Da mesma forma, salienta-se que a intervenção exercida deverá ser de forma a evitar riscos para a saúde, considerando a prevenção do dano inserido na esfera da proteção da pessoa, neste caso a criança, na eminência de que os efeitos verificados podiam afetar a sua saúde e a sua vida (Deodato, 2014).

2.4. (Re) Pensar o cuidar do recém-nascido internado (creditação)

Para o estágio a realizar no serviço de neonatologia, foi dada creditação pelo conselho científico da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, segundo o disposto no artigo 45º do Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, uma vez que continha experiência profissional neste contexto desde o início da minha atividade laboral, desde 2010 (documento que fora aprovado em conselho científico).

Toda a minha atividade profissional desenvolveu-se até 2016, com recém-nascidos desde o nascimento até os 28 dias de vida, criando protocolos de atuação e tendo um papel dinamizador e ativo em programas de melhoria da qualidade, tendo por base os indicadores de enfermagem.

Sou também enfermeira responsável de turno no serviço de neonatologia, desde outubro de 2011, assumindo a responsabilidade das decisões tomadas, tanto pelos atos praticados como pelos atos delegados. Igualmente, são desenvolvidas competências ao nível da liderança, formação da equipa e gestão de recursos (humanos e materiais). Saliento ainda a prestação de cuidados especializados no bloco de partos e nos cuidados imediatos em situações de urgência/emergência até ao momento da alta hospitalar.

A promoção do aleitamento materno é uma realidade constante na minha intervenção, sendo que para isso contribui a minha formação em aconselhamento em aleitamento materno, realizado em 2011.

2.5. Um olhar sobre as competências adquiridas

Segundo Benner (2001, p. 32), “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real”. Aquele que é perito, não se apoia no princípio analítico, ele dá opinião e gere situações complexas de uma maneira notável e reconhecida pelos outros, sendo essencial que ocorra a experiência, daí a importância da realização do estágio em diferentes contextos, para que assim possa ter igualmente desenvolvidas diferentes competências. É com a experiência e o domínio que a competência se transforma, conduzindo assim, a uma melhor atuação.

Ao nível das competências do enfermeiro especialista, foi possível demonstrar o **desenvolvimento de uma prática profissional e ética** com a adoção de estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente (A.1.1.1.), suportada em princípios, valores e normas deontológicas (A1.2.). O trabalho desenvolvido no **domínio da qualidade** (prevenção de quedas em crianças internadas) concedeu o desenvolvimento de promoção de um ambiente físico gerador de segurança e proteção (B3.1.) assim como do próprio risco a nível institucional (B3.2.).

A realização de estágio em contexto de trabalho, permitiu igualmente aprofundar competências ao nível da **gestão dos cuidados**, com a otimização do processo de cuidados e a orientação e supervisão das tarefas delegadas (C1.1. e C1.2.).

O domínio do **desenvolvimento do autorreconhecimento e a assertividade** teve foco na gestão dos conflitos e atuação eficaz sobre pressão (D1.1. e D1.2.) com especial realce no serviço de urgência pediátrica.

A formação foi outras das competências desenvolvidas em todos os contextos, quer aos colegas de trabalho, quer à equipa multidisciplinar e mesmos aos pais, suportada em evidência científica (D2.1., D2.2. e D2.3.).

Tendo em conta agora as competências do EEESIP (Regulamento nº 222/2018, de 12 de julho) considero que as desenvolvi, no que diz respeito à **assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**, uma vez que todo o processo de cuidados foi sempre negociado com a criança/pais (E1.1.1.), num trabalho de parceria e com o recurso a técnicas de comunicação apropriadas ao desenvolvimento e à cultura dos mesmos

(E1.1.2.), sendo tendo em vista comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.), que no caso do meu projeto inserem na prevenção dos acidentes.

Relativamente ao diagnóstico de situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade da mesma, também, foi desenvolvido tendo em conta a atuação no serviço de urgência, nomeadamente, no processo de triagem (E1.2.1.). Assim como facilitei o processo de encaminhamento das crianças dos cuidados de saúde primários para os cuidados hospitalares com a referenciação de forma correta das mesmas (E1.2.2.).

No que respeita, aos **cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade**, é reconhecido pelos cuidados prestados às crianças no serviço de urgência, com a mobilização de conhecimentos e habilidades para o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais (E2.1.1.). Foi igualmente constante a preocupação de implementação de medidas para controlo da dor adequadas ao procedimento e à criança/jovem (E2.2.).

Por último, foi possível a **prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**, nomeadamente através da promoção do seu crescimento e desenvolvimento, através de uma correta avaliação, e implementação de cuidados individualizados (E3.1.), em parceria com os pais/família fornecendo orientações antecipatórias, em todos os momentos de contatos com os mesmos (E3.1.3.). Todos os trabalhos realizados, nomeadamente dos folhetos e cartazes informativos tiveram na sua intencionalidade terapêutica, uma resposta clara às necessidades da criança/jovem, tendo em conta a promoção da saúde e o seu estágio de desenvolvimento.

Todo o trabalho desenvolvido só foi possível, desenvolvendo também capacidades comunicacionais com a criança e família (E3.3.), transversal em todos os contextos, tendo respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

As competências de especialista e mestre, não se esgotam na prestação de cuidados, mas também na divulgação de conhecimento científico avaliado como sendo um sucesso, que foi tido em conta com a divulgação de todo o trabalho realizado.

O presente relatório deve também apresentar o trabalho desenvolvido enquanto comunicação pública dos resultados da sua aprendizagem clínica e de investigação aplicada (UCP, 2018).

A fim de dar resposta ao mesmo e, após elaboração da revisão da literatura, esta foi colocada sob a forma de artigo científico (Apêndice I), foi enviada para publicação na revista *Enfermería Global* (Anexo II), a qual se aguarda resposta.

Também ao nível da divulgação de conhecimento científico, participei no 1.º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem “*Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia*”, organizado pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde realizado no dia 30 de novembro de 2018 decorrido no auditório Cardeal Medeiros, do Campus de Lisboa.

A participação consistiu na apresentação pública de um póster científico intitulado: “*Quedas em Pediatria*” (Anexo VI e Apêndice XVII), elaborado tendo por base a scoping review descrita anteriormente.

Foi igualmente feito o convite pela comissão científica, de realizar uma comunicação livre (Anexo VII) com o objetivo de fazer uma ligação da investigação devolvida e a sua prática clínica em contexto de estágio.

“*Quedas em Crianças: uma proposta de intervenção de Enfermagem*” foi o título da comunicação (Apêndice XVIII), e teve como base a scoping review elaborada no 2º semestre na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Infantil sob a regência da professora Margarida Lourenço e o trabalho desenvolvido na unidade curricular estágio e relatório final no serviço de internamento de pediatria, sob orientação da professora Elisabete Nunes, já descrito anteriormente neste relatório.

Seguiu-se também a elaboração do resumo da comunicação para publicação em ebook (Apêndice XIX).

Desta forma foi possível através da interpretação, organização e divulgação de dados provenientes da evidência contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, dando também resposta ao desenvolvimento de competência ao nível da atribuição do nível de mestrado com a aquisição dos descritores de Dublin (DGES, 2008).

Estou consciente que ser especialista não se consome na aquisição das competências, mas sim num trabalho exaustivo e contínuo, baseado na evidência e com a integração permanente das crianças/família em todo o processo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório explana todo o trabalho desenvolvido, enriquecido com a mobilização, reflexão dos conhecimentos adquiridos, tendo em conta a temática escolhida, acidentes em crianças, e as competências nas quatro áreas de (prestação de cuidados, gestão, formação e investigação).

O modelo de enfermagem escolhido, o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, permitiu compreender o papel ativo que cada pessoa, neste caso a criança/família, tem na gestão do seu comportamento de saúde em interação com o ambiente, transformando-o e sendo transformado por este. Deste ambiente interpessoal fazem parte os profissionais de saúde, nomeadamente o EEESIP, que assume uma enorme influência, através da sua intervenção terapêutica, em parceria com a criança/família, na adoção de comportamentos promotores de saúde.

Assim, e perante o que é defendido pelo modelo teórico e o diagnóstico de situação efetuado, em cada um dos contextos de estágio, foi possível delinear objetivos e atividades, como a realização de sessões de formação e de educação para a saúde, que permitiram a consensualização sobre o tema dos acidentes em crianças. Para tal, recorri à utilização de diferentes metodologias, sendo de salientar, o uso de instruções de trabalho, folhetos informativos, cartazes informativos, material didático, exercícios práticos, tendo na sua base informações atualizadas e científicas, sempre contextualizando também o desenvolvimento infantil.

Todo o trabalho desenvolvido permitiu à criança/família comprometer-se com o comportamento pretendido, aumentando os benefícios percebidos, diminuindo as barreiras percebidas e possibilitou uma reavaliação interior e da autoeficácia dos comportamentos promotores de saúde.

Destaco ainda a atuação ao nível dos profissionais de saúde, com o trabalho desenvolvido na USF, com a consciencialização dos mesmos, reforçando a sua intervenção como parte integrante do ambiente interpessoal do processo de promoção da saúde.

Realço igualmente, todo trabalho desenvolvido em contexto de trabalho (internamento), com atuação ao nível da qualidade dos cuidados e na gestão do risco de quedas nas

crianças, tendo sido uma honra, para mim, puder partilhá-lo em seminário. Após a implementação da escala de Humpty Dumpty na instituição, não existiu nenhum registo de ocorrência de quedas.

Em relação aos objetivos do relatório, considero que os mesmos foram atingidos, bem como os objetivos de estágio e atividades nos diferentes contextos.

Refletir sobre todo o trabalho desenvolvido e as competências foi potenciador de crescimento e desenvolvimento. Porém, as dificuldades foram muitas, devido à exigência profissional de realização dos estágios em contexto de trabalho, onde o distanciamento entre enfermeiro-estudante nem sempre foi fácil de gerir, e da sobrecarga em termos de horário aquando a realização do estágio na USF. Todas as dificuldades sentidas só puderam ser ultrapassadas tendo em conta o meu empenho, motivação, organização, determinação em adquirir novas aprendizagens e novas competências.

Neste momento, passei a auditar, a nível interno, os processos informáticos de enfermagem, tendo a real noção do esforço da equipa na implementação da referida escala e das arestas que ainda faltam trabalhar.

Como projetos futuros, gostaria de desenvolver mais este tema, das quedas em internamento pediátrico, com a criação de um grupo de trabalho, uma vez que existe escassa informação científica em Portugal. Assim, como gostaria de integrar a equipa de gestão de risco de quedas a nível institucional.

O presente relatório não é o fim, mas o começo de uma nova caminhada, mais enriquecida, mas ao mesmo tempo mais exigente. É seguramente, para mim o início de projetos futuros, de forma a construir uma prática baseada na evidência, com vista ao meu desenvolvimento pessoal e profissional e à melhoria contínua qualidade dos cuidados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, R, Abreu, C. & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, dez. 2, 163-172.

Almis H, Bucak IH, Konca C & Turgut M. (2016). Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls. *Pediatric Nursing*. jan-fev. 32: 3-7 DOI: 10.1016/j.pedn.2016.10.006

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012-2016*. Lisboa: APSI. Acedido a 03-09-2018. Disponível em: http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2013). *Transporte de crianças em veículos ligeiros estudo de observação em ambiente de auto-estrada*. Lisboa: APSI Acedido: 3-09-2018. Disponível em: http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudosObservao_2013.pdf.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2014). *Resumo do relatório - Quedas em Crianças e Jovens*. Lisboa: APSI. Acedido a 02-04-2018. Disponível em http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2015a). *Acidentes rodoviários com crianças e jovens (0-17 anos)*. Lisboa: APSI. Acedido a 03-09-2018. Disponível em http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evoluoaacidentesrodovirioscrianas_19982013.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2015b). *Afogamentos em Crianças e Jovens em Portugal - Atualização de casos – junho de 2015*. Lisboa: APSI. Acedido a 03-09-2018. Disponível em https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Noticias/BrincareNadarSeg/Afogamentos_crianças_jovens_2005-2014_Principais_resultados_Atual_2015.pdf.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2017). *25 anos de Segurança Infantil em Portugal – Relatório de Avaliação*. Lisboa: APSI. Acedido a 03-09-2018. Disponível em: https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf

Automóvel Clube de Portugal, Prevenção Rodoviária Portuguesa & CYBEX. (2014). *A Segurança responsável no sentido contrário à marcha: Campanha 2014*. Lisboa. Acedido a 03-09-2018. Disponível em: http://www.acp.pt/ResourcesUser/files/OClube/Clube/Not%C3%ADcias/Estudo_A_Seguranca_Responsavel_2014.pdf

Batalha S., Salva I., Santos J., Albuquerque C., Cunha F. & Sousa Helena (2016) Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Portuguesa de Pediatria*. 47:30-37 Doi: 10.25754/pjp.2016.6207.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Briggs, J. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 edition / Supplement. 1–24.

Canário, R. (2013). *Educação de Adultos – Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.

Carta de Bangkok (2005). *6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Bangkok: Tailândia.

Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*. 84(44).

Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22(6).

Conselho Internacional de Enfermagem (2017). *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 2017*: Porto Alegre: Artmed Editora.

Cordazzo, S. & Vieira, M. (2007) A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem, e de desenvolvimento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 7(1) 89-101

Declaração de Adelaide (1988). *2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Adelaide: Austrália.

Declaração de Alma-Ata (1978). *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata.

Declaração de Jacarta (1997). *4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Jacarta: República da Indonésia).

Declaração Ministerial do México (2000). *5ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde*, Cidade do México: México.

Declaração de Sündsvall (1991). *3ª Conferência da Promoção da Saúde*, Sündsvall; Suécia.

Decreto-Lei 48-90 (1990). Lei de Bases da Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República* I Série (N.º 195 de 24-08-1990). 3452 – 3459.

Decreto-Lei 161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* I Série (N.º 161 de 04-09-1996). 2959 – 2962.

Decreto-Lei 104/98 (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE (atualização). Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* I Série (N.º 104 de 21-04-1998). 1739 – 1757.

Decreto-Lei 1118/2013 (2013). Regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República* I Série (Nº 115 de 7-08-2013). 4749 – 4772.

Decreto-Lei 188/2014 (2014). Princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família. Ministério da Saúde. *Diário da República* I Série (Nº 118 de 5-08-2014). 4096-4071.

Decreto-Lei nº28/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. *Diário da República*. II Série (nº1400 de 10-02-2015) 3882(2) - 3882(10).

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem – Do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

Despacho nº3762/2015 (2015). Triagem das crianças nos hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, Serviço de Urgência Polivalente ou Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica. Ministério da Saúde. *Diário da República*. II Série (nº3762 de 15-04-2015) 9186-9187.

Despacho nº4835/2016 (2016). Ministério da Saúde. *Diário da República*. 1º Suplemento. II Série (nº4835-A de 08-04-2016) 11816 (2).

Dias S., Costa S. & Martins S. (2013) Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 6: 277-282
Doi: 10.25754/pjp.2013.3490

Direção-Geral do Consumidor (2013). Natal em Segurança. Lisboa: DGC. Acedido a 20-11-2018. Disponível em: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/brochura_natal_2013_dgc.pdf

Direção-Geral do Ensino Superior (2013) *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Lisboa: DGES.

Direção-Geral de Saúde (2010a). *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Orientação n.º1/2010. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2010b). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor*. Orientação n.º14/2010. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2010c). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2010d). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor*. Orientação n.º14/2010. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (Imês a 18 anos)*. Orientação n.º22/2012. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Orientação n.º10/2013. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2017). *Plano Nacional de Vacinação – atualização 2017*. Orientação n.º16/2016. Lisboa: DGS.

Diretiva n.º 2009/48/CE de 18 de junho (2009) Segurança dos Brinquedos. Jornal Oficial da Comissão Europeia acedido a Acedido a 20-11-2018. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:170:0001:0037:pt:PDF>

Durães, M.R.P., Toritama, A.T.M., & Maia, L.F.S. de (2012). O conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos. *Revista Científica de Enfermagem*; 2(6):5-15. Doi: 10.24276/rrecien2177-157X.2012.2.6.5-15.

European Child Safety Alliance (2012) Perfil de segurança infantil do país 2012: Portugal. Acedido a 03-04-2017. Disponível em: <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/info/portugal-country-profile-pt.pdf>

Estabrooks CA, et al. (2005) Sources of practice knowledge among nurses. *Qual Health Res*. April. 15(4): 460-476. Doi: 10.1177/1049732304273702

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, MA. (2010) Metodologia Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. Jan-Mar. 15

Fujita, Y., Fujita, M. & Fujiwara, C. (2013) Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science*. Dez.10:223-231. Doi: 10.1111/jjns.12004.

Gibbs G (1988) *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Hill Rodriguez, D., et al (2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A case- control study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(1):22–32. Doi: 10.1111/j.1744.6155.2008.00166. x.

Hockenberry, M. & Wilson, W. (2016) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Ed. Lisboa: Lusociência.

Jamerson, P, Graf, E., Messmer, P., Fields, H. Barton, S., Berger & A. Lunbeck, M. (2014) Inpatient Falls in Freestanding Children's Hospitals. *Pediatric Nursing*. Maio- Jun. 40 (3), 127-135.

Joint Commission Internacional (2015). *Padrões de acreditação Joint Commission Internacional para hospitais. Normas Internacionais de Segurança do Paciente – IPSG*. (5ed). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 29-30.

Jorge, AM (2004) *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa

Kramlich DL, & Dende D. (2016). Development of a Pediatric Fall Risk And Injury Reduction Program. *Pediatric Nursing*. Mar-Abr 42(2): 77-82.

Le Boterf, G. (1995). *De la compétence* (3ªed). Paris: Les Éditions d'organisation.

Mendes, M. G. (2013). *A natureza da parceria de cuidados em enfermagem em pediatria – Um contributo para a parceria efetiva* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

Maluf, A. C. (2008) *Atividades Lúdicas para Educação Infantil. Conceitos, orientações e práticas*. Petrópolis: Editora Vozes.

NANDA Internaciotal (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International, Definições e classificações 2018-2020*. Porto Alegre: Artmed.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Lisboa: Portugal. OE.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de posição*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. I Série (3) Volume I. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégicas Não Farmacológicas No Controlo da Dor na Criança*. Cadernos OE. I Série (6). Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Cadernos OE, I Série (8). Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Referenciação de utentes/doentes*. Parecer do Concelho de Enfermagem N°98/2018. Lisboa: OE.

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2000). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10 ed. Vol 1. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Organização Mundial de Saúde (2004a). *Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas crianças – As Crianças e as quedas*. Genebra: OMS Acedido a 24-04-2018. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2004b). *Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas crianças – As Crianças e as intoxicações*. Genebra: OMS Acedido a 03-09-2018. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Poisoning_portuguese.pdf?ua=1.

Organização Mundial de Saúde (2004c). *Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas crianças – As Crianças e as queimaduras*. Genebra: OMS Acedido a 03 -09-2018. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Burns_portuguese.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2004d). *Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas crianças – As Crianças e os afogamentos*. Genebra: OMS. Acedido a 03-09-2018. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Drowning_portuguese.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Genebra: OMS. Acedido a 24-04-2018. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2008a). *World Report on Child Injury Prevention*. Genebra: OMS. Acedido a 24-04-2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf;jsessionid=CC48F22D29CD9FA0A007F7D6CA5EDDDD?sequence.

Organização Mundial de Saúde (2008b). *European report on child injury prevention*. Copenhaga: OMS. Acedido a 24-04-2018. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Egipto: OMS. Acedido a 02-09-2018. Disponível em: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2017). *Injuries: a call for public health action in Europe*. Copenhaga: OMS. Acedido a 03-09-2018. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/348102/WH08_IJ_complete-web-version.pdf?ua=1.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. 8ª Ed. Lisboa: McGraw-Hill.

Parahoo, K. (2014). *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. 3º ed. Basingstoke, Reino Unido: Palgrave

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6ª Ed). Boston: Pearson Education.

Regulamento nº 351/2015 (2015) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série* (Nº119 de 22-06-2015) 16660-16665.

Regulamento nº 222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* II Série (Nº 133 de 12-07-2018). 19192-19194.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem do Enfermeiros. *Diário da República* II Série (Nº 26 de 9 Fevereiro de 2019). 4744-4750.

Resolução da Assembleia Nº 20/90. Convenção sobre os direitos da Criança. *Diário da República*. I Série (Nº20 de 12-09-1990). 3738-3756.

Rosa, J., Barth, P.O. & Germani, A.R.M. (2010) A Sala de Espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. *Perspetiva*. 35(129): 111-130

Sakraida, T. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5º ed. Loures: Lusociência (699-709).

Smith, F. (1995). *Children's Nursing in practice: The Nottingham model*. Oxford: Blackwell Science.

Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2014). *Guia de Estágio Final e Relatório - Curso de Mestrado em Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3): 235-240. Doi: 10.1590/S0103-21002005000300002.

Zeivhner, K. (1933). *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Lisboa: Educa (13-28).

ANEXOS

ANEXO I

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde

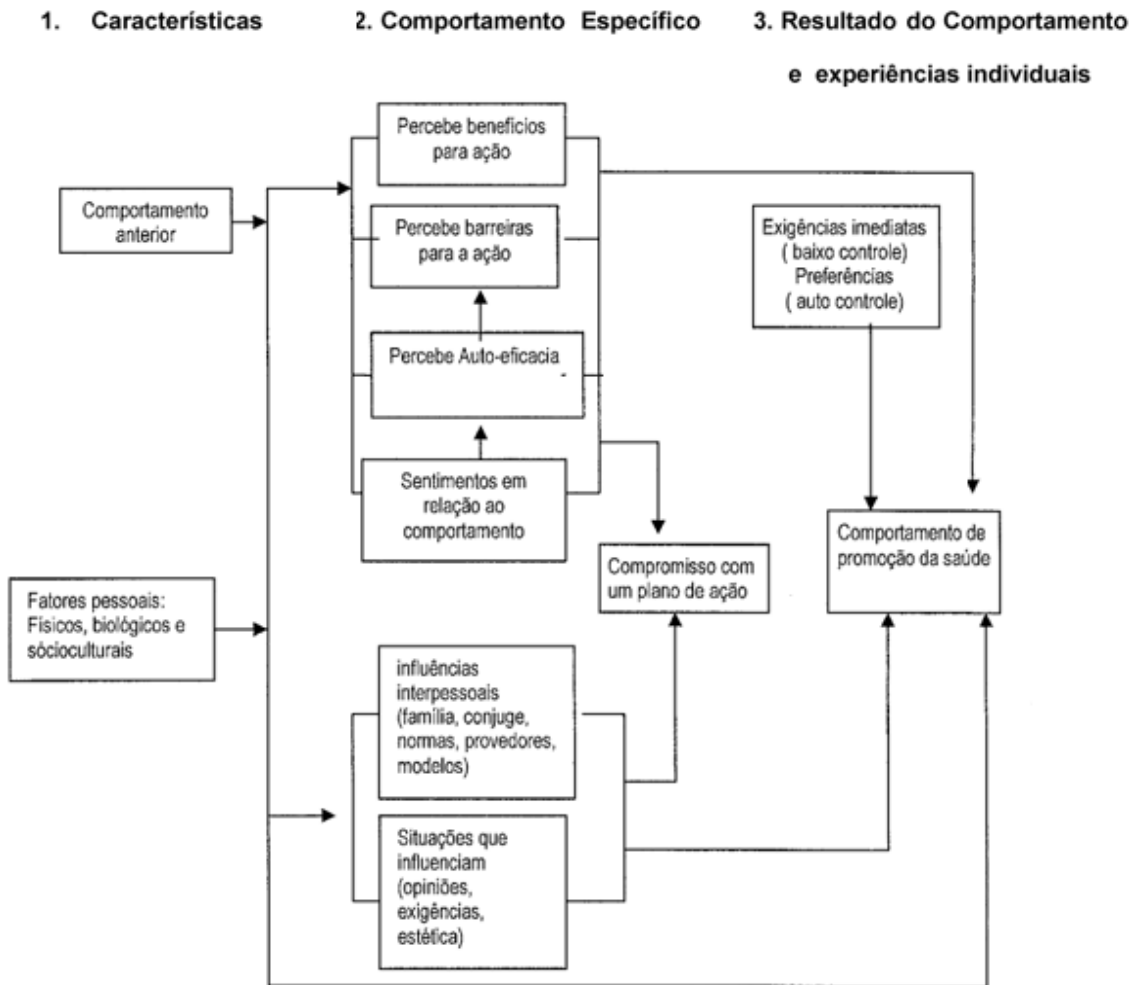


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*⁽¹⁹⁾

Fonte: Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3): 235-240. Doi: 10.1590/S0103-21002005000300002.

ANEXO II

Comprovativo de submissão de artigo científico na Revista Enfermería Global



María José López Montesinos <eglobal@um.es>

qua 10/10/2018, 07:59

Você ↕



Alexandra Margarida Brás,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Intervenções do Enfermeiro na Prevenção de Queda em Idade Pediátrica, em Contexto Hospitalar: Scoping Review" para a revista Enfermería Global. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando ligar-se ao sistema disponível em:

URL do Manuscrito:

Nome de utilizador:

Em caso de dúvidas, entre em contacto através deste email.

Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

María José López Montesinos

ANEXO III

Certificado de formação profissional: *Ciclos de enfermagem – ambulatório- Diabetes em pediatria*



**FORMAÇÃO
EM SAÚDE**

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, Alexandra Margarida Ribeiro Brás, natural de Lisboa, nascido(a) em 23/08/1988, titular do Bilhete de Identidade com o nº de identificação _____, frequentou a seguinte ação de formação:

Ciclos de Enfermagem - Ambulatório - Diabetes em Pediatria
que decorreu a 28 de setembro de 2018, com a duração total de 4h.

Lisboa, 15 de novembro de 2018


academia.cuf
formação em saúde
Academia.cuf, Lda
NIPC: 510 880 833
Avenida do Porto 773, Edifício Salsos II, Piso 2
2790-073 Carnaxide

Responsável Entidade Formadora

ANEXO IV

Certificado de formadora da sessão de formação em serviço, no internamento de pediatria: “Quedas em Pediatria – escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty”

Logótipo da
instituição

DECLARAÇÃO

Para os devidos e legais efeitos, declara-se que, Alexandra Margarida Ribeiro Brás, foi preletora na sessão "Quedas em Pediatria - escala de avaliação do risco de quedas Humpty Dumpty", no dia 24.09.2018.

Por ser verdade e ter sido requerida passa-se a presente declaração que vai assinada e carimbada.

Data

Instituição

Assinatura da responsável pelos Recursos Humanos

Dados da instituição

ANEXO V

Certificado de formadora da sessão de formação, à equipa multidisciplinar, da USF:

“Acidentes em Idade Pediátrica: a prevenção é a melhor solução”

Logótipo da
instituição

Certificado de formação

Para efeitos curriculares se declara que, no âmbito do Programa de Formação e Desenvolvimento Profissional Contínuo da Unidade de Saúde Familiar decorreu no dia 11 de dezembro de 2018 a apresentação de uma sessão subordinada ao tema **"Prevenção de acidentes em pediatria"** da autoria da mestranda Alexandra Brás, inserida no projeto de estágio do mestrado em enfermagem na área de especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Vialonga, 12 de dezembro de 2018

O Conselho Técnico

Assinatura dos membros do Conselho Técnico

Dados da instituição

ANEXO VI

Declaração de participação, através da divulgação de póster científico, no 1.º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem “*Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia*”, intitulado “Quedas em pediatria”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA - PORTO

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que **ALEXANDRA BRÁS, MARGARIDA LOURENÇO e ELISABETE NUNES** participaram com um Poster:

“Quedas em Pediatria: Intervenções do Enfermeiro na prevenção de queda em crianças, em contexto hospitalar: Scoping Review”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

ANEXO X

Declaração de participação, como preletora, no 1.º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem “*Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia*” com a comunicação intitulada: “Quedas em crianças: uma proposta de intervenção de enfermagem”



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

DECLARAÇÃO

Iº Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

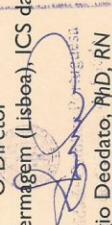
Para os devidos efeitos se declara que a **Enfª ALEXANDRA BRÁS**, participou como preleitora na Mesa Redonda 2

“**O cuidado especializado à criança: uma aposta para o adulto de amanhã**”, com o tema

“**Quedas em crianças: uma proposta de intervenção de enfermagem**”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor-Associado

APÊNDICES

APÊNDICE I

Revisão da literatura: Intervenções do Enfermeiro na Prevenção de Queda em Idade

Pediátrica, em Contexto Hospitalar: Scoping Review

(sob a forma de artigo, enviado para publicação na Revista Enfermería Global – escrito sob as regras da referida revista)

**Intervenções do Enfermeiro na Prevenção de Queda em Idade
Pediátrica, em Contexto Hospitalar: Scoping Review**
**Nurse Interventions in Preventing Fall in Pediatric Age in a Hospital Setting:
Scoping Review**
**Intervenciones del enfermero en la prevención de caídas en edad pediátrica,
en el contexto hospitalario: Scoping Review**

Alexandra Margarida Ribeiro Brás*

Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério**

Elisabete Maria Garcia Teles Nunes***

* Mestranda em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências e Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Enfermeira no Hospital ¹ serviço de Pediatria – Portugal – alexandra.bras@hotmail.com

**Doutora em Enfermagem; Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

***Doutora em Enfermagem; Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Resumo:

Promover a segurança é uma prioridade do enfermeiro. Este deve desenvolver intervenções que levem à redução do risco criando ambientes seguros. A queda é a 2ª causa de lesão acidental em crianças tornando-se essencial uma intervenção adequada do enfermeiro.

Objetivos: Identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em idade pediátrica durante o internamento hospitalar e identificar os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria.

Método de revisão: *Scoping Review* baseada no protocolo de Joanna Briggs Institute, utilizando-se o acrónimo PCC: P - crianças até aos 18 anos, C - intervenções de enfermagem preventivas de queda e instrumentos de avaliação do risco de queda C- internamento hospitalar. Recorreu-se aos descritores Mesh: queda, prevenção e enfermagem pediátrica, em 3 fontes de informação (EBSCO, PubMed e SciELO).

Apresentação e interpretação dos resultados: A amostra foi constituída por 7 artigos. A maioria das intervenções tem como base a educação da criança/família, e os instrumentos de avaliação do risco de queda identificados foram: Humpty Dumpty Falls Scale, GRAF PIF, CUMMINGS, I'M SAFE e CHAMPS.

Conclusão: A educação das crianças e dos pais/cuidadores sobre as medidas preventivas é de extrema importância e deve ser reforçada ao longo do internamento, assim como devem ser utilizadas diferentes metodologias. A presença dos pais não oferece proteção adicional contra a ocorrência de quedas. A escala Humpty Dumpty Falls Scale foi a mais utilizada.

Palavras-chave: queda; prevenção; enfermagem pediátrica

Abstract:

Promoting safety is a priority for nurses. They should develop interventions that lead to risk reduction by creating safe environments. Falling is the second cause of accidental injury in children, making proper nurses' intervention essential.

Objectives: Identify nursing interventions for the prevention of falls in children during hospitalization and to identify the instruments for assessing the risk of falling in a pediatric ward.

Review Method: Scoping Review based on the Joanna Briggs Institute protocol, using the acronym PCC: P - children up to 18 years of age, C - nursing interventions in fall prevention and fall risk assessment instruments C - hospital admission. The descriptors Mesh, fall, prevention and pediatric nursing were used in 3 sources of information (EBSCO, PubMed and SciELO).

Presentation and interpretation of the results: The sample consisted of 7 articles. The majority of interventions are based on child/family education, and the risk assessment instruments identified were Humpty Dumpty Falls Scale, GRAF PIF, CUMMINGS, I'M SAFE, and CHAMPS.

Conclusion: The education of children and parents/caregivers on preventive measures is of the utmost importance and should be reinforced during hospitalization, as well as different methodologies should be applied. The presence of the parents does not offer additional protection against the occurrence of falls. The Humpty Dumpty Falls Scale scale was the most used.

Keywords: fall; prevention; pediatric nursing

Resumen:

Promover la seguridad es una prioridad del enfermero. Este debe desarrollar intervenciones que lleven a la reducción del riesgo creando ambientes seguros. La caída es la segunda causa de lesión accidental en niños, siendo esencial una intervención adecuada por el enfermero.

Objetivo: Identificar las intervenciones de enfermería para la prevención de caídas en edad pediátrica durante el internamiento hospitalario e identificar los instrumentos de evaluación del riesgo de caída en pediatría.

Método de revisión: Scoping Review basada en el protocolo del instituto “Joanna Briggs”, utilizando el acrónimo PCC: P - niños hasta los 18 años, C - intervenciones de enfermería preventivas de caída e instrumentos de evaluación del riesgo de caída C- internamiento hospitalario. Se recurrió a los descriptores Mesh: caída, prevención y enfermería pediátrica, utilizando 3 fuentes de información (EBSCO, PubMed y SciELO).

Presentación e interpretación de los resultados: La muestra fue constituida por 7 artículos. La mayoría de las intervenciones se basan en la educación del niño / familia, y los instrumentos de evaluación del riesgo de caída identificados fueron: Humpty Dumpty Falls Scale, GRAF PIF, CUMMINGS, I'M SAFE y CHAMPS.

Conclusión: La educación de los niños y de los padres/cuidadores sobre las medidas preventivas es de extrema importancia y debe ser reforzada a lo largo del internamiento, así como deben ser utilizadas diferentes metodologías. La presencia de los padres no ofrece protección adicional contra la ocurrencia de caídas. La escala Humpty Dumpty Falls Scale fue la más usada.

Palabras clave: caída; prevención; enfermería pediátrica

Introdução

As unidades hospitalares têm o dever de prevenir e eliminar danos e não-maleficências, sendo responsáveis pela segurança das suas instalações devendo por isso criar um ambiente adequado à idade e desenvolvimento dos seus clientes.

Em 2005, a World Health Organization [WHO] realizou uma parceria com Joint Commission International [JCI], principal agência de acreditação em saúde, que atua na melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, tendo emitido em 2006 as metas internacionais de segurança. Estas metas deverão ser implementadas nos hospitais, na procura de melhorias nos seus processos assistenciais na área de segurança e qualidade, tendo em vista a excelência nos cuidados¹.

Promover a segurança é uma prioridade também do enfermeiro, este deve desenvolver intervenções que levem à redução do risco e à criação ambiente seguro.

No regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista é elencado que o mesmo deverá “promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos”, demonstrando para isso conhecimentos sobre a criação de ambiente seguro para os utentes, assim como também deverá “gerir o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais”, colaborando na definição de recursos para a prestação de cuidados seguros; envolvendo os colaboradores na gestão do risco².

A Estratégia Europeia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e Adolescente da WHO aborda os acidentes como uma prioridade. E prevê para 2020, que os acidentes sejam a 3ª causa de morte no mundo³.

Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil realça que, a segurança do ambiente e os acidentes são uma constante nos cuidados antecipatórios prestados às crianças⁴.

Prevenir acidentes e ensinar a criança a proteger-se de situações de risco são questões que fazem parte do seu processo de educação e de desenvolvimento. O enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem é o profissional de saúde que em parceria com a criança e com a família/pessoa significativa, tem um papel fundamental na promoção da saúde através de ações informativas, educativas e preventivas junto da criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que esta se encontre, acrescentando ainda a competência de promover o crescimento o desenvolvimento infantil e transmitir orientações antecipatórias às crianças/famílias a fim da maximização do potencial do seu desenvolvimento⁵.

Existem vários modelos de enfermagem que visam a melhoria da qualidade dos cuidados e a promoção da segurança, um deles é o Modelo de Promoção da Saúde de Pender desenvolvido em 1982. Este modelo não se limita a explicar os comportamentos de prevenção da doença, mas sim identificar quais os comportamentos que as pessoas podem adotar para melhorar a saúde, estendendo-se ao longo da vida. Realça assim o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde, refletindo a perspetiva das ciências comportamentais. As pessoas procuram, desta forma, criar condições de vida que lhes permitam exprimir o seu potencial de saúde, com consciência reflexiva e apreciação das próprias competências. Valorizam o crescimento que entendem positivo e procuram um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade, procurando autorregular o seu comportamento. Fica também patente o facto de as pessoas interagirem com o ambiente, transformando-o e sendo transformadas por ele. Deste ambiente interpessoal fazem parte os profissionais de saúde que influenciam as pessoas ao longo do seu ciclo vital. No entanto, para que a mudança de comportamento ocorra é necessário haver reconfiguração dos padrões de interação pessoa-ambiente⁶. Ao nível dos cuidados de saúde infantil pessoa passa a ser a criança e a família trabalhando em parceria num processo de negociação partilhada respeitando a família e as suas competências, desejos e ansiedades. A criança/família é aquela que tem o potencial de mudar comportamentos de saúde, comprometendo-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios pessoalmente valorizados. As famílias e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adopção de comportamentos de promoção da saúde.

Relativamente às quedas em pediatria, a WHO refere que as mesmas são a 2^a causa de morte ou lesão acidental em todo o mundo³.

Cerca de 9 crianças sofrem uma queda diariamente com consequências graves, sendo a principal causa de vinda ao serviço de urgência e de internamento.

Maioritariamente as quedas ocorrem entre os 0-4 e os 5-9 anos⁷.

O estudo da Associação para Promoção da Segurança Infantil [APSI] em 2011, sobre as quedas acidentais em Portugal (2000-2009), revela que cerca de 40000 crianças tiveram de ser internadas⁸, mais recentemente em 2017 (dados de 2012-2016) foi possível verificar que as quedas foram responsáveis por 61% dos internamentos ocorridos⁹.

Segundo a WHO as quedas são definidas como um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente no chão ou num outro nível mais baixo, não sendo dada

a relevância à ocorrência de lesão ou não¹⁰, o mesmo é reforçado pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem [CIPE], que define queda pelo foco cair, “executar uma descida de um corpo a nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade de sustentar pesos e permanecer na vertical”¹¹⁻⁴³.

As crianças são um grupo de risco e as suas quedas estão relacionadas com o seu estadio de desenvolvimento, a aquisição de competências motoras, em especial da marcha, na sua incapacidade de avaliar o risco e na curiosidade inata que leva a comportamentos mais desafiadores.

A queda pode ser classificada em 3 categorias: quedas fisiológicas previstas (são devidas a fatores como: idade, patologia, medicação ou procedimentos médicos); quedas fisiológicas imprevisas (estão relacionadas com fatores fisiológicos, e não estão classificadas como risco nas escalas de avaliação); quedas acidentais (quedas decorrentes das condições ambientais/organizacionais, ou seja de fatores extrínsecos)¹².

A taxa de queda pediátrica durante a hospitalização é de 1.23 por 1000 crianças/dia¹³. Sendo que as quedas fisiológicas previstas, representam um total 78% e as quedas acidentais 14% dos casos¹². Assim, não só as quedas fisiológicas previstas que merecem especial atenção, mas também as quedas decorrentes de fatores ambientais, como por exemplo camas inadequadas à criança, não utilização ou a utilização incorreta das grades de proteção, desorganização na sala de brinquedos, entre outras, devem ser alvo do nosso cuidado¹³.

No que diz respeito às Metas Internacionais da JCI, a meta 6 diz respeito à redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes. Esta meta tem como finalidade a redução do risco e a redução de lesões resultantes de queda, levando a instituição a: avaliar o risco de queda; implementar medidas na redução do risco de quedas e a implementar medidas de resposta em caso de ocorrência de queda dos seus doentes¹.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa nos seus objetivos a prevenção da ocorrência de quedas. As consequências da não identificação dos utentes com risco de queda, a não avaliação de risco e não implementação de intervenções de prevenção adequadas e personalizadas, levam a situações de risco¹⁴.

A Associação Americana de Diagnósticos de Enfermagem - Internacional [NANDA-I] realça que o enfermeiro não consegue reverter a queda, mas pode prevenir a sua ocorrência, sendo o diagnóstico de enfermagem: risco de queda, “risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”¹⁵.

O documento “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente” define risco como probabilidade de ocorrência de um incidente e prevenível¹⁶, como algo que é aceite pela comunidade como escusável num determinado conjunto de circunstâncias, entramos assim na área da gestão do risco.

Os fatores que influenciam o risco de queda em crianças podem ser intrínsecos: sexo (masculino), alteração do nível de consciência, história de queda anterior, idade <3 anos, capacidade de mobilização, ou extrínsecos: o envolvimento dos pais na cultura de segurança e as condições ambientais tais como berços, grades e sala de brinquedos¹⁵.

As estratégias de prevenção devem ser abrangentes, multifacetadas enfatizando a educação, formação, criação de ambientes seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda e à definição de políticas eficazes para redução do risco¹⁰. Uma correta intervenção, baseada em boas práticas, exige recorrer a instrumentos de avaliação do risco de quedas a todas as crianças, com os seguintes objetivos: identificar o nível de risco, atuar consoante o nível de risco, prevenir possíveis quedas, aumentando assim segurança¹⁸. Assim, de acordo com o anteriormente explanado pretende-se identificar as intervenções por parte do enfermeiro que previnam a queda em idade pediátrica em contexto de internamento hospitalar, bem como os instrumentos de avaliação do risco adaptados a esta população. Definiram-se como perguntas de investigação: Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em idade pediátrica durante o internamento hospitalar? e Quais os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria?

Metodologia

Foram definidos de acordo com a metodologia *Scoping Review* segundo o protocolo de Joanna Briggs Institute¹⁹, os seguintes objetivos de investigação: identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em idade pediátrica durante o internamento hospitalar e identificar os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria. Utilizou-se o acrónimo PCC – População (P), Conceito (C) e Contexto (C), assim sendo consideramos como critérios de inclusão: P- crianças (0 aos 18 anos); C- intervenções de enfermagem, preventivas de queda e instrumentos de avaliação do risco de queda; C- em contexto de internamento hospitalar. E ainda, artigos cujo idioma seja o português e inglês, disponíveis numa janela temporal de 5 anos (Janeiro de 2013 a Abril de 2018) e em *full text*.

Como critérios de exclusão estabeleceu-se: todos os artigos que não sejam científicos (artigos de opinião, notas de campo, notas de conferência, estudos ou trabalhos académicos) ou artigos científicos que não cumpram os critérios de inclusão acima descritos.

Estratégias de pesquisa

Numa primeira fase efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas EBSCO, SciELO e PubMed, e na plataforma Mesh, com o objetivo de realizar uma pesquisa flutuante sobre a temática e identificar os descritores mais comuns usados na literatura.

Numa segunda fase foi realizada pesquisa em três bases de dados eletrónicas – EBSCO, SciELO e PubMed, com recurso aos descritores Mesh (fall/queda; prevention/prevenção; pediatric nursing/enfermagem pediátrica) e operador booleano (AND).

A equação de pesquisa utilizada foi a seguinte:

- EBSCO: fall AND prevention AND pediatric nursing;
- SciELO: ((fall) AND (prevention) AND (pediatric nursing));
- PubMed: (fall[All Fields] AND ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields]) AND ("pediatric nursing"[All Fields] OR "pediatric nursing"[MeSH Terms] OR ("pediatric"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "pediatric nursing"[All Fields])) AND ("2013/01/01"[PDAT] : "2018/04/24"[PDAT]).

Numa terceira fase foi realizada pesquisa da literatura cinzenta através do motor de busca Google.

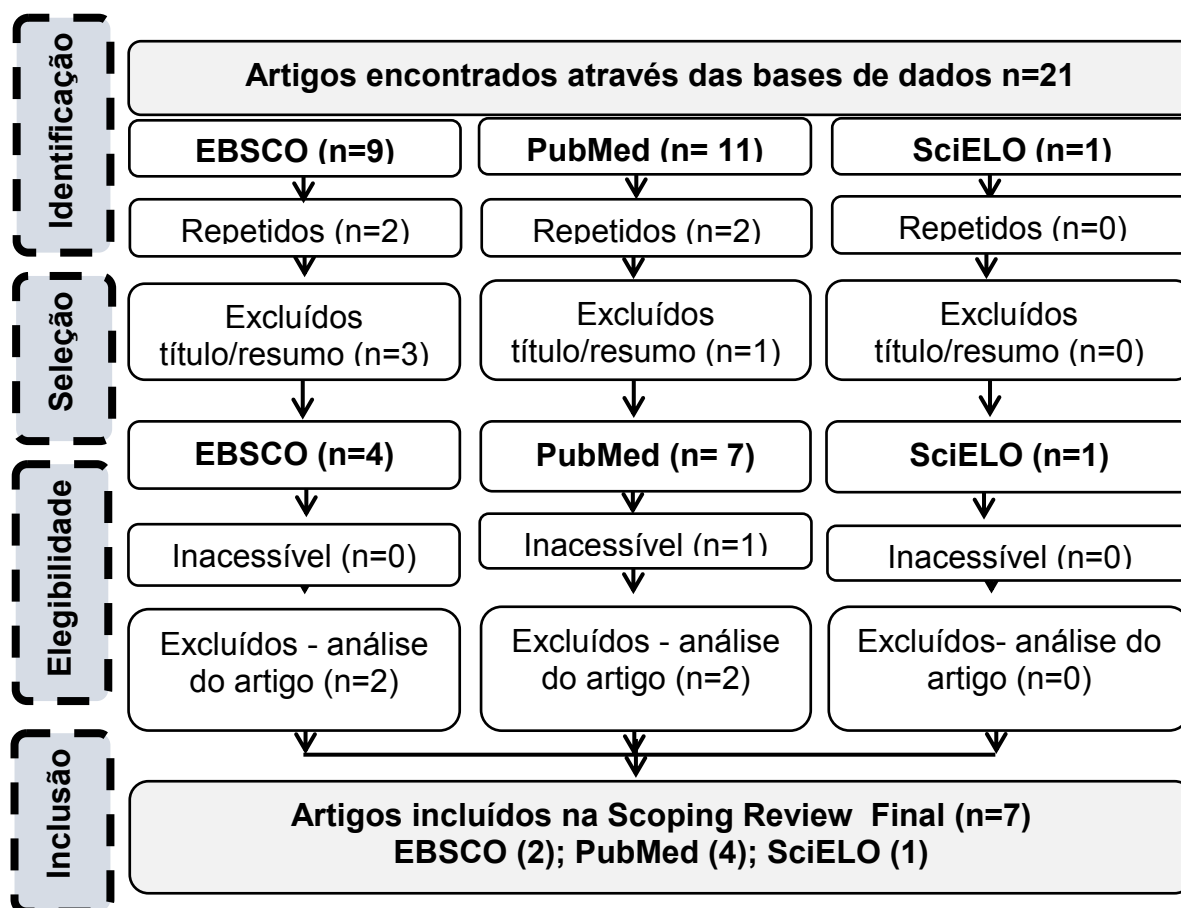
Apresentação dos resultados

Dos estudos encontrados e que se enquadravam dentro dos critérios de ilegitimidade emergiram um total de 21 artigos, estes foram progressivamente excluídos: por repetição (4 artigos), análise do título/resumo (4 artigos); inacessibilidade (1 artigo) e por análise integral do artigo (4 artigos).

Dois revisores examinaram, de forma independente, o texto completo dos artigos para verificar se cumpriam os critérios de inclusão.

Na figura 1 apresenta-se o processo de seleção dos artigos com fluxograma PRISMA, com os 7 incluídos como amostra final (2 artigos da EBSCO^{20;21}, 4 artigos da PubMed^{22;23;24;25} e 1 artigo da SciELO²⁶).

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos, segundo Joanna Briggs Institute (2015)¹⁹



A amostra final é composta por 1 artigo com metodologia qualitativa, 4 com metodologia quantitativa, e 2 revisões integrativas (Quadro 1).

Os resultados de cada estudo serão apresentados em tabela e de acordo com as perguntas de investigação propostas, para assim melhorar a compreensão dos mesmos (Quadro 2 referente à primeira questão e quadro 3 referente à segunda).

Quadro 1. Artigos incluídos na análise dos resultados.

Título	Autor	Ano	País	Revisão / Estudo
An Integrative Review of Pediatric Fall Risk Assessment Tools ²²	DiGerolamo K, Davis KF	2017	EUA	Revisão integrativa
Competências do Enfermeiro na Prevenção de Quedas em Crianças à Luz do Consenso de Galway ²⁶	Gurgel, S., Ferreira, A., Sandoval, L., Araújo, P., Galvão, M. e Lima, F.	2017	Brasil	Quantitativo - Descritivo transversal
Development of a Pediatric Fall Risk And Injury Reduction Program ²⁰	Kramlich DL, Dende D.	2016	EUA	Qualitativo
Inpatient Falls in Freestanding Children's Hospitals ²¹	Jamerson, P, et all	2014	EUA	Quantitativo - Estudo descritivo
Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards ²³	Fujita, Y., Fujita, M., Fujiwara, C.	2013	Japão	Quantitativo - Randomizado o transversal
A case-control study of pediatric falls using electronic medical records ²⁴	Messmer PR, Williams PD, Williams AR.	2013	EUA	Quantitativo-Caso controle
An interdisciplinary momentary confluence of events model to explain, minimize, and prevent pediatric patient falls and fall-related injuries ²⁵	Ryan-Wenger NA, Dufek JS.	2013	EUA	Revisão integrativa

Quadro 2 - Intervenções de enfermagem utilizadas na prevenção da queda.

Título	Resultados
Competências do Enfermeiro na Prevenção de Quedas em Crianças à Luz do Consenso de Galway (2017) ²⁶	<p>-Intervenções de enfermagem de prevenção de queda mais utilizadas foram: informar se a criança pode ou não deambular (97.5%), educar a criança e o cuidador sobre a presença de risco de queda (92.5%), avaliar o risco de quedas no momento da admissão da criança (92.5%), providenciar o transporte em maca ou em cadeira de rodas (95%), manter uma das grades levantadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança (92.5%).</p> <p>- Intervenções de enfermagem de prevenção de queda menos utilizadas foram: verificar a prescrição de medicação que alterem a mobilidade e o equilíbrio (72.5%), registrar no processo informático o risco de queda da criança bem como as intervenções realizadas na sua prevenção (72.5%), notificar os incidentes de queda (72.5%).</p>

<p>Development of a Pediatric Fall Risk And Injury Reduction Program (2016)²⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Usar uma ferramenta de avaliação do risco de queda em pediatria. - Orientar todos os profissionais de saúde assim como os auxiliares para a implementação de medidas de prevenção.
<p>Inpatient Falls in Freestanding Children's Hospitals (2014)²¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presença do cuidador como estratégia: 77% das crianças tinha um adulto presente no momento da queda, desses 90% realmente testemunhou a queda. - Estratégias de redução do risco de quedas: 87% das crianças estavam sinalizadas com risco de queda, desses 26% tinha sido utilizada instrumento pediátrico na avaliação do risco; a comunicação do risco (66%), registo do risco no plano de cuidados (49%), sinalização de risco na identificação da criança (21%) e a utilização de outro método de identificação (14%).
<p>Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards (2013)²³</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A taxa de queda foi menor em unidades que implementaram as seguintes medidas: “partilhar informações com o paciente de alto risco”, “remover obstáculos no circuitos de passagem”, “usar um folheto informativo para educar as crianças/cuidadores sobre o uso adequado das grades/proteções do berço/cama”, “uso de uma ferramenta de avaliação de risco de queda”, “selecionar o tipo de cama de acordo com as características da criança”, “ajudar na deambulação da criança com alto risco de queda”, “manter a unidade organizada”, “educar a criança/cuidador, mais do que uma vez”. - A taxa de queda foi significativamente maior nas unidades que implementaram as medidas: “educar sob a forma verbal apenas, sobre o uso correto das grades da cama” em relação àquelas que não implementaram. - Intervenções implementadas que não resultaram em diferenças na taxa de queda: “manter a vigilância das condições do piso”, “plano de enfermagem de acordo com o risco”, usar calçado antiderrapante”, “educar a criança e os cuidadores sobre a limpeza da cama”, “colocação da criança em quartos próximos do posto de enfermagem”.
<p>An interdisciplinary momentary confluence of events model to explain, minimize, and prevent pediatric patient falls and fall-related injurie (2013)²⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar com a avaliação do risco de quedas com base em scores de ferramentas de avaliação do risco de quedas. - Importante notificar os casos de queda. - Não há evidência na literatura sobre o acompanhamento após a alta de crianças que sofreram uma queda.

Quadro 3. Instrumentos de avaliação do risco de queda.

Título	Resultados
<p>An Integrative Review of Pediatric Fall Risk Assessment Tools (2017)²²</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Humpty Dumpty Falls Scale, criada por Hill Rodrigues (2009) (7 itens avaliados: idade, sexo, diagnóstico, comprometimento cognitivo, fatores ambientais, resposta à cirurgia ou sedação/anestesia, uso de medicamentos). - GRAF PIF, criada por Graf, (2011): 5 itens: tempo de internamento, bloqueio IV/heparina livre, atividade física/ocupacional, medicação, diagnóstico ortopédico. Sensibilidade de 75% e especificidade de 78%. - CUMMINGS tem 6 itens: história de queda, função física, comprometimento cognitivo/psicológico, necessidade de equipamento e medicação. 3 Níveis de risco (sem risco, baixo risco, alto risco; Não há dados sobre a sensibilidade ou especificidade). - I'M SAFE, criada por Neiman et al (2011) avalia 6 itens, semelhante à escala HFDS, o score seria de 3 níveis (baixo, moderada e alto risco) não sendo considerado nenhum risco. - CHAMPS, criada por Ramus et al (2006) avalia 6 itens: alteração do estado de consciência, história de queda anterior, idade <3 anos, problemas de mobilidade, envolvimento parental e ações de segurança em vigor. Sensibilidade de 75% e especificidade de 79%. - Os instrumentos devem ser usados na avaliação inicial, mas não podem ser desenhadas da especificidade da criança.
<p>Development of a Pediatric Fall Risk And Injury Reduction Program (2016)²⁰</p>	<p>Escala de avaliação do risco de queda foi Humpty Dumpty Falls Scale, sendo a escala que inclui os fatores de risco de queda em pediatria.</p>
<p>Impatient Falls in Freestanding Children's Hospitals (2014)²¹</p>	<p>Instrumentos de avaliação do risco utilizadas e a sua sensibilidade: GRAF-PIF 37%; Humpty Dumpty Falls Scale 52%; CHAMPS 66%.</p>
<p>Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards (2013)²³</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Humpty Dumpty Falls Scale avalia 6 fatores de risco: idade, sexo, diagnóstico, comprometimento cognitivo, fatores ambientais, resposta à cirurgia ou sedação/anestesia, uso de medicamentos). Sensibilidade de 84% e especificidade de 24%. - GRAF PIF: avalia 5 fatores de risco: tempo de internamento, bloqueio IV/heparina livre, atividade física/ocupacional, medicação, diagnóstico ortopédico. Sensibilidade de 75% e especificidade de 78%. <p>Ambas as escalas identificaram as crianças que caíram.</p>
<p>A case-control study of pediatric falls using electronic medical records (2013)²⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CHAMPS avalia 6 itens: alteração do estado de consciência, história de queda anterior, idade <3 anos, problemas de mobilidade, envolvimento parental e ações de segurança em vigor. - GRAF PIF avalia 5 itens: tempo de internamento, bloqueio IV/heparina livre, atividade física/ocupacional, medicação, diagnóstico ortopédico. - Humpty Dumpty Falls Scale avalia 6 itens: idade, sexo, diagnóstico, comprometimento cognitivo, fatores ambientais, resposta à cirurgia ou sedação/anestesia, uso de medicamentos. Sensibilidade de 57% e especificidade de 39%. - 65% das crianças foram erradamente classificadas como alto risco.

Interpretação dos resultados

Com os resultados apresentados e fazendo uma análise das intervenções de enfermagem eficazes na prevenção das quedas em meio hospitalar relatadas pela literatura e aquelas que os enfermeiros na prática aplicam, é possível afirmar que a identificação da criança com risco é uma das medidas a ter em atenção²¹, no entanto é uma das intervenções menos realizadas pelos enfermeiros²⁶, ou essa identificação acontece de forma errada²⁵.

Para que possa ocorrer a identificação do risco é unânime a aplicação de instrumentos de avaliação do risco adequados^{21;23}. Qualquer que seja o instrumento de avaliação do risco a usar não se deve esquecer as características de cada criança (idade, diagnóstico, desenvolvimento)²². Os enfermeiros reforçam que essa identificação do risco deve acontecer no momento de admissão da criança²⁶.

A educação da criança/família é outra das intervenções de realce pela literatura^{21;23;26}. A criança/família deve ser informada do seu risco de queda e educada, em vários momentos do internamento, no sentido de adoção de medidas preventivas, sendo que para isso deve ser utilizado um folheto informativo e várias metodologias de transmissão da informação e não apenas a verbal²³.

A seleção do tipo de cama de acordo com as características das crianças, a organização da unidade de cuidados e a remoção de obstáculos nos circuitos de passagem são fatores preponderantes para evitar a queda, os autores reforçam ainda o acompanhamento próximo das crianças com alto risco de queda, assim como o seu transporte deverá ser efetuado em maca ou cadeira de rodas^{23;26}.

O registo no plano de cuidados do risco e das intervenções realizadas são atividades menos utilizadas pelos estudos analisados assim como relatadas pelos enfermeiros^{23;26}.

Existem medidas, que quando implementadas não produzem diminuição na taxa de queda são elas: colocação da criança com alto risco de queda próximo da unidade de enfermagem e a educação sobre a limpeza na cama e o uso de calçado antiderrapante²³.

A influência da presença de um adulto em relação à taxa de queda também foi relatada, a maioria das crianças tinha um adulto presente no momento da queda. Este fato deve-se à sensação que os pais têm de que o hospital é um ambiente seguro e não estão cientes dos riscos a que as suas crianças estão sujeitas²¹.

A notificação do incidente de quedas, os autores referem que é uma das intervenções menos usada pela equipa de enfermagem, e os próprios enfermeiros assumem isso mesmo^{25;26}.

Relativamente ao acompanhamento após episódio de queda, não existe evidência na literatura sobre o mesmo²⁵.

Quanto ao programa de prevenção da queda este deve-se iniciar com a avaliação do risco de quedas através de instrumentos validados tendo por base o score por estas apresentado^{25;26}.

A Humpty Dumpty Falls Scale (HPFS) é a escala mais analisada^{20;21;22;23;24} tendo uma sensibilidade de 57% e uma especificidade de 39%, sendo também a escala mais completa em relação aos itens avaliados^{21;22;23;24}.

Esta escala foi criada por Hill Rodrigues et al em 2009 e resultou da análise dos dados (registos de enfermagem) de um estudo realizado pelo Miami Children's Hospital, com 153 crianças (que sofreram uma queda durante 2005-2006). Verificou-se que a maioria ocorreu em crianças com idade inferior a 3 anos e

superior a 13 anos, internadas com doença neurológica (convulsões), doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos). Este instrumento avalia sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; fatores ambientais; reação a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso. Da avaliação resulta o score de um mínimo de 7 e máximo de 23, sendo baixo risco (score 7 - 11) e alto risco (score 12 - 23). Após definido o padrão de risco é aplicado o protocolo correspondente, no sentido de orientar de forma mais estruturada a intervenção da equipa de enfermagem^{20;21;22;23;24}.

Os estudos sugerem também outros instrumentos de avaliação do risco:

- Graf-PIF: criada por Graf em 2011 e avalia 5 itens - tempo de internamento, bloqueio IV/heparina livre, atividade física/ocupacional, medicação, diagnóstico ortopédico. Tendo obtido uma sensibilidade de 75% e uma especificidade de 76%. Os fatores associados a queda em pediatria foram fisiológicos (61%), sobretudo associados a alterações neurológicas, fatores acidentais (33%), sobretudo em crianças <10 e adolescentes e quedas fisiológicas imprevistas (6%), não foram encontrados testes adicionais a este instrumento^{21;22;23;24}.

- CHAMPS: criado por Razmus et al em 2006, foi desenvolvido a partir de um estudo de avaliação de quedas em adultos (escala de Morse e de Hendrich). CHAMPS é o acrónimo para os 6 itens a avaliar: mudança do estado mental, idade inferior a 3 anos, história de queda anterior, mobilidade reduzida, envolvimento do cuidador, ações de segurança, existindo estudos a decorrer para validar o uso da mesma em pediatria.^{21;22;24}

- Escala de avaliação de quedas pediátrica Cummings: desenvolvida em 2006, avalia 6 itens - história de queda, função física, comprometimento cognitivo/psicológico, necessidade de equipamento e medicação. Nesta avaliação são considerados 3 níveis de risco (sem risco, baixo risco, alto risco)²².

- I'M SAFE: publicada em 2011, avalia 6 itens, semelhante à escala HFDS, o score seria de 3 níveis (baixo, moderado e alto risco). Não sendo considerado nenhum risco com a utilização desta escala²².

Numa comparação entre os itens avaliados pelos diferentes instrumentos a escala Cummings e Graf-PIF incluíam apenas as quedas resultantes de fatores intrínsecos. Já a escala Humpty Dumpty Falls Scale excluiu os fatores ambientais e organizacionais²².

Conclusão

A promoção de um ambiente seguro nas unidades de saúde é uma preocupação do enfermeiro. A prevenção das quedas será, por isso, um aspeto importante da promoção da segurança da criança e do jovem.

A presente *scoping review* tornou-se importante para a consciencialização do problema.

Das intervenções de enfermagem relatadas destaca-se a importância da educação das crianças e da família sobre o risco de queda sendo que para a mesma deveremos usar diferentes metodologias que não apenas a verbal. Essa mesma educação deverá ser reforçada ao longo do internamento não apenas fornecida no momento da admissão, desta forma promove-se o empoderamento e torna-se a criança/família ativos e envolvidos no processo de promoção da saúde e segurança.

A presença dos pais não oferece proteção adicional contra a ocorrência de quedas podendo sim criar uma falsa sensação de proteção, por isso também os pais devem ser incluídos nas ações educativas.

Para uma correta intervenção torna-se necessário e útil a utilização de instrumentos sistematizados e objetivos para avaliação do risco, sendo que esta avaliação deverá fazer parte do plano individual de cuidados.

Das escalas referidas pelos estudos a escala Humpty Dumpty Falls Scale foi a mais analisada e estudada, no entanto apresentou erros de classificação de crianças com risco alto, reforçando a necessidade de uma correta avaliação de cada item da escala.

De referir também a baixa taxa de notificação da ocorrência de quedas, tão importante para a correta caracterização retrospectiva do incidente, de forma a existir reestruturação contínua das medidas de prevenção e melhoria das condições de segurança

A maioria das quedas podem ser prevenidas e esta prevenção é um foco sensível aos cuidados de enfermagem, para uma adequada intervenção torna-se necessário a utilização de instrumentos sistematizados e objetivos de avaliação de risco do doente. Desta forma, independentemente do instrumento selecionado é importante que seja específico e sensível para a população em causa e que faça parte integrante da prática do enfermeiro.

Os enfermeiros devem permanecer vigilantes, monitorizar as crianças com frequência, introduzir o score dos instrumentos nos processos (escrito/informático), implementar medidas preventivas de queda e documentar a eficácia das mesmas, criando desta forma programas de prevenção de quedas. Sendo que os enfermeiros devem incluir as crianças e os cuidadores em todo o processo.

Uma política de prevenção de quedas e um programa adequado à unidade, pode aumentar a consciencialização da equipa multidisciplinar e da família e diminuir assim as taxas de queda na população pediátrica, melhorando a segurança e a qualidade no atendimento prestado.

Limitações

A limitação temporal para a realização deste artigo foi uma das dificuldades sentidas assim como a inexistência de estudos científicos em Portugal sobre a temática em estudo.

Implicações para a prática

A realização deste artigo permitiu a tomada de consciência da realidade das quedas em idade pediatria em contexto hospitalar, com um forte contributo para o contexto de trabalho através da criação de um programa de intervenção de prevenção de quedas nas crianças, com recurso às intervenções mais adequadas e a instrumento de avaliação de risco mais adequado à idade pediátrica, neste caso a Humpty Dumpty Falls Scale.

Referências Bibliográficas

¹ Joint Commission Internacional; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Padrões de acreditação Joint Commission Internacional para

hospitais. Normas Internacionais de Segurança do Paciente – IPSG. 5ed. 29-30; 2015

² Portugal. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa; 2010

³ World Health Organization. Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas crianças. [internet] Geneva: WHO, 2004 [cited 2018 Abr 04] Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf

⁴ Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa; 2013

⁵ Portugal. Regulamento nº 222/2018. Diário da República. 2ª Serie - nº 422/2018. 12 de Julho de 2018 p. 19192 - 19194

⁶ Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. 6. Ed. Boston: Pearson Education; 2011

⁷ Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Resumo do relatório - Quedas em Crianças e Jovens. [internet] Lisboa; 2014 [cited 2018 Abr 04] Available from:

http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf

⁸ Associação para a Promoção da Segurança Infantil; Plano de Ação para a Segurança Infantil. [internet] Lisboa; 2011 [cited 2018 Abr 04] Available from: http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf

⁹ Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI); Relatório de Avaliação de Segurança Infantil em Portugal. [internet] Lisboa; Out 2017 [cited 2018 Abr 04] Available from:

http://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf

¹⁰ World Health Organization. Word Report on Child Injury Prevention. [internet] Geneva; WHO 2008 [cited 2018 Abr 04] 101-115 Available from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf;jsessionid=CC48F22D29CD9FA0A007F7D6CA5EDDDD?sequence

¹¹ Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) – 2017: Lisboa: Lusodidata, lda;2017

¹² Yuan-Yuan G, Koen B, Yicheng N, Jan A, Jan G. Review on prevention of falls in hospital settings. Chinese Nursing Research. [internet] 2016 [cited 2018 Abr 24] Mar. 3:7-10 Available from: https://ac.els-cdn.com/S2095771816300202/1-s2.0-S2095771816300202-main.pdf?_tid=5cb3aa36-54b0-4355-a50d-f9ee4e4b50e8&acdnat=1537962019_42f897aaaf8fdbdf09c779fe7accbb5

¹³ Almis H, Bucak IH, Konca C & Turgut M. Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls. J Pediatr Nurs. [internet] 2016 [cited 2018 Abr 24] Jan-Fev. 32: 3-7 Available from: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(16\)30356-6/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(16)30356-6/fulltext)

¹⁴ Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº28/2015. Diário da República. 2ª série - nº1400-A /2015 - 10 de Fevereiro de 2015; p. 3882-(2)-3882-(10)

¹⁵ NANDA Internaciotal. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International: Definições e classificações 2015-2017. 10ed. Artmed. Porto Alegre: 2015

¹⁶ Portugal. Direção Geral de Saúde (DGS). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: 2010

¹⁷ Portugal. Ordem dos Enfermeiros (OE). Tomada de posição sobre a segurança do cliente. Lisboa: 2006

- ¹⁸ Almeida R, Abreu C., Mendes A. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Rev. Enf. Ref.* [internet] 2010 [cited 2018 Abr 24] Dez. 2: 163-172. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a17.pdf>
- ¹⁹ Briggs J. The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual. Austrália: Supplement: 2015
- ²⁰ Kramlich DL, Dende D. Development of a Pediatric Fall Risk And Injury Reduction Program. *J Pediatr Nurs* [internet] 2016 [cited 2018 Abr 24] Mar-Abr 42(2): 77-82 Available from: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(17\)30436-0/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(17)30436-0/fulltext)
- ²¹ Jamerson P, Graf E, Messmer P, Fields H, Barton S, Berger A, et al. Inpatient Falls in Freestanding Children's Hospitals. *J Pediatr Nurs.* [internet] 2014 [cited 2018 Abr 24] Maio- Jun. 40(3): 127-135 Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ba55cbf1-531c-4256-bfa1-50852dfe8581%40sdc-v-sessmgr01>
- ²² DiGerolamo K, Davis KF. An Integrative Review of Pediatric Fall Risk Assessment Tools. *J Pediatr Nurs.* [internet] 2017 [cited 2018 Abr 24] Maio-Jun. 34: 23-28 Available from: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(16\)30164-6/pdf](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(16)30164-6/pdf)
- ²³ Fujita Y, Fujita M, Fujiwara C. Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science* [internet] 2013 [cited 2018 Abr 24] Dez. 10:223-231 Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jjns.12004>
- ²⁴ Messmer PR, Williams PD, Williams AR. A case-control study of pediatric falls using electronic medical records. *Rehabil Nurs.* [internet] 2013 [cited 2018 Abr 24] Mar-Abr. 38(2): 73-79 Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/rnj.73>
- ²⁵ Ryan-Wenger NA, Dufek JS. An interdisciplinary momentary confluence of events model to explain, minimize, and prevent pediatric patient falls and fall-related injuries. *J Spec Pediatr Nurs* [internet] 2013 [cited 2018 Abr 24] Jan. 18(1):4-12 Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jspn.12009>
- ²⁶ Gurgel S, Ferreira A, Sandoval L, Araújo P, Galvão M, Lima F. Competências do Enfermeiro na Prevenção de Quedas em Crianças á Luz do Consenso de Galway. *Texto contexto - enferm.* [internet] 2017 [cited 2018 Abr 24] 26 (4) Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e03140016.pdf>

APÊNDICE II

Reflexão individual em contexto de internamento pediátrico



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório

Reflexão Individual

Hospital

Serviço de Internamento de Pediatria

Docentes:

Professora Doutora Margarida Lourenço (Regente)

Professora Doutora Elisabete Nunes (Orientadora)

Professora Doutora Zaida Charepe

Enfermeiro Orientador:

Mestre PN

Estudante:

Mestranda Alexandra Brás, n.º 192017060

Lisboa, setembro de 2018

Índice

1. Enquadramento	3
2. Reflexão Individual	5
3. Referências Bibliográfica	13

1. Enquadramento

A presente reflexão individual insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa.

Em relação ao plano de estudo do referido mestrado, a referida reflexão crítica insere-se no 3º semestre, na unidade curricular de Estágio Final e Relatório, mais especificamente é realizado no serviço de internamento de pediatria de um hospital no período de 3 de setembro a 12 de outubro de 2018, num total de 130 horas de participação direta no contexto.

Para a elaboração da mesma, terei como base o ciclo reflexivo de Gibbs (1988) e todas as citações e referências bibliográficas serão realizadas de acordo com a Norma APA, 6ª edição.

2. Reflexão Individual:

Descrição:

Durante a realização do turno da tarde no serviço de internamento pediátrico, quando estava a administrar terapêutica a um latente, ouvimos a Sra. P., mãe da M., que estava internada no quarto ao lado, a gritar pela enfermeira pedindo ajuda rápido.

À chegada ao quarto reparei que a M. (toddler de 18 meses), durante a ausência da mãe, que tinha ido ao WC à entrada do quarto, tinha caído no berço para o cadeirão e que tinha ficado com o pé entalado entre as costas do cadeirão e o assento do mesmo.

A Sra. P. encontrava-se aos gritos, aflita numa tentativa desesperada de soltar o pé da M., que estava assustada com toda a situação. Tentei calmar a Sra. P. e ao mesmo tempo retirar o pé da M., como era a perna que continha a pulseira eletrónica, o processo tornou-se mais difícil. No entanto, foi possível de retirar em segurança o pé da M., verifiquei depois que a mobilidade estava mantida, não tinha ferida e a M. não tinha queixas álgicas, apenas estava assustada ao colo da mãe, esta mantinha-se ansiosa e zangada por ela ter saído do berço.

Após conversar com a Sra. P., esta ficou mais calma, e consequentemente também a M. que já queria ir para o chão para brincar com o companheiro de quarto.

Foram depois reforçados os ensinamentos de prevenção de quedas e de acidentes, demonstrando a importância do controlo presencial da M. e caso não seja possível que a mesma deve ficar em segurança no berço com as grades elevadas, ou mesmo solicitar o apoio da equipa de enfermagem para ficar com a M. naquele período. A mãe verbalizou compreensão dos mesmos ensinamentos, referindo que iria ter mais cuidado e mais atenção e que não iria mais deixar as grades baixadas, fato que não ocorreu mais durante o restante período de internamento de M.

Sentimentos:

Durante o acontecimento anteriormente descrito, o primeiro sentimento foi tentar perceber o que realmente se estava a passar, a Sra. P. estava muito nervosa e falava muito rápido,

sendo mais difícil a sua compreensão. De seguida, tentei calmar a mãe usando um tom soava, pois a M. não estava magoada e era necessário que a mãe nos deixasse soltar o pé dela com cuidado, uma vez que era o membro que continha a pulseira eletrónica, a força que a mãe estava a exercer no membro da M. estava a impedir a saída o pé. Após soltar a M. e de verificar que estava bem, foi necessário que a mãe a acalmasse e a confortasse. Ouvir os gritos de uma mãe aflita deixa qualquer um também com o sentimento de preocupação e de que tem de agir rapidamente, e foi necessário também importante gerir essa situação, daí a importância de acalmar a Sra. P. primeiro.

Avaliação:

Esta situação foi importante, uma vez que tinha de gerir os sentimentos da Sra. P., da M. e os meus próprios sentimentos e porque com esta situação a mãe conseguiu tomar consciência dos riscos que a M. corre quando está no berço com as grades descidas e sem supervisão.

Para mim, enquanto enfermeira a desenvolver projeto na prevenção de acidentes, permiti-me observar que ao longo do internamento as crianças melhoraram as suas condições físicas e psíquicas, e tendem a querer explorar o ambiente que lhes rodeia, o que muitas vezes leva a situações de incidente. De notar que o relatado aconteceu no terceiro dia de internamento, período em que segundo a evidência científica os acidentes por queda aumentam para o triplo.

Análise:

É importante fazer uma análise do desenvolvimento de uma criança na fase toddler para compreender melhor a situação descrita. Esta fase caracteriza-se por existir por parte da criança uma exploração intensa sobre o meio e a tenta o exercido um controlo sobre o “outro”, pelo que representa um período desafiador para os pais e para a criança na conquista e desenvolvimento intelectuais e sociais. Estando descrito em literatura que estas crianças são extremamente ativas (Papalia, 2001).

Segundo Erikson, a M. encontra-se no segundo estágio (*Autonomia versus Dúvida e Vergonha*), nesta fase a criança terá mais facilidade em conquistar autonomia, isto é, em afirmar e exercer a sua vontade própria, se no estágio anterior desenvolveu um sentimento de confiança em si mesma e nas pessoas que cuidavam dela (Hockenberry, 2016). A vontade própria manifesta-se através de “birras” e constantes questionamentos, demonstrativos do desejo que as crianças têm de querer fazer e agir sozinhos, mesmo que

ainda não sejam competentes para tal, sendo fundamental a forma como os pais reagem. Demasiadas críticas, punições e repreensões podem contribuir para que a criança se sinta envergonhada, mas por outro lado, repetidos fracassos podem contribuir para que a criança duvide da sua capacidade para fazer certas coisas por si própria.

Desta forma, os pais devem conseguir dosear de forma equilibrada a assistência à criança e o encorajamento da exploração do meio por si própria.

Segundo Piaget, a M. encontra-se no estágio sensório-motor, onde a criança utiliza a experimentação ativa para atingir objetivos que antes eram inatingíveis (Hockenberry, 2016).

Perante o descrito anteriormente, compreende-se a atitude da M., que ao estar sozinha, sem supervisão materna e com as grades baixas, tenha sido um estímulo para explorar o que a rodeia.

Em relação ao tema das quedas e dos acidentes, segundo a literatura, durante o período de internamento, a maior parte das quedas está relacionada com fatores ambientais, como a não utilização/incorreta, utilização das grades de proteção (Almis et al, 2016). As crianças com idade inferior a 5 anos são altamente dependentes dos seus cuidadores, este facto torna-os, segundo segundo Almis et al (2016), um fator ambiental importante associado ao risco de queda na pediatria. Daí se compreender que a presença dos pais durante o internamento seja importante para a criança, mas também para os próprios profissionais de saúde, uma vez que a presença dos pais/cuidadores permite uma melhor supervisão das crianças internadas, mas é importante os pais/cuidadores tomarem medidas quando se ausentam.

Fujita, Y., et al. (2013) referem que a percentagem de quedas no terceiro dia de internamento é muito superior em relação ao primeiro e segundo dias de internamento sendo a taxa ao terceiro dia de 75,9%, sendo esse o dia em que ocorreu o incidente. Destaca-se assim, a importância de reforçar o ensino de prevenção das quedas no terceiro dia de internamento, devido às melhorias clínicas da criança e da própria vontade que a própria criança ganhou com o espaço do internamento, querendo agora descobrir esse mesmo espaço.

Em relação ao modelo de enfermagem aplicado, o Modelo de Promoção da Saúde de Pender desenvolvido em 1982. Este não se limita a explicar os comportamentos de prevenção da doença, mas sim identificar quais os comportamentos que as pessoas podem adotar para melhorar a saúde, estendendo-se ao longo da vida. Realça assim o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde. As pessoas procuram, desta forma,

criar condições de vida que lhes permitam exprimir o seu potencial de saúde, com consciência reflexiva e apreciação das próprias competências e valorizando o seu crescimento (Pender, 2011). O enfermeiro de saúde infantil e pediátrica trabalha em parceria num processo de negociação partilhada, respeitando a família e as suas competências, desejos e ansiedades. A criança/família é aquela que tem o potencial de mudar comportamentos de saúde, comprometendo-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios, pessoalmente valorizados. As famílias e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal, que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adopção de comportamentos de promoção da saúde.

Transpondo alguns conceitos do modelo de promoção de saúde de Nola Pender, relativamente às características e experiências individuais é necessário compreender o comportamento anterior, ou seja, comportamentos que podem condicionar o comportamento atual ou o comportamento que deve ser mudado. Neste caso, trata-se de uma a latente em berço com as grandes descidas e sem supervisão materna. Quanto aos fatores pessoais são divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade); psicológicos (auto-estima, auto-motivação, estado de saúde percebido e a definição pessoal de saúde) e socioculturais (raça, etnia, aculturação, educação e estatuto socioeconómico). Na situação relatada, trata-se da Sra. P., mãe de 26 anos, com o 12º ano de escolaridade e mãe de um primeiro filho com 18 meses, até então não tinha ocorrido nenhum acidente, no entanto o stress da hospitalização e a ausência temporária da mãe condicionou o comportamento ocorrido.

Relativamente aos conhecimentos e sentimentos próprios dos comportamentos, que exercem motivação e são modificáveis através de intervenções de enfermagem, compreendemos os benefícios para a ação, que são as representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adotar um comportamento. A Sra P. refere contribuir para o desenvolvimento e crescimento adequados da M. e compreende a importância da prevenção de acidentes. Neste sentido intervimos no sentido de reforçar a educação sobre os cuidados a ter quando tem de deixar a M. sem supervisão, como barreiras percebidas que podem dificultar a adoção de novo comportamento. A Sra. P. referiu não deixar mais a filha sozinha e quando isso acontecesse elevaria as grades do berço.

No que respeita à auto-eficácia percebida é a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento de promoção de saúde, diz respeito à competência percebida pela mãe em termos da capacidade para evitar as quedas acidentais da sua filha. Neste sentido, foi fornecido apoio prático ao nível da demonstração do funcionamento das grades

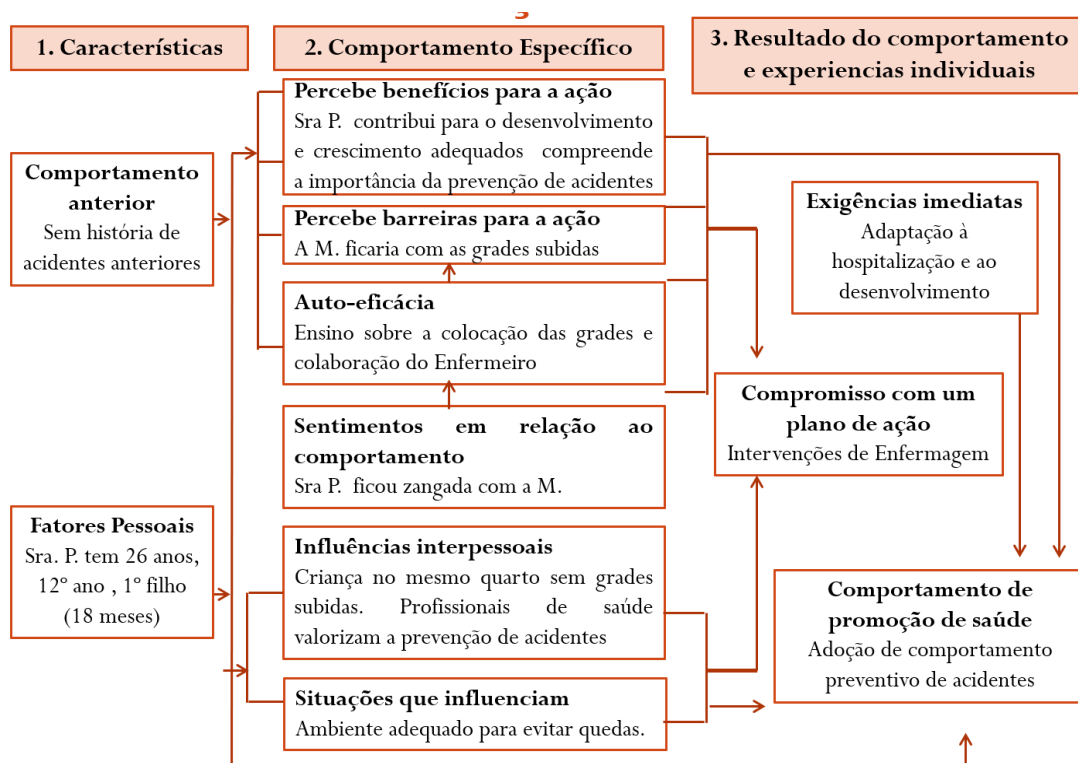
da cama, e foi informada que poderá sempre pedir a colaboração dos enfermeiros para ficar com a M. enquanto ela está ausente.

Os sentimentos em relação ao comportamento compreendem a relação emocional com o mesmo, neste caso a mãe ficou zangada com a M. por ela não estar quieta no berço, tendo sido explicado à Sra. P. que esta tem uma enorme vontade de explorar o que a rodeia, tornando-a muito ativa, querendo afirmar-se e exercer a sua vontade própria, não medindo as consequências dos seus atos, o que representa um grande desafio para os pais (Papalia, 2001, Hockenberry, 2016).

Para alteração de comportamento, temos também em conta as influências interpessoais, ou seja, a influência de outras pessoas no comportamento. A mãe do outro menino internado, no mesmo quarto, estava presente e a Sra. P. sentiu segurança em deixar as grades descidas. Relativamente às influências situacionais, é necessário analisar o ambiente e se este facilita ou impede o comportamento. Nesta situação, a outra criança internada no mesmo quarto que a M. também não tinha as grades subidas. Por outro lado, o ambiente facilita o comportamento de evicção de acidentes, nomeadamente a existência de grades em todos os berços e camas e todos estão travados assim como os cadeirões presentes nos quartos. As unidades estão arrumadas e organizadas, de forma que a prestação de cuidados interfira o menos possível com a atividade da criança.

Além destas influências, também os profissionais têm um papel fundamental, se a mãe perceber que os profissionais valorizam a prevenção de acidentes, e que promovem esta prática, mais facilmente adotam comportamentos adequados. Salienta-se desta forma, a relação terapêutica intencional e orientada como meio através do qual os enfermeiros, exercem influências interpessoais para a adesão a comportamentos promotores de saúde. Nesse sentido foram reforçados os ensinamentos de prevenção de acidentes durante a hospitalização, demonstrando os mesmos de forma prática e a importância da supervisão materna durante o mesmo, mostrando disponibilidade da equipa em ficar com a M. sempre que a mãe precisar de se ausentar, no momento foi realizado ensino sobre as características do desenvolvimento da M. que potenciam a ocorrência de acidentes. A mãe verbalizou compreensão dos mesmos, levando-a a adotar comportamento de promoção de saúde, no que respeita à prevenção de acidentes e nomeadamente à aplicação de medidas de prevenção de quedas durante o restante período de internamento, sendo também reforçada a necessidade de manter estes comportamentos no domicílio.

Diagrama 1: Diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender adaptado por Vitor J. et al (2005), usado na situação descrita.



Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro) enfermeiro deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos, demonstrando para isso conhecimentos sobre a criação de ambiente seguro para os utentes. Devendo também atuar eficazmente sobre pressão, gerindo as emoções para uma resposta adequada.

Ao enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem, acresce ainda trabalhar em parceria com a criança e com a família/pessoa significativa, tendo um papel fundamental na promoção da saúde, através de ações informativas, educativas e preventivas junto da criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que esta se encontre. Acresce ainda a competência de promover o crescimento, o desenvolvimento infantil e transmitir orientações antecipatórias às crianças/famílias a fim da maximização do potencial do seu desenvolvimento, Para além disso deve usar uma comunicação eficaz indo ao encontro das necessidades da criança/família, das suas características e do seu

desenvolvimento, adequando assim as técnicas de comunicação utilizadas (Regulamento nº 222/2018, de 12 de Julho).

Daí que tenha sido importante estabelecer uma comunicação eficaz com Sra. P. e com a M., de forma a tranquilizá-las. Após o problema da M. estar resolvido, foi importante a realização do reforço do ensino sobre a supervisão e prevenção de acidentes.

Conclusão:

Esta situação levou-me a conseguir gerir os sentimentos despertados pela mãe e a sua aflição ao ver a filha com o pé preso, mas também foi importante compreender a aplicação do modelo de promoção de saúde e de todos os seus componentes.

Plano de ação:

Seria importante a implementação deste modelo, aquando a realização das ações de educação realizadas pela equipa de enfermagem, pois este permite uma abordagem completa ao problema detetado, analisando os fatores/sentimentos potenciadores e dificultadores da ação, onde a criança/família são o centro da ação e estes sentem-se integrantes no processo de mudança de comportamentos assumindo o compromisso com a ação.

3. Referências bibliográficas:

Almis H, Bucak IH, Konca C & Turgut M. (2017) Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls. *Pediatric Nursing*. Jan-Fev. 32: 3-7 DOI: 10.1016/j.pedn.2016.10.006.

Fujita, Y., Fujita, M. & Fujiwara, C. (2013) Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science*. Dez. 10:223-231. Doi: 10.1111/jjns.12004.

Gibbs G (1988) *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Hockenberry, M. & Wilson, W. (2016) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Ed. Lisboa: Lusociência.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011) *Health Promotion in Nursing Practice*. (6ª Ed) Boston: Pearson Education.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. (8ª Ed). Lisboa: McGraw-Hill.

Sakraida, T. (2004) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (5º Ed). Loures: Lusociência (699-709).

Regulamento nº 222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* II Série (Nº 133 de 12-07-2018). 19192-19194.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* II Série (Nº 26 de 9 Fevereiro de 2019). 4744-4750.

Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol.18, n.º3: 235-240. Doi: 10.1590/S0103-21002005000300002.

APÊNDICE III

Folheto informativo: “Quedas em Pediatria – Prevenção”

SABIA QUE ...

... **Bastam 30 segundos** para que uma queda aconteça?

...Os acidentes são considerados pela Direção Geral da Saúde um **problema de Saúde Pública?**

... São a **2ª causa de morte** ou de lesão acidental em todo o mundo?

...**Os bebês** têm o centro de gravidade mais baixo mas o peso acentuado da cabeça em relação ao corpo torna-as **mais suscetíveis a quedas?**

...Diariamente cerca de **9 crianças** sofrem uma queda com **consequências graves** e ocorrem maioritariamente entre os **0-4 e os 15-19 anos**.

...Por cada criança que morre por acidentes domésticos e de lazer, **160 são internadas por vários traumatismos** e **2.000** são assistidas nos **serviços de urgência?**

Logótipo da Instituição

Quedas em Pediatria

Prevenção



Dados da Instituição

Serviço de Pediatria

QUEDAS EM PEDIATRIA PREVENÇÃO

A todas as crianças é avaliado o risco de queda:

- Os bebês/crianças até aos 3 anos de idade são identificados como alto risco de queda.
- As crianças com 3 ou mais anos de idade o risco é de acordo com o seu desenvolvimental/medicação/situação clínica.

De acordo com a avaliação o bebê/criança/adolescente é identificado na sua primeira da seguinte maneira:

- Alto risco de queda
- Baixo risco de queda

Em todas as situações são aplicadas medidas para minimizar o risco!

Respeite as indicações dadas pelos profissionais de saúde do serviço:

- Mantenha sempre o berço/cama com as rodas travadas;
- Mantenha a cama na posição mais baixa;
- Mantenha as proteções laterais levantadas enquanto a criança/adolescente estiver na cama. Nunca o deixe sozinho sem as grades subidas:
- Não durma com o bebê/criança ao colo;
- Tenha atenção ao equipamento em seu redor: suportes de soro, monitores, fios elétricos;
- Mantenha os brinquedos e ao quarto arrumados para evitar tropeço e caia;
- Mantenha o bebê/criança preso com as cintas de segurança sempre que se encontrar no carrinho, cadeirinha ou cadeira de comer;
- Tenha cuidado com o chão molhado ou escorregadio. Garanta que a criança/adolescente tem calçado ou meias antiderrapantes.
- Nunca deixe ao bebê/criança sozinha na altura do banho. Organize tudo o que precisa antes.

Aos PAIS:

- Devem permanecer sempre junto da criança, o ambiente é desconhecido e tem perigos que o seu filho não consegue identificar;
- Devem avisar o enfermeiro sempre que sair do quarto e a sua criança ficar sozinha;
- Devem informar o enfermeiro sobre quaisquer mudanças de comportamento da criança.
- Não se limitem a proibir a criança de fazer determinada atividade, é preciso ensiná-la e alertá-la para os riscos que certos atos envolvem.
- Dê o exemplo! As crianças imitam os adultos.

As quedas são, em grande parte, evitáveis com medidas de prevenção simples mas extremamente eficazes.

Acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos e a sua contribuição são é importante.

APÊNDICE IV

Instrução de trabalho: “Prevenção de quedas em pediatria em meio hospitalar - Escala de Humpty Dumpty”

1. OBJETIVOS

- Definir critérios de avaliação do risco de queda em pediatria.
- Uniformizar o procedimento para a avaliação do risco de queda em pediatria.
- Definir medidas que visem a prevenção de quedas em meio hospitalar.
- Implementar intervenções de enfermagem de acordo com o risco identificado.

2. ÂMBITO

- O instrumento de avaliação aplica-se a todas as crianças internadas.
- A avaliação do risco de queda, aplica-se a todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde,

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

3.1. DEFINIÇÕES

A DGS (2011) no documento “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente” define **risco** como probabilidade de ocorrência de um incidente e prevenível”, como algo que é aceite pela comunidade como escusável num determinado conjunto de circunstâncias, entramos assim na área da gestão do risco OE (2006).

Queda é definida como um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente tombado no chão ou num outro nível mais baixo, não sendo dada a relevância à ocorrência de lesão ou não (WHO,2008).

O diagnóstico de enfermagem: **risco de queda**, “*risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico*”, (NANDA-I, 2013 p.505).

As estratégias de prevenção devem ser abrangentes, multifacetadas enfatizando a educação, a formação e a criação de ambientes seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda e à definição de políticas eficazes para redução do risco (WHO, 2008).

3.2. ABREVIATURAS

DGS – DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

OE – ORDEM DOS ENFERMEIROS

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

3.3. REFERÊNCIAS

- Direção Geral de Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa. Portugal: Ministério da Saúde
- Hill-Rodriguez, et all (2009). The humpty Falls Scale: A case control study. *Journal for specialists in Pediatric Nursing*, 14 (1) 22-32
- Pauley, Barbara, et all (2014). Clinical Relevance of the Humpty Dumpty, falls scale in a Pediatric Specialty Hospital. *Pedriatic Nursing*. 40.(3), 137-142
- NANDA Internaciotinal (2013). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International, Definições e classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Lisboa: Portugal. Ordem dos Enfermeiros.
- World Health Organization (2008). Word Report on Child Injury Prevention. Acedido a 24 de Abril de 2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf;jsessionid=CC48F22D29CD9FA0A007F7D6CA5EDDDD?sequence

4. DESCRIÇÃO

4.1. INFORMAÇÕES GERAIS

A OMS (2008) alerta para o fato de as quedas serem a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após dos acidentes rodoviários. As quedas fazem parte do processo do desenvolvimento normal de uma criança. Felizmente, a maior parte das quedas têm pequenas consequências e muitas crianças caem muitas vezes ao longo da vida, não tendo mais do que umas escoriações ou hematomas.

No ambiente hospitalar, os incidentes adversos são indesejáveis em qualquer Serviço.

Estes são motivo de preocupação para profissionais de saúde e administradores, pois em geral eles acontecem inesperadamente e levam a um desvio da qualidade dos cuidados, com consequências imprevisíveis para a criança/família, para a equipa de enfermagem e para a instituição.

Por esta razão, uma das medidas de segurança que o enfermeiro e a equipe de enfermagem devem fazer, refere-se à prevenção de quedas das crianças durante o período de internamento.

A manutenção da segurança da criança no decorrer do internamento hospitalar é uma das principais responsabilidades atribuídas ao enfermeiro, que deve procurar todos os recursos disponíveis para realizá-la.

O enfermeiro observa a Criança/Jovem de modo a identificar as variáveis envolvidas, iniciando o processo de avaliação do risco de quedas e o respetivo registo.

Os fatores que influenciam o risco de queda em crianças podem ser intrínsecos: sexo (masculino), alteração do nível de consciência, história de queda anterior, idade <3 anos, capacidade de mobilização, ou extrínsecos: o envolvimento dos pais na cultura de segurança e as condições ambientais tais como berços, grades e sala de brinquedos (NANDA-I, 2013).

O instrumento para a avaliação do risco de queda é a Escala de Humpty Dumpty que se encontra no Sistema informático de Enfermagem.

Esta escala foi validada através de um estudo descritivo que identificou o elevado risco de quedas em crianças hospitalizadas (Hill-Rodriguez, et all, 2009).

A escala de avaliação do risco de queda tem como objetivos: identificar o risco de queda na criança e no jovem, atuar consoante o risco, prevenir possíveis quedas e aumentar a segurança na criança e no jovem.

A avaliação do risco de queda será realizada pelo enfermeiro após a admissão da criança no serviço, no máximo de 24 horas.

O enfermeiro deve seguir as medidas gerais de prevenção de quedas e, as intervenções definidas, que se encontram no sistema informático de enfermagem, para o nível de risco identificado.

Deve informar a Criança/Jovem e família, sobre a avaliação do risco de queda e das intervenções realizadas.

4.2. AVALIAÇÃO DO RISCO

Será realizado pelo enfermeiro após a admissão da criança no serviço, no máximo de 24 horas, que procederá à avaliação do risco de quedas segundo a Escala de Humpty Dumpty. No caso de **bebés/crianças com idade inferior a 3 anos serão consideradas de alto risco**, de acordo com a escala de avaliação de risco de Humpty Dumpty, Em caso de **criança/Jovem submetido a cirurgia**, esta na sua admissão será **considerada de ALTO RISCO**, devendo depois existir uma **reavaliação após o 1º levante, às 24 horas e 48 horas** após a cirurgia.

Deverá ser **reavaliado** o risco de queda segundo os seguintes critérios:

- A cada 5 dias de internamento, devendo estar programado no sistema informático de enfermagem isso mesmo.
- Se ocorrer uma queda.
- Se alteração da condição da criança/Jovem, quer ao nível da sua situação clínica, quer no que diz respeito à alteração da sua medicação/anestesia ou sedação moderada/profunda.

4.3. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PEDIATRIA - ESCALA DE HUMPTY DUMPTY

A avaliação do Risco de Queda será efetuada segundo a **ESCALA DE HUMPTY DUMPTY** que permite atribuir uma pontuação aos seguintes parâmetros:

- Idade
- Sexo
- Diagnóstico
- Fatores ambientais
- Medicação usada
- Deficiências cognitivas
- Cirurgia/Sedação/Anestesia

A soma das pontuações atribuídas a cada um dos 7 parâmetros (mínima–7 e máxima–23), define o grau de risco de queda da criança, de acordo com os seguintes scores:

- Consideram-se com **BAIXO RISCO DE QUEDA** as crianças que tenham baixo risco na Escala de Humpty Dumpty (Pontuação 7-11).

- Consideram-se com **ALTO RISCO DE QUEDA** as crianças que tenham alto risco na Escala de Humpty Dumpty (Pontuação 12-23).

Objetivos da avaliação pela escala de Humpty Dumpty:

- Identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem.
- Atuar consoante o nível de risco.
- Prevenir possíveis quedas.
- Aumentar a segurança da criança e do jovem.
- Aumentar a satisfação da criança e do jovem assim como da sua família.

Parâmetro	Critérios	Score
Idade	< 3 anos	4
	3 - 6 anos	3
	7 - 12 anos	2
	≥ 13 anos	1
Género	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Alteração neurológica	4
	Alteração na oxigenação	3
	Psiquiátrico ou alterações comportamentais	2
	Outros diagnósticos	1
Alterações cognitivas	Não está consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Está consciente das suas limitações	1
Fatores ambientais	História de quedas ou criança com ≤ 3 anos em cama	4
	Utiliza ajudas técnicas ou criança com < 3 anos em berço	3
	Criança/adolescente em cama	2
	Criança/adolescente em ambulatório	1
Resposta à cirurgia, sedação ou anestesia	≤ 24 horas	3
	≤ 48 horas	2
	> 48 horas ou nenhuma	1
Uso de Fármacos	Utilização de dois fármacos ou mais: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, anti-depressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	Utilização de um fármaco	2
	Outros Fármaco ou nenhum	1
Total		

Fonte: Sistema Informático de Enfermagem - GLINTT®

ORIENTAÇÕES DE PREENCIMENTO		
Parâmetro	Critério / Score	Definição
1. Idade	< 3 Anos (4 pontos)	Devido a uma menor estabilidade na marcha até aos 3 anos e menor percepção dos perigos.
	3 - 6 Anos (3 pontos)	As crianças ganham capacidade total de equilíbrio na marcha, mas ainda há probabilidade de ocorrer quedas em corrida; melhora a percepção de segurança embora ainda diminuta.
	7 - 12 Anos (2 pontos)	Melhoria da análise do ambiente que a rodeia, socialização aumenta.
	≥ 13 Anos (1 ponto)	Capacidade total de analisar o ambiente que o rodeia, bem como socialização menos ativa a nível físico.
2. Género	Masculino (2 pontos)	De acordo com a evidência científica, têm maior probabilidade de cair.
	Feminino (1 ponto)	As crianças do sexo feminino têm menor probabilidade de cair.
3. Diagnóstico	Alteração neurológica (4 pontos)	Se a criança tem alterações neurológicas permanentes ou se pelo seu diagnóstico atual pode apresentar alterações do estado de consciência e orientação, mesmo que por períodos. Ex: Convulsão/equivalentes convulsivos, traumatismo craniano, hidrocefalia, paralisia cerebral, cefalohematomas, hemorragia intra-craniana).
	Alteração na oxigenação (3 pontos)	Engloba qualquer diagnóstico que resulte na diminuição da oxigenação cerebral ou diminuição de transporte de oxigénio pelos glóbulos vermelhos. Vai para além das doenças respiratórias. Ex: Patologia cardíaca, respiratória ou descompensação cárdio-respiratória, desidratação, anemia, anorexia, síncope.
	Psiquiátrico ou alterações comportamentais (2 pontos)	Crianças que pelo seu diagnóstico tenham períodos de desorientação/alterações de comportamento reversíveis, durante as quais aumenta a probabilidade de queda. Pode incluir alterações de humor (depressão / doença bipolar) e comportamentos impulsivos. Criança sujeita a cirurgias ortopédicas ou com problemas ortopédicos que dificultem a marcha.
	Outros diagnósticos (1 ponto)	Criança cujo diagnóstico não influencia o estado neurológico nem o equilíbrio na marcha. Qualquer diagnóstico que não se encaixe em nenhum dos itens anteriores.
4. Alterações cognitivas	Não tem noção dos limites (3 pontos)	Criança totalmente desorientada no espaço/pessoa e que não tem a percepção do risco ligado às suas limitações, nem ligado a fatores externos (ambiental, medicação, diagnóstico). Pode ser aplicado a qualquer grupo etário e é dependente da compreensão das consequências dos seus atos.
	Esquece os limites (2 pontos)	A criança tem a capacidade de compreender as suas limitações, contudo devido a fatores como a idade, o diagnóstico, as alterações funcionais recentes, a criança esquece as suas limitações. Ex: perda de consciência ou hipoglicémia.
	Orientado na capacidade própria (1 ponto)	Criança que se encontra orientado no espaço e pessoa, reconhecendo as suas limitações.
5. Fatores ambientais	História de quedas ou criança com ≤ 3 anos em cama (4 pontos)	Se a criança teve quedas presenciadas nos últimos 3 meses sem causa externa (ex: empurrão), relacionadas com a postura ou tonturas. Excluir as quedas que ocorrem durante o processo normal de aprendizagem para andar. Se a criança é um lactente/Toddler e está deitado numa cama de adulto. Ex: cama articulada ou maca-cama, em vez de berço, por falta de recursos materiais do serviço.
	Utiliza ajudas técnicas ou criança com < 3 anos em berço (3 pontos)	Se a criança utiliza bengala, canadianas ou andarilho. Criança que se consegue colocar de pé e pode tentar saltar do berço de grades. Se a criança for sentada na cadeira de adulto ou cadeirão, sem cintos; se deambula amparado ao mobiliário ou usa suporte de soros.
	Criança/adolescente em cama (2 pontos)	Criança que se encontra acamada em cama de adulto, podendo esquecer-se, por exemplo, da altura da cama ser diferente da sua no domicílio ou de ter as grades levantadas.
	Criança/adolescente em ambulatório (1 ponto)	Criança que deambula, e que não se encaixa nos itens anteriores. Sem risco acrescido.
6. Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	≤ 24 horas (3 pontos)	A cirurgia decorreu há ≤ 24 horas Status mental com potencial de se encontrar afetado pela medicação anestésica.
	≤ 48 horas (2 pontos)	A cirurgia decorreu há > 24 a ≤ 48 horas Status mental com pouco potencial de se encontrar afetado pela medicação anestésica.
	> 48 horas ou nenhuma (1 ponto)	A cirurgia decorreu há > 48 horas Sem risco acrescido de queda.
7. Uso de fármacos	Utilização de dois fármacos ou mais (3 pontos)	Se a criança está medicada com <u>2 ou mais</u> fármacos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos Uso combinado de fármacos que, pelas suas ações terapêuticas e/ou interações medicamentosas possam influenciar negativamente a orientação e o equilíbrio da criança e jovem
	Utilização de um fármaco (2 pontos)	Se a criança está medicada com <u>apenas 1</u> dos fármacos; Utilização de um único fármaco que, pelas suas ações terapêuticas possa influenciar negativamente a orientação e o equilíbrio da criança e jovem
	Outro fármaco ou nenhum (1 ponto)	Quando a criança não está sob o efeito de fármacos nenhuns, ou não está medicada com sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos.

Nota:

Em cada parâmetro que é avaliado pela escala a criança/Jovem recebe pelo menos uma pontuação mínima de 1.

- Se, por algum motivo, os itens em qualquer parâmetro não são aplicáveis, deve-se atribuir a pontuação mínima de 1.
- Se se aplicar mais que uma categoria num parâmetro, deve-se considerar o de maior pontuação: ex., se uma criança com um histórico de convulsões (neurológica) for admitida por pneumonia (alteração na oxigenação), considera-se a pontuação relativa a “Diagnóstico neurológico”.

O presente esclarecimento de cada item da escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty ficará impresso e deverá estar presente para consulta em todas as unidades de pediatria do hospital.

4.4. MEDIDAS PREVENTIVAS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO A HUMPTY DUMPTY:

A todas as crianças/jovens assim como aos pais/cuidadores deverá ser entregue no momento do acolhimento ao internamento o folheto informativo sobre a prevenção de quedas na pediatria, assim como, o enfermeiro responsável deverá realizar ensino a ambos sobre medidas preventivas de ocorrência de queda.

Ao longo do internamento, é necessário reforçar essas medidas educativas, pois estudos comprovam que existe um aumento da frequência da queda a partir do 3º dia de internamento.

4.4.1. APLICAR PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS – BAIXO RISCO:

- 1- Orientação para o quarto.
- 2- Cama na posição mais baixa, travada e grades da cama para cima.
- 3- Avaliar a distância entre as grades, de acordo com a criança, utilizar precauções de segurança adicionais, se necessário.

- 4- Usar calçado anti-derrapante, na criança que deambula e roupas de tamanho adequado para evitar o risco de tropeçar.
- 5- Quarto livre de equipamento desnecessário, arrumado e livre de riscos.
- 6- Campanha de chamada ao alcance da criança/família, ensinar sobre a sua funcionalidade.
- 7- Avaliar as necessidade de eliminação, ajudar se necessário.
- 8- Avaliar a necessidade de iluminação adequado no período noturno.
- 9- Disponibilizar informação para crianças e pais.
- 10- Incluir no plano de cuidados documento de ensino sobre prevenção de quedas.

4.4.2. APLICAR PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS – ALTO RISCO:

- 1- Identificar exteriormente o quarto.
- 2- Identificar a criança.
- 3- Retirar todos os equipamentos desnecessários do quarto.
- 4- Acompanhar a criança na deambulação.
- 5- Avaliar a necessidade de colocar a criança num quarto mais perto da sala de trabalho de enfermagem.
- 6- Ensinar criança/família sobre prevenção de quedas.
- 7- Manter as portas do quarto sempre abertas, exceto se criança em isolamento.
- 8- Verificar o paciente de hora a hora.
- 9- Avaliar a necessidade de supervisão de 1:1.

4.5. IDENTIFICAÇÃO NA CRIANÇA/JOVEM

A identificação deverá ser efetuada com a colocação de uma bola autocolante com a cor correspondente ao risco (**vermelho – alto risco de queda; azul – baixo risco de queda**), na pulseira de identificação da criança/jovem.

Identificação da criança com alto risco:



No internamento



Na urgência pediátrica

4.6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NA CRIANÇA/JOVEM NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

De acordo com estudos analisados e de acordo com os parâmetros a que nos remete a escala apresentada os recém-nascidos/latentes internados na neonatologia serão sempre considerados de alto risco de queda, pelo que deverá ser estabelecido o respetivo protocolo de atuação e na avaliação inicial da criança deverá ser mencionada que a mesma apresenta alto risco de queda pela idade.

4.7. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NA CRIANÇA/JOVEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Avaliação é realizada pelo enfermeiro e decorre da implementação do protocolo de Triagem de Manchester através da seleção de um dos seguintes parâmetros, Fluxogramas/Discriminadores ou Necessidades Especiais para a prevenção das quedas, descritos nos seguintes quadros:

FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR
Todos os fluxogramas	Compromisso da via aérea Respiração ineficaz; Hemorragia exsanguinante; Choque; Estridor; Criança não reativa, Convulsão atual; Hipoglicémia; Lesão ocular química; Prolapso do cordão umbilical; Dor severa; Alteração do estado de consciência de novo; Sinais de meningismo.
Convulsões	Todos os discriminadores
Criança que não se sente bem	Todos os discriminadores
Criança com dificuldade de locomoção	Todos os discriminadores
Doença Mental	Todos os discriminadores
Embriaguez Aparente	Todos os discriminadores
Estado de inconsciência/síncope	Todos os discriminadores
Problemas nos membros	Todos os discriminadores
Queda	Todos os discriminadores
Sobredosagem e envenenamento	Todos os discriminadores
Traumatismo crânio encefálico	Todos os discriminadores

NECESSIDADES ESPECIAIS PARA PREVENÇÃO DAS QUEDAS
Criança/ Jovem em cadeira de rodas
Criança/ Jovem em maca
Criança/ Jovem invisual
Criança/ Jovem com surdez
Criança/ Jovem com dispositivos auxiliares de marcha
Criança/ Jovem com tonturas

Sempre que um utente é avaliado com “alto risco de queda”, essa informação deve ser registada pela enfermeira da triagem, no processo clínico, em “Queixa / Observações”, bem como a informação sobre o ensino efetuado.

Todos os outros utentes são considerados com “baixo risco de queda” não sendo colocado nenhum tipo de identificação ou efetuado registo específico.

Os utentes com “alto risco de queda” e/ou o seu acompanhante que permaneçam nas **salas de espera**, são alertados pelo enfermeiro da triagem, para a adoção de medidas de prevenção de quedas.

Aos utentes com “alto risco de queda” que permaneçam nas **salas de observação**, é-lhes aplicado o protocolo de prevenção de alto risco de queda.

4.9. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM CRIANÇAS EM AMBULATÓRIO:

No caso de utentes em ambulatório não é efetuada a avaliação formal do risco de queda, sendo considerado que para todas as crianças nesta categoria, existe sempre **alto risco de queda** e conseqüentemente são adotadas as medidas gerais de prevenção de queda.

4.8. PARAMETRIZAÇÃO EM SISTEMA INFORMÁTICO DE ENFERMAGEM:

O valor do score, da escala de avaliação do risco de quedas, aquando a realização do acolhimento no internamento deverá ser **registado no plano de trabalho** (atitude terapêutica – monitorizar o risco de queda de Humpty Dumpty) e **na avaliação inicial de criança/jovem** (item autocuidado – queda score escala de Humpty Dumpty, no caso de crianças com idade inferior a 3 anos de idade deverá ficar registado em observações – alto risco de queda pela idade).

Deverá de seguida, de acordo com o score, levantado o **diagnóstico de queda** (RISCO de queda alto ou baixo) e será levando a respetiva intervenção.

De ressaltar que na parametrização na escala aquando o plano de trabalho de enfermagem no item da idade, a idade que aparece dos 3-7 anos, corresponde à idade dos 3-6 anos tal como está previsto na escala apresentada anteriormente.

4.8.1 INTERVENÇÕES DO SISTEMA INFORMÁTICO DE ENFERMAGEM PARA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS – BAIXO RISCO:

1. Supervisionar a atividade da pessoa
2. Garantir ambiente seguro em redor da cama
3. Verificar se a cama trava adequadamente
4. Identificar pessoa com risco de queda
5. Manter a cama baixa
6. Manter a cama travada

7. Manter o cadeirão travado
8. Disponibilizar auxiliares de deambulação
9. Calçado adequado

Nota: Devem ser selecionadas as intervenções adequadas à situação do utente.

4.8.1 INTERVENÇÕES DO SISTEMA INFORMÁTICO DE ENFERMAGEM PARA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS – ALTO RISCO:

1. Supervisionar a atividade da pessoa
2. Garantir ambiente seguro em redor da cama
3. Colocar grades na cama
4. Colocar a campainha em local acessível
5. Manter grades da cama elevadas
6. Restringir atividade motora (Contenção mecânica e/ou medicamentosa) - Ambas devem ser prescritas pelo médico, conforme IT.PSI.001 Contenção de Doentes
7. Levante apenas com ajuda de outra pessoa
8. Manter a cama baixa
9. Manter a cama travada
10. Manter o cadeirão travado
11. Disponibilizar auxiliares de deambulação
12. Promover ensino ao utente e família

Nota: Devem ser selecionadas as intervenções adequadas à situação do utente.

4.9. PRESENÇA DE QUEDA / NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE QUEDA

Quando ocorrer uma queda o registo é realizado por qualquer profissional que tenha tido conhecimento desta. Deverá assim ser levantado o **diagnóstico de queda presente** no sistema informático de enfermagem, e associar as intervenções de enfermagem:

1. Informar o médico;
2. Monitorizar o risco de queda (deverá ser avaliado o risco de queda pela escala do risco de quedas de humpty dumpty e não pela escala de Morse como está programado no sistema informático de enfermagem);
3. Descrever o incidente de queda.

Após os registos anteriormente descritos deverá ser dado termo ao diagnóstico de queda, mantendo o respetivo diagnóstico de risco e suas intervenções de enfermagem associadas.

Também deverá ser descrita a ocorrência de queda no sistema de notificação de eventos em vigor neste hospital, a aplicação HER+, descrevendo a sua tipologia, o score de risco identificado anteriormente, o motivo principal da queda, se resultaram lesões, medidas tomadas de imediato, medidas de prevenção, entre outros dados.

Qualquer pessoa que observe uma queda, em caso de dúvida, poderá sinalizar um enfermeiro para a adoção das medidas mais apropriadas.

4.10. ALTA / TRANSFERÊNCIA DA CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE QUEDA

Na alta/transferência da criança devem ser tomadas as seguintes medidas:

1. Não dar termo ao diagnóstico de risco de queda na elaboração da carta de alta / transferência;
2. Entregar folheto de prevenção de quedas se o doente não tiver ainda.

ELABORADO POR
ALEXANDRA BRÁS

APROVADO POR

APÊNDICE V

Documento de apoio ao preenchimento da avaliação de risco de quedas – escala Humpty
Dumpty

Escala de Avaliação do Risco de Queda de Humpty Dumpty:

Parâmetro	Critérios	Score
Idade	<3 Anos	4
	3 - 6 Anos	3
	7 - 12 Anos	2
	≥ 13 Anos	1
Género	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Alteração neurológica	4
	Alteração na oxigenação	3
	Psiquiátrico ou alterações comportamentais	2
	Outros diagnósticos	1
Alterações cognitivas	Não está consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Está consciente das suas limitações	1
Fatores ambientais	História de quedas ou criança com ≤ 3 anos em cama	4
	Utiliza ajudas técnicas ou criança com <3 anos em berço	3
	Criança/adolescente em cama	2
	Criança/adolescente em ambulatório	1
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	≤ 24 Horas	3
	≤ 48 Horas	2
	> 48 Horas ou nenhuma	1
Uso de fármacos	Utilização de dois fármacos ou mais: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, anti-depressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	Utilização de um fármaco	2
	Outros Fármaco ou nenhum	1
Total		

Fonte: Sistema Informático de Enfermagem - GLINTT®

Nota:

- Em cada parâmetro recebe uma pontuação mínima de 1.
- Se os itens em qualquer parâmetro não são aplicáveis, deve-se atribuir a pontuação mínima de 1.
- Se se aplicar mais que uma categoria num parâmetro, deve-se considerar o de maior pontuação: ex., se uma criança com um histórico de convulsões (neurológica) for admitida por pneumonia (alteração na oxigenação), considera-se a pontuação relativa a “Diagnóstico neurológico”.

Quando avaliar:

- Após a **admissão** da criança no serviço, no máximo de 24 horas, em caso de **bebés/crianças com idade inferior a 3 anos serão consideradas de alto risco.**
- **Criança/Jovem submetido a cirurgia, na sua admissão será considerada de ALTO RISCO**, devendo depois existir uma **reavaliação após o 1º levante, às 24 horas e 48 horas** após a cirurgia.

Quando reavaliar:

- **A cada 5 dias** de internamento (programar no sistema informático).
- Criança/Jovem submetido a cirurgia, **reavaliar após o 1º levante, às 24 horas e 48 horas** após a cirurgia.
- **Se ocorrer uma queda.**
- Se **alteração da condição da criança/Jovem**, quer ao nível da sua situação clínica, quer no que diz respeito à alteração da sua medicação/anestesia ou sedação moderada/profunda.

Classificação de acordo com o score:

- Baixo Risco – 7 a ≤ 11 – **AZUL**
- Alto Risco – ≥ 12 a 23 – **VERMELHA**

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO		
Parâmetro	Critério / Score	Definição
1. Idade	< 3 Anos (4 pontos)	Devido a uma menor estabilidade na marcha até aos 3 anos e menor perceção dos perigos.
	3 - 6 Anos (3 pontos)	As crianças ganham capacidade total de equilíbrio na marcha, mas ainda há probabilidade de ocorrer quedas em corrida; melhora a perceção de segurança embora ainda diminuta.
	7 - 12 Anos (2 pontos)	Melhoria da análise do ambiente que a rodeia, socialização aumenta.
	≥ 13 Anos (1 ponto)	Capacidade total de analisar o ambiente que o rodeia, bem como socialização menos ativa a nível físico.
2. Género	Masculino (2 pontos)	De acordo com a evidência científica, têm maior probabilidade de cair.
	Feminino (1 ponto)	As crianças do sexo feminino têm menor probabilidade de cair.
3. Diagnóstico	Alteração neurológica (4 pontos)	Se a criança tem alterações neurológicas permanentes ou se pelo seu diagnóstico atual pode apresentar alterações do estado de consciência e orientação, mesmo que por períodos. Ex: Convulsão/equivalentes convulsivos, traumatismo craniano, hidrocefalia, paralisia cerebral, cefalohematomas, hemorragia intra-craniana).
	Alteração na oxigenação (3 pontos)	Engloba qualquer diagnóstico que resulte na diminuição da oxigenação cerebral ou diminuição de transporte de oxigénio pelos glóbulos vermelhos. Vai para além das doenças respiratórias. Ex: Patologia cardíaca, respiratória ou descompensação cardíaco-respiratória, desidratação, anemia, anorexia, síncope.
	Psiquiátrico ou alterações comportamentais (2 pontos)	Crianças que pelo seu diagnóstico tenham períodos de desorientação/alterações de comportamento reversíveis, durante as quais aumenta a probabilidade de queda. Pode incluir alterações de humor (depressão / doença bipolar) e comportamentos impulsivos. Criança sujeita a cirurgias ortopédicas ou com problemas ortopédicos que dificultem a marcha.
	Outros diagnósticos (1 ponto)	Criança cujo diagnóstico não influencia o estado neurológico nem o equilíbrio na marcha. Qualquer diagnóstico que não se encaixe em nenhum dos itens anteriores.
4. Alterações cognitivas	Não tem noção dos limites (3 pontos)	Criança totalmente desorientada no espaço/pessoa e que não tem a perceção do risco ligado às suas limitações, nem ligado a fatores externos (ambiental, medicação, diagnóstico). Pode ser aplicado a qualquer grupo etário e é dependente da compreensão das consequências dos seus atos.
	Esquece os limites (2 pontos)	A criança tem a capacidade de compreender as suas limitações, contudo devido a fatores como a idade, o diagnóstico, as alterações funcionais recentes, a criança esquece as suas limitações. Ex: perda de consciência ou hipoglicémia.
	Orientado para a capacidade própria (1 ponto)	Criança que se encontra orientado no espaço e pessoa, reconhecendo as suas limitações.
5. Fatores ambientais	História de quedas ou criança com ≤ 3 anos em cama (4 pontos)	Se a criança teve quedas presenciadas nos últimos 3 meses sem causa externa (ex: empurrão), relacionadas com a postura ou tonturas. Excluir as quedas que ocorrem durante o processo normal de aprendizagem para andar. Se a criança é um lactente/Toddler e está deitado numa cama de adulto. Ex: cama articulada ou maca-cama, em vez de berço, por falta de recursos materiais do serviço.
	Utiliza ajudas técnicas ou criança com < 3 anos em berço (3 pontos)	Se a criança utiliza bengala, canadianas ou andador. Criança que se consegue colocar de pé e pode tentar saltar do berço de grades. Se a criança for sentada na cadeira de adulto ou cadeirão, sem cintos; se deambula amparado ao mobiliário ou usa suporte de soros.
	Criança/adolescente em cama (2 pontos)	Criança que se encontra acamada em cama de adulto, podendo esquecer-se, por exemplo, da altura da cama ser diferente da sua no domicílio ou de ter as grades levantadas.
	Criança/adolescente em ambulatório (1 ponto)	Criança que deambula, e que não se encaixa nos itens anteriores. Sem risco acrescido.
6. Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	≤ 24 horas (3 pontos)	A cirurgia decorreu há ≤ 24 horas Status mental com potencial de se encontrar afetado pela medicação anestésica;
	≤ 48 horas (2 pontos)	A cirurgia decorreu há > 24 a ≤ 48 horas Status mental com pouco potencial de se encontrar afetado pela medicação anestésica;
	> 48 horas ou nenhuma (1 ponto)	A cirurgia decorreu há > 48 horas Sem risco acrescido de queda;
7. Uso de fármacos	Utilização de dois fármacos ou mais (3 pontos)	Se a criança está medicada com <u>2 ou mais</u> fármacos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, anti-depressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos Uso combinado de fármacos que, pelas suas ações terapêuticas e/ou interações medicamentosas possam influenciar negativamente a orientação e o equilíbrio da criança e jovem
	Utilização de um fármaco (2 pontos)	Se a criança está medicada com <u>apenas 1</u> dos fármacos; Utilização de um único fármaco que, pelas suas ações terapêuticas possa influenciar negativamente a orientação e o equilíbrio da criança e jovem
	Outro fármaco ou nenhum (1 ponto)	Quando a criança não está sob o efeito de fármacos nenhuns, ou não está medicada com sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos.

APÊNDICE VI

Sessão de formação: “Quedas em pediatria – escala de Humpty Dumpty”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório

Sessão de Formação
Quedas em Pediatria – Escala de Humpty Dumpty

Hospital
Serviço de Internamento Pediatria

Docentes:

Professora Doutora Margarida Lourenço (Regente)
Professora Doutora Elisabete Nunes (Orientadora)
Professora Doutora Zaida Charepe

Enfermeiro Orientador:

Mestre PN

Estudante:

Mestranda Alexandra Brás, n.º 192017060

Lisboa, setembro de 2018

INDICE

1. ENQUADRAMENTO	3
2. SESSÃO DE FORMAÇÃO: Quedas em Pediatria – Escala de Humpty Dumpty	
2.1. Flayer de divulgação da sessão	5
2.2. Plano de sessão	6
2.3. Slides da sessão	8
2.4. Avaliação da sessão	15

1. ENQUADRAMENTO:

O presente trabalho, insere-se no âmbito do mestrado em enfermagem, na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa.

Em relação ao plano de estudo do referido mestrado, enquadra-se no 3º semestre, na unidade curricular de Estágio Final e Relatório, mais especificamente é realizado no serviço de internamento de pediatria de um hospital no período de 3 de setembro a 12 de outubro de 2018, num total de 130 horas de participação direta no contexto.

Para dar resposta ao objetivo específico: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família no âmbito da prevenção de queda durante o internamento, foi necessário a implementação da atividade de realização de formação em serviço sobre as quedas pediátricas durante a hospitalização assim como a apresentação e características da própria escala de avaliação de Humpty Dumpty.

Desta forma, estabelecemos também como atividade a realização de uma sessão formativa à equipa de enfermagem, onde foram apresentados todos os documentos elaborados sobre o tema.

Pretende-se assim apresentar os documentos elaborados para a realização da sessão de formação em serviço: “*Quedas em Pediatria – Escala de Humpty Dumpty*”.

2. SESSÃO DE FORMAÇÃO: “Quedas em Pediatria – Escala de Humpty Dumpty”

2.1. Flayer de divulgação da sessão:

**Logótipo
da
Instituição**

**Logótipo
do Centro de
Formação**

**Quedas em Pediatria:
Escala de Avaliação do Risco de
Humpty Dumpty**

Destinatários: Enfermeiros

Data: 24/09/2018

Horário: 14h00 às 15h30

Local: Sala de Reuniões - Serviço de Pediatria

Formador: Enf^a Alexandra Brás

(Enfermeira no serviço de pediatria e mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica)

Informações: contactar o serviço de pediatria.



**Logótipo da
Entidade
Formadora**

2.2. Plano da sessão de formação:

Tema: Quedas em pediatria – implementação da escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty

Local: Sala de reuniões do piso 7

Formador: Enfermeira Mestranda Alexandra Brás, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Universidade Católica Portuguesa.

Destinatários: Equipa de Enfermagem do serviço de pediatria

Professora Responsável: Professora Doutora Elisabete Nunes

Enfermeiro Orientador: Enfermeira Mestre PN

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge enquanto necessidade formativa detetada na prestação de cuidados. Decorre ainda no âmbito do projeto implementado e permite a operacionalização da escala de Humpty Dumpty nos serviços pediátricos do hospital. Toda a fundamentação teórica está presente em relatório de estágio.

Data: 24 de setembro de 2018

Hora: 14:00

Duração prevista: 1:30

Objetivo Geral: Contribuir para a formação da equipa de enfermagem no âmbito da prevenção de quedas pediátrica em contexto hospitalar e da escala de Humpty Dumpty

Objetivo Específico:

- Identificar as principais características das quedas em pediatria.
- Identificar as quedas pediátricas como um acidente a prevenir.
- Identificar as intervenções mais corretas na prevenção de quedas em pediatria.
- Utilizar corretamente a escala de avaliação do risco de quedas Humpty Dumpty.

Metodologias: Expositiva e ativa

Recursos: Formadora, suporte informático, documentos formativos elaborados (instrução de trabalho, folheto informativo e orientações de preenchimento).

Metodologia de Avaliação: A avaliação da sessão, pelo formador e pelos formandos, será efetuada através de preenchimento do documento de avaliação de sessão disponibilizada pela instituição em causa.

Organização da sessão:

Quadro 1: Planificação da sessão de formação.

Conteúdos	Auxiliares Pedagógicos			Tempo
	Metodologia	Audiovisuais	Outros	
1. Apresentação - Apresentação do tema, sumário e objetivos	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora	3'
2. Introdução - Justificação da temática - Fundamentação teórica	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora	5'
3. Desenvolvimento - Queda em Pediatria - Escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty - Intervenções de Enfermagem de prevenção de queda (investigação) - Parametrização no Sistema Informático de Enfermagem - Folheto informativo de prevenção de quedas em pediatria - Ocorrência de queda / notificação - Alta / Transferência - Exercícios práticos	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora	10'
	- Ativo	- Sistema Informático de Enfermagem Glintt®	- Formandos - Instrução de trabalho - Orientações de preenchimento - Folheto informativo	10'
				10'
				10'
				5'
				5'
				13'
4. Conclusão - Síntese das principais ideias - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação da sessão	- Expositivo - Ativo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora - Formandos - Documentos de avaliação da sessão / formador	7'
5. Referências Bibliográficas - Apresentação dos bibliográficos	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora	2'

2.3 Slides em Power Ponit da sessão:

Logótipo da Instituição

Quedas em Pediatria

Implementação da Escala de Avaliação de Risco de Queda Humpty Dumpty

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTUGAL

Serviço de Pediatria
Docente: Professora Doutora Elisabete Nunes
Enfermeiro Orientador: Enfermeira Mestre PN
Aluno: Enfermeira Mestranda Alexandra Bras 192017060

Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

1

Sumário e Objetivos

Logótipo da Instituição

- Queda em pediatria
- Escala de Avaliação do Risco de Queda Humpty Dumpty
- Parametrização informática da escala
- Intervenções de Enfermagem na prevenção da queda (Investigação)
- Folheto informativo de prevenção de quedas em pediatria
- Notificação de ocorrência de queda
- Alta / Transferência
- Exercícios práticos

Geral:

- Participar na formação da equipa de enfermagem no âmbito da prevenção de quedas pediátrica em contexto hospitalar e da escala de Humpty Dumpty

Específicos (que no final os enfermeiros consigam):

- Identificar as principais características das quedas em pediatria.
- Identificar as quedas pediátricas como um acidente a prevenir.
- Identificar as intervenções mais corretas na prevenção de quedas em pediatria.
- Utilizar corretamente a escala de avaliação do risco de quedas Humpty Dumpty.

2

Justificação da Temática

Logótipo da Instituição

O diagrama centraliza-se em 'Prevenção de quedas'. Em torno dele, há vários elementos: 'Necessidade da organização / Interesse Pessoal', 'Investigação', 'APSI', 'PNSU', 'Competências Enfermeiro especialista', 'Meta Internacional da Segurança nos cuidados - JCI', 'Indicador dos cuidados', 'Diagnóstico de Enfermagem', 'Teoria de Enfermagem', 'PNSD', 'OMS'.

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil
JCI – Joint Commission International
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente
PNSU – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

3

Segurança no Cuidados

Logótipo da Instituição

ANEXO I

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que envolve as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistemática de todas as atividades.

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, analisá-los e diagnosticá-los, identificando as ações de melhoria a desenvolver. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, inserir-se entre as principais prioridades. Por sua vez, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação dos métodos usados. Por isso, deve requerer a tomada de medidas preventivas e corretivas após a ocorrência de incidentes. Solvidado-se, portanto, a existência complementaridade existente entre uma análise a priori, que é essencial a parte de análise a posteriori, colocado em evidência falhas não identificadas como fatores e pontos críticos para a ocorrência de incidentes de segurança.

O presente Plano, concebido com base numa visão transversal do Serviço Nacional de Saúde, obriga ao envolvimento das responsabilidades.

1. Aumentar a cultura de segurança
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Decreto-Lei nº28/2015, de 10 de fevereiro

4

Segurança nos Cuidados

Logótipo da Instituição

- Os clientes têm direito a cuidados seguros;
- Os Enfermeiros têm o dever de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro;
- Participam na identificação, análise e controlo de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita;
- As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos.

OE, 2006

5

Segurança nos Cuidados e Enfermagem

Logótipo da Instituição

- Ao profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro, tem um papel fundamental na implementação de medidas direcionadas à segurança do utente hospitalizado.
- O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.
- A supervisão direta do enfermeiro junto à equipa de saúde deve mediar a tomada de decisão, fundamentada no conhecimento científico e amparada na legislação para minimizar as repercussões dos eventos adversos na vida e na saúde dos utentes.

6

Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- **2ª causa de morte** ou lesão acidental no mundo.
- **Queda** é então definida pela como um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente tombado no chão ou num outro nível mais baixo, não sendo dada a relevância à ocorrência de lesão ou não.

WHO (2008)
- **Foco cair:** "executar uma descida de um corpo a nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade de sustentar pesos e permanecer na vertical"

CIPE, 2018 p.43
- **109 crianças morreram** devido a queda:
 - 77% sexo masculino e 23% sexo feminino
 - 34% com idade entre os 15-19 anos
 - 31% entre os 0-4 anos
 - 19% entre os 5-9 anos
 - 16% entre os 10-14 anos

Quedas em Portugal (2002-2012) da APSI (2014)

7

7

Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- **40000 crianças** tiveram de ser internadas.

Quedas acidentais em Portugal (2000-2009) da APSI (2011)
- Diariamente cerca de **9 crianças** sofrem uma queda com **consequências graves** e ocorrem maioritariamente entre os 0-4 e os 15-19 anos.
- Os internamentos por quedas por escorregar ou tropeçar são os mais frequentes em crianças entre os 5 e os 9 anos (34%), ao passo que as quedas por colisão são mais frequentes a partir dos 10 anos (80%)

APSI (2014)

8

8

Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- **Fatores de risco:**
 - **Fatores intrínsecos:**
 - alterações fisiológicas como o sexo (masculino),
 - história de queda anterior,
 - idade inferior a 3 anos,
 - alterações devido à patologia e/ou ao efeito colateral de medicamentos;
 - **Fatores extrínsecos:**
 - relacionados com a atividade da criança,
 - meio envolvente (presença do cuidador na sala e o equipamento envolvido).

NANDA-I, 2013

9

9

Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- **Classificação da queda:**
 - **quedas fisiológicas previstas:** relacionada com fatores como: idade, patologia, medicação ou procedimentos médicos);
 - **quedas fisiológicas imprevistas:** relacionadas a fatores fisiológicos, e não estão classificadas como risco nas escalas de avaliação);
 - **quedas acidentais:** queda decorrente das condições ambientais/organizacionais, ou seja de fatores extrínsecos.

Yuan-Yuan, G., et al (2016)

10

10

Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- **Lesões decorrentes da queda:**
 - fraturas (12%)
 - as contusões (10%)
 - escoriações/esfolamentos (9%)
- **Área do corpo afetada:**
 - cabeça é a mais afetada (27%)
 - membros (10%)
 - várias partes (18%)
 - 39% não foi identificada

APSI (2014)

11

11

Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- A taxa de queda pediátrica durante a hospitalização foi de 1.23 por 1000 crianças/dia

Almis H. et al (2016)
- **% quedas por dia de internamento:**
 - 1º dia de internamento - 10,3%
 - 2º dia de internamento - 13,8%
 - 3º dia de internamento - 75,9%

Fujita, Y. et al (2013)

12

12

Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- **Características das crianças que sofreram queda em internamento:**
 - sexo masculino - 54%
 - desenvolvimento adequado à idade - 86%
 - crianças saudáveis - 69%
 - estado de consciência orientadas - 92%
 - sem diminuição da acuidade visual - 91%
 - deambula de forma autónoma - 66%

No que diz respeito aos adolescentes referem que as quedas ocorrem preferencialmente entre as 6:00 e as 12:00 do dia.

Jamerson P. et al (2014)

13

13

Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- **Taxa de queda vs presença de adulto:**
 - Adulto presente no momento da queda - 77%
 - Adulto realmente testemunhou a queda - 90%.
- **Taxa de queda vs características do cuidador:**
 - o grau de escolaridade;
 - o tabagismo;
 - a ansiedade/stress.

Jamerson P. et al (2014)

Almis H. et al (2016)

14

14

Instrução de Trabalho Logótipo da Instituição

15

15

Prevenção de Queda Logótipo da Instituição

16

16

Risco de Queda em Pediatria Logótipo da Instituição

- **Avaliação do risco de queda:**
 - O enfermeiro não consegue reverter a queda, mas pode prevenir a sua ocorrência, sendo o diagnóstico de enfermagem: **risco de queda**, "risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico"

NANDA-I, 2013 p.505

17

17

Escala de avaliação do risco de queda de Humpty Dumpty Logótipo da Instituição

- **Objetivos da avaliação pela escala Humpty Dumpty:**
 - Identificar o nível de risco de queda na criança e no jovem.
 - Atuar consoante o nível de risco.
 - Prevenir possíveis quedas.
 - Aumentar a segurança da criança e do jovem.
 - Aumentar a satisfação da criança e do jovem assim como da sua família.

Hill-Rodriguez, et al (2009)

18

18

Escala de Avaliação do Risco de Queda de Humpty Dumpty

Logótipo da Instituição

- Instrumento de avaliação do risco de quedas em pediatria, constituído por 7 itens:

- Idade
- Género
- Diagnóstico
- Alterações Cognitivas
- Fatores Ambientais
- Resposta à cirurgia, sedação ou anestesia
- Uso de Fármacos

19

19

Escala de avaliação do risco de queda de Humpty Dumpty

Logótipo da Instituição

Parâmetro	Critérios	Score
Idade	< 3 anos	4
	3 - 6 anos	3
	7 - 12 anos	2
Género	< 13 anos	1
	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Alteração neurológica	4
	Alteração na oxigenação	3
	Prejuízo ou alterações comportamentais	2
Alterações cognitivas	Outros diagnósticos	1
	Não está consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
Fatores ambientais	Está consciente das suas limitações	1
	História de quedas ou oitanga com < 3 anos em cama	4
	Utiliza ajudas técnicas ou oitanga com < 3 anos em berço	3
Resposta à cirurgia, sedação ou anestesia	Oitanga adolescente em cama	2
	Oitanga adolescente em ambulatório	1
	< 24 horas	3
Uso de Fármacos	> 48 horas	2
	< 24 horas ou nenhuma	1
	Utilização de dois fármacos ou mais: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, anti-depressivos, opiáceos, dissétiacos, narcóticos	3
Total	Utilização de um fármaco	2
	Outros fármacos ou nenhum	1

Sistema Informático de Enfermagem – Aplicação Glinnt®

20

20

Orientações de Preenchimento

Logótipo da Instituição

Logótipo da Instituição

INFORMAÇÃO NºP222/03/01 (Data de Atualização)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS DE HUMPTY DUMPTY Orientações de Preenchimento Pág. 1/12

Escala de Avaliação do Risco de Queda de Humpty Dumpty:

Parâmetro	Critérios	Score
Idade	< 3 anos	4
	3 - 6 anos	3
	7 - 12 anos	2
Género	< 13 anos	1
	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Alteração neurológica	4
	Alteração na oxigenação	3
	Prejuízo ou alterações comportamentais	2
Alterações cognitivas	Outros diagnósticos	1
	Não está consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
Fatores ambientais	Está consciente das suas limitações	1
	História de quedas ou oitanga com < 3 anos em cama	4
	Utiliza ajudas técnicas ou oitanga com < 3 anos em berço	3
Resposta à cirurgia, sedação ou anestesia	Oitanga adolescente em cama	2
	Oitanga adolescente em ambulatório	1
	< 24 horas	3
Uso de Fármacos	> 48 horas	2
	< 24 horas ou nenhuma	1
	Utilização de dois fármacos ou mais: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, anti-depressivos, opiáceos, dissétiacos, narcóticos	3
Total	Utilização de um fármaco	2
	Outros fármacos ou nenhum	1

Fonte: Sistema Informático de Enfermagem - GLINNT®

Nota:

- Cada parâmetro recebe uma pontuação mínima de 1.

21

21

Escala Humpty Dumpty

Logótipo da Instituição

Baixo Risco

Score 7 a ≤ 11

Alto Risco

Score ≥ 12 a 23

22

22

Escala Humpty Dumpty

Logótipo da Instituição

- Quando avaliar:
 - a admissão da criança no serviço, no máximo de 24 horas.
 - na admissão da criança/jovem antes da cirurgia (ALTO RISCO)
- Quando reavaliar:
 - A cada 5 dias de internamento, devendo estar programado no sistema informático isso mesmo.
 - Em caso de criança/jovem submetido a cirurgia:
 - após o 1º levante;
 - As 24 horas após cirurgia;
 - As 48 horas após a cirurgia
 - Se ocorrer uma queda.
 - Se alteração da condição da criança/jovem, quer ao nível da sua situação clínica, quer no que diz respeito à alteração da sua medicação/anestesia ou sedação moderada/profunda.

23

23

Parametrização Informática do Risco de Queda

Logótipo da Instituição

- Avaliação Inicial

24

24

Parametrização Informática do Risco de Queda

Logótipo da Instituição

25

Parametrização Informática do Risco de Queda

Logótipo da Instituição

- Atitude terapêutica:

26

Parametrização Informática do Risco de Queda

Logótipo da Instituição

- Intervenção de Enfermagem:

27

Intervenções de Enfermagem

Logótipo da Instituição

- Identificar o criança/Jovem:

28

Avaliação no Serviço de Urgência

Logótipo da Instituição

FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR
Todos os fluxogramas	Compromisso da via aérea Respiração ineficaz; Hemorragia exsanguinante; Choque; Estridor; Criança não reativa; Convulsão atual; Hipoglicémia; Lesão ocular química; Dor severa; Alteração do estado de consciência de novo; Sinais de meningismo.
Convulsões	Todos os discriminadores
Criança que não se sente bem	Todos os discriminadores
Doença Mental	Todos os discriminadores
Embriaguez aparente	Todos os discriminadores
Estado de inconsciência/síncope	Todos os discriminadores
Problemas nos membros	Todos os discriminadores
Queda	Todos os discriminadores
Sobredosagem e envenenamento	Todos os discriminadores
Traumatismo crânio encefálico	Todos os discriminadores

29

Avaliação no Serviço de Urgência

Logótipo da Instituição

NECESSIDADES ESPECIAIS PARA PREVENÇÃO DAS QUEDAS
Criança/ Jovem em cadeira de rodas
Criança/ Jovem em maca
Criança/ Jovem invisual
Criança/ Jovem com surdez
Criança/ Jovem com dispositivos auxiliares de marcha
Criança/ Jovem com tonturas

30

Intervenções de Enfermagem Humpty Dumpty

Logótipo da Instituição

- **Medidas preventivas – BAIXO RISCO:**
 - Orientação para o quarto.
 - Cama na posição mais baixa, travada e grades da cama para cima.
 - Avaliar a distância entre as grades, de acordo com a criança, utilizar precauções de segurança adicionais, se necessário.
 - Usar calçado anti-derrapante, na criança que deambula e roupas de tamanho adequado para evitar o risco de tropeçar.
 - Quarto livre de equipamento desnecessário, arrumado e livre de riscos.
 - Campanha de chamada ao alcance da criança/família, ensinar sobre a sua funcionalidade.
 - Avaliar as necessidade de eliminação, ajudar se necessário.
 - Avaliar a necessidade de iluminação adequado no período noturno.
 - Disponibilizar informação para crianças e pais.
 - Incluir no plano de cuidados documento de ensino sobre prevenção de quedas.

31

31

Intervenções de Enfermagem Humpty Dumpty

Logótipo da Instituição

- **Medidas preventivas – ALTO RISCO:**
 - Identificar exteriormente o quarto.
 - Identificar a criança.
 - Retirar todos os equipamentos desnecessários do quarto.
 - Acompanhar a criança na deambulação.
 - Avaliar a necessidade de colocar a criança num quarto mais perto da sala de trabalho de enfermagem.
 - Ensinar criança/família sobre prevenção de quedas.
 - Manter as portas do quarto sempre abertas, excepto se criança em isolamento.
 - Verificar o paciente de hora a hora.
 - Avaliar a necessidade de supervisão de 1:1.

32

32

Intervenções de Enfermagem Sistema informático

Logótipo da Instituição

- **Aplicar de protocolo de prevenção de quedas - BAIXO RISCO:**
 - Supervisionar a atividade da pessoa
 - Garantir ambiente seguro em redor da cama
 - Verificar se a cama tava adequadamente
 - Identificar pessoa com risco de queda
 - Manter a cama baixa
 - Manter a cama travada
 - Manter o cadeirão travado
 - Auxiliares de deambulação disponíveis
 - Calçado adequado

Nota: Devem ser seleccionadas as intervenções adequadas à situação do utente.

33

33

Intervenções de Enfermagem Sistema informático

Logótipo da Instituição

- **Aplicar protocolo de prevenção de quedas - ALTO RISCO:**
 - Supervisionar a atividade da pessoa
 - Garantir ambiente seguro em redor da cama
 - Colocar grades na cama
 - Colocar a campinha em local acessível
 - Identificar a pessoa com risco de queda
 - Manter grades da cama elevadas
 - Restringir atividade motora
 - Levante apenas com ajuda de outra pessoa
 - Manter a cama baixa
 - Manter a cama travada
 - Manter o cadeirão travado
 - Disponibilizar auxiliares de deambulação
 - Promover ensino ao utente e família

Nota: Devem ser seleccionadas as intervenções adequadas à situação do utente.

34

34

Intervenções de Enfermagem Evidência científica

Logótipo da Instituição

- **Intervenções promotoras prevenção das quedas de forma mais eficaz são:**
 - partilhar a informação com a criança de alto risco e monitoriza-la cuidadosamente;
 - remover obstáculos nos circuitos de passagem;
 - usar um folheto informativo para educar as crianças e cuidadores sobre o uso adequado das grades/proteções do berço/cama;
 - usar uma ferramenta de avaliação de risco de queda;
 - estabelecer critérios para selecionar o tipo de cama de acordo com as características da criança;
 - colaborar na deambulação da criança com alto risco de queda;
 - manter a unidade organizada;
 - educar a criança e o cuidador, mais do que uma vez, sobre a prevenção das quedas;
 - não utilizar apenas o método verbal no processo educativo.

Fujita, Y., Fujita, M. & Fujiwara, C, 2013

35

35

Folheto Informativo Quedas em Pediatria

Logótipo da Instituição

Quedas em Pediatria

Prevenção

Dados Instituição

36

36

Presença de queda Logótipo da Instituição

Diagnóstico de Enfermagem
Queda Presente

37

37

Notificação de queda Logótipo da Instituição

38

38

Alta / Transferência Logótipo da Instituição

- Não dar termo ao diagnóstico de risco de queda na elaboração da carta de alta / transferência.
- Entregar folheto de prevenção de quedas se o doente não tiver ainda.

39

39

Exercícios Práticos
Aplicação da escala Logótipo da Instituição

- **CASO 1:**
 - 4 - Rn de 4 dias
 - 1 - sexo feminino
 - 1 - Ictérico, reinternado para realização de fototerapia
- **CASO 2:**
 - 4 - Criança de 2 anos
 - 1 - Sexo feminino
 - 1 - Diagnóstico de infeção do trato urinário
 - 1 - Sem alterações cognitivas
 - 3 - Colocado em berço
 - 1 - Sem cirurgia / sedação
 - 1 - Antibiótico
- **CASO 3:**
 - 3 - Criança de 3 anos
 - 2 - Sexo masculino
 - 1 - Diagnóstico de infeção do trato urinário
 - 1 - Sem alterações cognitivas
 - 3 - Colocado em berço
 - 1 - Sem cirurgia / sedação
 - 1 - Antibiótico

Alto Risco
Score - 12
Idade inferior a 3 anos
ALTO RISCO

40

40

Exercícios Práticos
Aplicação da escala Logótipo da Instituição

- **CASO 4:**
 - 3 - Criança de 3 anos
 - 1 - Sexo feminino
 - 1 - Diagnóstico de infeção do trato urinário
 - 1 - Sem alterações cognitivas
 - 3 - Colocado em berço
 - 1 - Sem cirurgia / sedação
 - 1 - Antibiótico
- **CASO 5:**
 - 2 - Criança de 8 anos
 - 2 - Sexo masculino
 - 3 - Com antecedentes de asma (medicada)
 - 1 - Consciente e orientado
 - 3 - Intervenção cirúrgica há 30 horas (já fez levantar e tolerou)
 - 1 - Colocado em cama, deambula
 - 1 - Analgesia leve/moderada

Baixo Risco
Score 11

Alto Risco
Score 13

41

41

Exercícios Práticos
Aplicação da escala Logótipo da Instituição

- **CASO 6:**
 - 1 - Criança de 15 anos
 - 1 - sexo feminino
 - 4 - Convulsão, com necessidade de vigilância (administrado diazepam pelo INEM)
 - 2 - Consciente e orientada (ver diagnóstico)
 - 1 - Colocado em cama e deambula
 - 1 - Sem cirurgia / Sedação
 - 2 - Diazepam (administrado)
- **CASO 8:**
 - 1 - Criança de 17 anos
 - 2 - Sexo masculino
 - 3 - Diagnóstico de drepanocitose
 - 1 - Sem alterações cognitivas
 - 4 - Colocado em cama, consegue efetuar marcha, com histórico de quedas anteriores nos últimos 3 meses sem causa externa
 - 1 - Sem cirurgia / Sedação
 - 3 - Analgesia leve/grave + hidroxizina sos (tem sido administrado)

Alto Risco
Score 12

Alto Risco
Score 15

42

42

Conclusão

Logótipo da Instituição

- A **educação das crianças e dos pais/cuidadores** sobre o risco de queda é de extrema importância e esta deve ser **reforçada ao longo do internamento** não apenas fornecido no momento da admissão.
- Usar **diferentes metodologias** que não apenas a verbal, salientando-se desta forma a **inclusão do um folheto informativo**.
- A **identificação das crianças** deverá ser realizada com o símbolo que as identifique qual o seu risco de queda.
- A **presença dos pais não oferece proteção adicional** contra a ocorrência de quedas podendo sim criar uma falsa sensação de proteção.
- Cada item da escala de avaliação do risco de queda de Humpty Dumpty deve ser **analisado com pormenor** e de acordo com as características de cada criança.
- A criança com **menos de 3 anos** será considerada de alto risco.
- As quedas em pediatria devem ser **registadas e notificadas**.

43

43

Logótipo da Instituição



44

44

Bibliografia

Logótipo da Instituição

- Monson, et al (2008). In-Hospital "Falls" of newborn infants: Data from a Multihospital Health Care. *Pediatrics*, 122(2), 277-280.
- Almis H, Busak IH, Kozsa C & Turgut M. (2016). Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls. *Pediatric Nursing*, Jan-Feb. 32: 3-7 DOI: 10.1016/j.pedn.2016.10.006
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Plano de Ação para a Segurança Infantil*. Portugal. Acedido a 02-04-2018. Disponível em http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2014). *Resumo do relatório - Quedas em Crianças e Jovens*. Portugal. Acedido a 02-04-2018. Disponível em http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudosdeQuedas20020013_Resumo.pdf
- Decreto-Lei nº28/2015, de 10 de Fevereiro. (2015) *Diário da República nº 28/2015, II série*. Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal
- Fujita, Y., Fujita, M., & Fujiwara, C. (2013). Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science*, Dez. 10:223-231. DOI: 10.1111/jjns.12004
- Hodges, K.T. & Gilbert, J.H. (2015). Eliminating infant falls. *Nursing made Incredibly Easy*. Jan-Feb. 14 (1), 20-25. DOI: 10.1007/s11988-000419169-09103-7e
- Hill-Rodríguez, et al (2009) The Humpty Falls Scale: A case control study. *Journal for specialists in Pediatric Nursing*, 14 (1) 22-32. DOI: 10.1111/j.1744-8152.2008.00186.x
- Jamerson, P, Graf, E, Messmer, P, Fields, H, Barton, S, Berger, A, ... Lunbeck, M. (2014) Inpatient Falls in Freestanding Children's Hospitals. *Pediatric Nursing* Maio-Jun. 40 (3), 127-135
- NANDA Internacional (2013). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, Definições e classificações 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- World Health Organization (2004). *Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas crianças*. Acedido a 24 de Abril de 2018. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/world_report_falls_portuguese.pdf
- World Health Organization (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. Acedido a 24 de Abril de 2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf?sessionid=CC48F22D29CD9FAD400777D6C45EDDD77e4e9a3c
- Yuan-Yuan, G., Koep, B., Yisheng, N., Jan, A. & Jan G. (2016). Review on prevention of falls in hospital settings. *Chinese Nursing Research*, Mar. 3:7-10 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnrn.2016.11.002>

45

45

Logótipo da Instituição

Dados da Instituição

46

46

2.4. Avaliação da sessão:

A sessão de formação em serviço foi apresentada no dia 24 de setembro de 2018, a 27 enfermeiros, correspondente a 63% dos enfermeiros a exercer funções nas diferentes unidades pediátricas da instituição à data da formação.

Para avaliação da mesma foi aplicado um questionário a todos os participantes, disponibilizado pela unidade de saúde onde a mesma foi realizada.

O questionário aborda inicialmente uma avaliação global da sessão, seguido da avaliação do seu impacto assim como a avaliação do formador, recorrendo a uma escala de 1 a 4 (discordo totalmente a concordo totalmente).

Após a recolha e análise de dados estes foram os resultados obtidos:

Figura 1- Avaliação da formação pelos formandos.

II. Avaliação Global							
Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente							
	1	2	3	4			
1. Os objectivos da formação foram claros	0%	0%	0%	100%			
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	0%	0%	0%	100%			
3. Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes	0%	0%	4%	96%			
4. A duração da acção/formação foi adequada	0%	0%	0%	100%			
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	0%	0%	0%	100%			
6. As instalações foram adequadas	0%	0%	0%	100%			
7. Os meios audiovisuais foram adequados	0%	0%	0%	100%			
8. A documentação foi suficiente	0%	0%	0%	100%			
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	0%	0%	0%	100%			
III. Avaliação do Impacto da Formação							
	1	2	3	4			
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	0%	0%	0%	100%			
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	0%	0%	0%	100%			
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	0%	0%	0%	100%			
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	0%	0%	0%	100%			
IV. Avaliação dos Formadores							
Coloque um X no número que melhor corresponde à sua avaliação perante o Formador:							
Formador(es):	Alexandra Brás	Formador 2	Formador 3	Formador 4	Formador 5	Formador 6	Formador 7
1. O formador revelou dominar o assunto	0% 0% 0% 100%	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2. A metodologia utilizada foi adequada	0% 0% 0% 100%	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
3. A exposição dos assuntos foi clara	0% 0% 0% 100%	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	0% 0% 0% 100%	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

Quanto à utilidade da formação um enfermeiro referiu a aplicabilidade na prática dos conteúdos dados como um aspeto importante.

Relativamente à minha apreciação, como formador da sessão, utilizei o questionário para o efeito fornecido pela instituição.

Figura 2- Avaliação da formação pelo formador.

II. Apreciação Global				
Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente				
	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação foram cumpridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Os formandos foram assíduos e pontuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Os formandos tinham os conhecimentos de base necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os formandos foram participativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. As instalações e os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. O apoio administrativo e técnico pedagógico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Um dos aspetos mais positivos desta formação foi a presença de grande parte da equipa de enfermagem nesta formação, o que leva a uma maior consciencialização da temática em estudo e da adoção das melhores medidas de prevenção de quedas.

Após a apresentação dos fatores potenciadores de queda e dos itens a avaliar no preenchimento da escala, foi unânime que a alteração do estado clínico da criança ou a alteração da medicação não era tida em conta na alteração do risco de queda daquela criança. Refiro-me a crianças que iniciam terapêutica com diuréticos, ou psiquotrópicos, ou opiáceos, que mesmo com a escala em vigor, a escala de Morse, deveria existir uma reavaliação do risco de queda e a mesma não tem ocorrido, sendo por isso considerado uma não conformidade nos registos de enfermagem.

É de destacar também a participação de todos os enfermeiros na apresentação de dúvidas, onde com a reflexão e discussão emergiram várias sugestões de melhor aplicabilidade da escala de avaliação de risco, quer ao nível do preenchimento da mesma como ao nível da implementação da escala no processo informático de enfermagem.

Todos os participantes concordaram que a escala de Humpty Dumpty era a escala de avaliação do risco de quedas mais adequada ao contexto pediátrico.

A realização desta formação em serviço permitiu desenvolver competências enquanto enfermeiro especialista, promovendo a formação baseada em evidência científica, atual e credível, desenvolvendo também conhecimentos ao nível da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

APÊNDICE VII

Reflexão individual em contexto de urgência pediátrica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório

Reflexão Individual

Hospital

Serviço de Urgência Pediátrica

Docentes:

Professora Doutora Margarida Lourenço (Regente)

Professora Doutora Elisabete Nunes (Orientadora)

Professora Doutora Zaida Charepe

Enfermeiras Orientadoras:

Mestre PM

Enfermeira ASG

Estudante:

Mestranda Alexandra Brás, n.º 192017060

Lisboa, novembro de 2018

INDICE

1. ENQUADRAMENTO	3
2. REFLEXÃO INDIVIDUAL	5
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

1. ENQUADRAMENTO

A presente reflexão individual insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa.

Em relação ao plano de estudo do referido mestrado, a referida reflexão crítica insere-se no 3º semestre na unidade curricular de Estágio Final e Relatório, mais especificamente é realizado no Serviço de Urgência Pediátrica num hospital no período de 15 de outubro a 16 de novembro de 2018, num total de 115 horas de participação direta no contexto.

A elaboração da mesma terei como base o ciclo reflexivo de Gibbs (1988) e todas as citações e referências bibliográficas serão realizadas de acordo com a Norma APA, 6ª edição.

2. REFLEXÃO INDIVIDUAL:

Descrição:

Durante a realização do ensino clínico na urgência pediátrica várias foram as situações presenciadas que põem em risco a criança, nomeadamente ao nível da segurança nos sistemas de retenção e nos carrinhos de passeio de crianças.

Vários foram os momentos em as crianças não tinham os cintos de segurança colocados ou não estavam corretamente colocados.

Desta forma passo a descrever a seguinte situação: num turno da tarde aquando a realização da triagem a um recém-nascido de 18 dias, que recorreu ao nosso serviço de urgência por obstrução nasal ligeira na companhia dos pais e vinha em ovo de transporte, verifiquei que vinha com os cintos bem colocados e bem-adaptados.

Na sala de tratamentos depois da observação médica o D. necessitava de uma lavagem nasal, à entrada verifiquei que o D. mantinha-se no ovo de transporte mas os cintos estavam mal colocados e mal adaptados, fato que os pais referiram que tinham saído agora da sala de observação médica e que como o iriam tirar de seguida novamente do ovo que não se preocuparam com a correta colocação do D. no ovo de transporte.

Perante o observado expliquei aos pais a necessidade e a importância de sempre que D. esteja no ovo de transporte ou cadeira de passeio os cintos devem estar bem colocados e bem-adaptados de forma a que caso exista, por exemplo uma queda, possamos minimizar os efeitos no D.

O D. foi então retirado no ovo de transporte colocado na maca, e foi explicado à Sra. A., mãe do D., o procedimento que iria realizar (lavagem nasal) e o porquê da realização do mesmo, de seguida perguntei aos pais se queriam estar presentes durante o procedimento, ao que ambos verbalizaram que sim pelo que lhes foi explicado de que forma poderiam colaborar no procedimento. Foi então pedido que Sra. A. ficasse próximo do D. que lhe transmitisse conforto fazendo também alguma contenção física, que lhe falasse ou cantasse algo que o D. gostasse e foi solicitada a chucha para conforto também do D.

O procedimento foi realizado sem intercorrências, com saída de secreções espessas esbranquiçadas em pequena quantidade. Foi feito ensino sobre a forma correta de efetuar a lavagem nasal em casa e da opção de terem um aspirador nasal doméstico para facilitar a

extração das secreções nasais proporcionando melhor conforto respiratório para o D. Os pais verbalizaram compreensão do ensino realizado e agradeceram o mesmo.

Depois do procedimento os pais iriam aguardar na sala dos aerossóis, localizada em frente da sala de tratamentos onde estávamos, Sr. C. colocou então o D. no ovo de transporte e colocou os cintos de forma correta e bem-adaptada.

Passado algum tempo, ao passar pela sala dos aerossóis, verifiquei que os pais do D. estavam sentados nas cadeiras e que o D. estava no ovo de transporte, mas que estava também em cima de uma cadeira. Aproximei-me deles e expliquei-lhes das consequências que o ovo em cima da cadeira pode ter, nomeadamente a possibilidade de uma queda do ovo e que poderá conduzir lesões no D.

Os pais colocaram então o ovo de transporte com o D. no chão, agradeceram todos os cuidados prestados referindo o quanto foram importantes para eles referindo serem “pais de primeira viagem” (SIC) e agradeceram também a nossa disponibilidade.

Sentimentos:

Durante o acontecimento anteriormente descrito, o primeiro sentimento foi de tentar perceber o porquê de os pais que na triagem terem o D. bem colocado do ovo e agora na sala de tratamento não tinham.

Enquanto enfermeiro e neste caso a desenvolver competências na área de saúde da criança e do jovem, não poderia ficar limitada apenas ao procedimento que estava a realizar, quer o processo de triagem quer o procedimento de lavagem nasal. O meu olhar é sempre abrangente em relação à família que tenho à frente e tendo detetar possíveis comportamentos de risco que possam ser evitadas, tendo uma atitude interventiva na saúde daquela criança/família.

Tive a percepção que os pais do D., ficaram muito gratos pela atenção prestada e pela disponibilidade demonstrada, referindo satisfação com a vinda ao serviço de urgência. Ambos tinham a noção que trazer um recém-nascido para uma urgência é sempre um risco mas o processo educativo estabelecido permitiu a aquisição de competências parentais e de prevenção de acidentes.

Avaliação:

A situação acima referida foi importante, pois reforçou o meu papel enquanto Enfermeiro a desenvolver um projeto na área da prevenção de acidentes, que não se limita apenas a realizar procedimentos mas sim a integrar os pais nos cuidados explicando-lhes de que

forma podem ajudar no procedimento que irão realizar potencializando as competências dos mesmos, e aproveitando todos os contatos com a criança/família para promover a saúde e minimizar os comportamentos de risco geradores de possíveis acidentes, promovendo também o uma parentalidade responsável.

Análise:

Ao realizar uma análise do ocorrido é de salientar que o estabelecimento da parceria de cuidados é importante a criação de momento de educação para a saúde, cujo objetivo é aumentar ou aprofundar os conhecimentos (Phaneuf, 2005),

A parentalidade é definida pela Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem, como “a ação de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (CIPE, 2017).

Segundo Papalia et al (2001), na sociedade atual a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem maior influência.

A informação e a educação para a saúde constituem elementos fundamentais para reduzir o risco dos acidentes, através da consciencialização dos pais para as mudanças que devem fazer no ambiente e nos comportamentos e no impacto destas mudanças na saúde dos seus filhos e na sociedade em geral (Dias, 2013).

Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões. É responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade (OE, 2015).

Em relação ao modelo de enfermagem aplicado, o Modelo de Promoção da Saúde de Pender desenvolvido em 1982. Este modelo realça o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde, neste caso o D. e os seus pais.

Transpondo alguns conceitos do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, relativamente às características e experiências individuais é necessário compreender o comportamento anterior, ou seja, compreender os comportamentos que podem condicionar o comportamento atual ou o comportamento que deve ser mudado. Neste caso trata-se de um recém-nascido que se encontra em ovo de transporte sem segurança. Quanto aos fatores

personais são divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade); psicológicos (auto-estima, auto-motivação, estado de saúde percebido e a definição pessoal de saúde) e socioculturais (raça, etnia, aculturação, educação e estatuto socioeconômico). Na situação relatada trata-se do D. um recém-nascido de 18 dias sem alterações aparentes, 1º filho de pais de 27 anos com o 12º ano de escolaridade ambos, de raça caucasiana, que recorrem pela primeira vez ao serviço de urgência pediátrica.

Relativamente aos conhecimentos e sentimentos próprios dos comportamentos que exercem motivação e são modificáveis através de intervenções de enfermagem compreendemos os benefícios para a ação, que são as representações mentais positivas que reforçam as consequências de adotar um comportamento. A Sra. A e o Sr. B. pais do D. referem querer contribuir para o desenvolvimento e crescimento adequados e compreendem a importância da higiene nasal e da prevenção de acidentes, neste sentido intervimos no sentido de reforçar a educação sobre os cuidados na higiene nasal e de que forma a poderiam realizar no domicílio e ainda reforçamos os cuidados que deve ter quando o D. se encontrava no ovo de transporte.

No que respeita à auto-eficácia percebida é a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento de promoção de saúde. Diz respeito à competência percebida pelos pais em termos da capacidade para evitar acidentes. Neste sentido, foi fornecido apoio prático ao nível da demonstração da correta higienização nasal, e da colocação do D. no ovo de transporte nomeadamente no posicionamento correto dos cintos e na colocação do ovo em locais com menor risco de queda. Foi-lhes também transmitida a disponibilidade dos enfermeiros para o esclarecimento das suas dúvidas.

Os sentimentos em relação ao comportamento compreendem a relação emocional com o comportamento, os pais do D. referem que querem o melhor para ele, querem que ele esteja em segurança e estão disponíveis e recetivos a todos os ensinamentos prestados. Para alteração de comportamento temos também em conta as influências interpessoais, ou seja, a influência de outras pessoas no comportamento. Os pais referem que vêm frequentemente crianças colocadas no ovo de transporte com os cintos colocados de forma errada ou em cima de cadeiras ou mesas e que por isso pensam ser esse o comportamento correto a adotar e que ainda ninguém lhes tinha explicado nada sobre isso. Relativamente às influências situacionais, é necessário analisar o ambiente e se este facilita ou impede o comportamento. Nesta situação é frequente as crianças estarem mal colocadas nas cadeiras de transporte, sendo fácil os pais observarem esta situação. Um dos fatores que podem concorrer para este comportamento desadequado é a dificuldade de aquisição de

competências na prevenção de acidentes durante o período de internamento na maternidade (24 a 72 horas). Desta forma os profissionais de saúde têm um papel fundamental na influência de realização de comportamentos adequados. É importante os pais perceberem a importância que os profissionais incidem na prevenção de acidentes, e que promovem na sua prática, pois desta forma, os pais adotam mais facilmente estes comportamentos.

Salienta-se desta forma a relação terapêutica intencional e orientada como meio através do qual os enfermeiros, exercem influências interpessoais para a adesão a comportamentos promotores de saúde, nesse sentido foram reforçados os ensinamentos de prevenção de acidentes, demonstrando os mesmos de forma prática, mostrando disponibilidade da equipa de enfermagem em satisfazer todas as necessidades formativas e não apenas de prestar cuidados em relação ao motivo de vinda ao serviço de urgência.

Relativamente ao último componente do modelo, o resultado do comportamento engloba o compromisso com o plano de ação (ações que possibilitem ao indivíduo manter o comportamento esperado) as exigências imediatas e preferências (as pessoas podem querer respostas imediatas com a alteração do comportamento ou exercem um controlo muito alto sob as ações de mudança do comportamento) desta forma os pais do D. verbalizaram a importância da realização daquele ensino e que iriam ter mais atenção à prevenção de acidentes e a adoção de medidas efetivas do mesmo quando estivessem no domicílio.

Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro), o enfermeiro deve envolver o utente (RN/família) e desenvolver cuidados em parceria de forma a também promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos, demonstrando para isso conhecimentos sobre a criação de ambiente seguro para os utentes.

Deve também enquanto enfermeiro especialista promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos, demonstrando para isso conhecimentos sobre a criação de ambiente seguro para os utentes.

Ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica acresce ainda trabalhar em parceria com a criança e com a família/pessoa significativa, tendo um papel fundamental na promoção da saúde através de ações informativas, educativas e preventivas junto da criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que esta se encontre, acrescentando ainda a competência de promover o crescimento o desenvolvimento infantil e transmitir orientações antecipatórias às crianças/famílias a fim da maximização do potencial do seu desenvolvimento.

Deve também procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família no sentido de adoptarem comportamentos promotores de saúde, ou seja não realizamos apenas o procedimento proposto, neste caso a lavagem nasal, mas trabalhos com a família noutras necessidades detectadas pela interação que tivemos, sendo também relevante o uso de uma comunicação eficaz (Regulamento nº 222/2018, de 12 de Julho).

Conclusão:

Esta situação levou-me a compreender a importância do Enfermeiro enquanto promotor de uma parentalidade responsável, onde o Enfermeiro está atento a todas as circunstâncias que o rodeiam. Sendo também importante para compreender a aplicação do modelo de promoção de saúde e de todos os seus componentes.

Plano de ação:

A implementação deste modelo aquando a realização das ações de educação realizadas pela equipa de enfermagem, permite uma abordagem completa ao problema detetado, analisando os fatores/sentimentos potenciadores e dificultadores da ação, onde a criança/família são o centro da ação e estes sentem-se integrantes no processo de mudança de comportamentos assumindo o compromisso com a ação, sendo assim um processo facilitador de desenvolvimento de competências ao nível da prevenção de acidentes.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermagem (2017). *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 2017*: Porto Alegre: Artmed Editora.

Dias S., Costa S. & Matins S. (2013) *Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos*. Acta Pediátrica Portuguesa. Nº 6: 277-282
Doi: 10.25754/pjp.2013.3490.

Gibbs G (1988) *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Hockenberry, M. & Wilson, W. (2016) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Ed. Lisboa: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Lisboa: OE.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. 8ª Ed. Lisboa: McGraw-Hill.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011) *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª Ed. Boston: Pearson Education.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

Regulamento nº 222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série* (Nº 133 de 12-07-2018). 19192-19194.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem do Enfermeiros. *Diário da República II Série* (Nº 26 de 9 Fevereiro de 2019). 4744-4750.

Sakraida, T. (2004) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5º Ed. Loures: Lusociência (699-709)

APÊNDICE VIII

Cartazes informativos elaborados em contexto de serviço de urgência pediátrica, a
afixar em sala de espera

Logótipo da Instituição

Informação ao Utente

Sistemas de Retenção de Crianças

Cadeiras 0-13 kg (Grupo 0+)

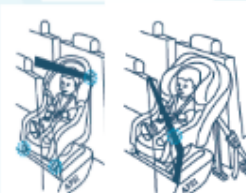
As "cadeiras portáteis" utilizam-se sempre voltadas para trás. Podem ser instaladas no banco da frente ou atrás, utilizando um cinto de 3 pontos. Não podem nunca ser instaladas num lugar que tenha um airbag frontal ativo.



Cadeiras 0-18 kg (Grupo 0+/I) e 9-18 kg (Grupo I)

A maior parte das crianças fica grande demais para a cadeira 0-13kg antes de atingir os 13 kg. Quando isso acontece é necessário mudar para uma cadeira 0-18 kg voltada para trás.

As cadeiras 0-18 kg, utilizam-se à frente ou atrás, num lugar com cinto de 3 pontos e sem airbag frontal ativo. Devem ser sempre utilizadas voltadas para trás, pois apenas nesta posição protegem convenientemente uma criança com menos de 18 meses.



Cadeiras 15-36 kg (Grupo II / III)

O cinto de segurança do automóvel segura a criança e a cadeira simultaneamente. São indicadas a partir dos 2 a 3 anos, dependendo do peso e altura da criança. Utilizam-se voltadas para a frente.



Bancos elevatórios 15-36 kg (Grupo II/III) ou 22-36 kg (Grupo III)

Aos 7/8 anos poderá utilizar apenas o banco elevatório se o cinto de segurança já não incomodar a criança no pescoço, mas pode também continuar a usar a cadeira 9-36 kg ou 15-36 kg se esta for suficientemente alta.

Se o seu carro não tiver encostos de cabeça nos bancos de trás, poderá ser melhor continuar a utilizar a cadeira de apoio completa para que a criança tenha o pescoço protegido em caso de acidente.



Não deixe de utilizar a cadeirinha ou banco elevatório antes de a criança ter 1,35m de altura, 12 anos ou 36 kg. Só assim o cinto ficará corretamente colocado na bacia e não sobre a barriga.

Cadeiras com Sistema ISOFIX

As cadeiras com Isofix encaixam em dois pontos inferiores, na base das costas do banco do automóvel, e fixam-se num terceiro ponto (atrás das costas do banco, na bagageira, ou apoiam no chão do carro). A existência de 3 pontos de apoio evita a rotação da cadeira em caso de acidente. Para utilizar estas cadeiras é necessário um carro equipado com Isofix.



Fonte: APSI
Disponível em www.apsi.org.pt

Email da instituição

Logótipo da Instituição

Informação ao Utente

Prevenção de Intoxicações

Sabia que...

... **as crianças são muito curiosas** e particularmente **suscetíveis à ingestão de tóxicos**, especialmente líquidos.

... **os adolescentes têm maior consciência** das consequências das suas ações **mas a pressão dos pares e os comportamentos de risco** podem levá-los ao abuso de produtos alcoólicos e drogas ilícitas.

Como evitar Intoxicações em Crianças:

- Não tome nem dê medicamentos às escuras.
- Não tome medicamentos sem indicação médica.
- Confirme as doses dos medicamentos antes de os administrar às crianças.
- Evite Tomar medicamentos em frente das crianças porque elas gostam de imitar os adultos. As crianças mais novas confundem medicamentos com rebuçados, gomas e outros doces.
- Mantenha os medicamentos fora do alcance das crianças.
- Mantenha os produtos tóxicos separados dos alimentos.
- Não utilize embalagens vazias (garrafas de água ou sumo) para guardar outros produtos (lixívia ou detergentes). Mantenha-os sempre nas embalagens originais.
- Prefira embalagens com tampas de segurança resistente à abertura por crianças.
- Ensine as crianças mais velhas a interpretar os rótulos das embalagens.

Em caso de intoxicação, deve ir ao médico.

Centro de Informação e Antivenenos – 808 250 143

Fonte: APSI
Disponível em www.apsi.org.pt

Email da instituição

Logótipo da Instituição

Informação ao Utente

Prevenção de Quedas

Sabia que ...

... as quedas são a **2º causa de morte** ou de lesão acidental em todo o mundo?

... **os bebés** têm o centro de gravidade mais baixo mas o peso acentuado da cabeça em relação ao corpo torna-as **mais suscetíveis a quedas**.

...diariamente cerca de **9 crianças** sofrem uma queda com **consequências graves** e ocorrem maioritariamente entre os **0-4 e os 15-19 anos**.

Como evitar Quedas em Crianças:

- Nunca deixe o bebé sozinho em cima da cama/sofá/trocador, nem que seja por breves instantes.
- Mantenha sempre as grades dos berço levantadas.
- Coloque o bebé/criança na cadeira de transporte com os cintos bem adaptados.
- Não coloque o ovo de transporte em cima de algo, mas sim no chão.
- Trave o carrinho de passeio quando estiver parado.
- As crianças maiores não devem pegar no bebé ao colo sem supervisão.
- Tenha cuidado com o chão molhado ou escorregadio.
- Tenha atenção às janelas e varandas da sua casa.
- Coloque cancelas nas escadas.
- Nunca deixe ao bebé/criança sozinha na altura do banho. Organize tudo o que precisa antes.

Fonte: APSI
Disponível em www.apsi.org.pt

Email da instituição

Logótipo da Instituição

Informação ao Utente

Prevenção de Queimaduras

Sabia que ...

... a **criança é capaz de puxar e brincar com objetos**, explorar orifícios, abrir gavetas e **não tem consciência das fontes de calor ou fogo**.

Como evitar Queimaduras em Crianças:

- Ensine a criança o perigo das chamas e o significado de “quente”.
- Verifique a temperatura dos alimentos (leite, sopa, chá, etc) antes de oferecer à criança.
- Não cozinhe com a criança ao colo.
- Vire para dentro da bancada as pegas das frigideiras e dos tachos, para que a criança não as possa alcançar.
- Guarde os fósforos, velas , incensos, cigarros e isqueiros, em zonas inacessíveis à criança.
- Proteja as tomadas elétricas com as proteções.
- Coloque as grades protetoras à frente de radiadores, lareiras, ou outras fontes de calor.
- Desligue os eletrodomésticos, depois de usados e enrole os fios.
- Use protetor solar.

Fonte: APSI
Disponível em www.apsi.org.pt

Email da instituição

Logótipo da Instituição

Informação ao Utente

Prevenção de Afogamentos

Sabia que ...

... a **criança está propensa a afogamentos**, pela sua curiosidade, capacidade de exploração do ambiente, e pela sua inconsciência perante o perigo.

... a **criança consegue alcançar áreas perigosas** quando não é supervisionada, como banheiras, lagos, piscinas e baldes.

... a **morte por afogamento é rápida, silenciosa e acontece em pouca água**.

Como evitar Afogamentos em Crianças:

- Nunca deixe o bebé/criança sozinho dentro de água, mesmo com pouca água.
- Segure bem o bebé durante o banho.
- Não atenda o telefone ou a campainha enquanto o bebe/criança estiver a tomar banho.
- Esvazie a banheira após utilização.
- Despeje os baldes ou outros recipientes que contenham água.
- Garanta a segurança dos espaços com água (piscinas, lagos, etc).

Fonte: APSI
Disponível em www.apsi.org.pt

Email da instituição

APÊNDICE IX

Sessão de formação: “Vigilância de Saúde e Segurança Infantil



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório

Sessão de Formação

VIGILÂNCIA DE SAÚDE E SEGURANÇA INFANTIL

Hospital
Serviço de Urgência Pediátrica

Docentes:

Professora Doutora Margarida Lourenço (Regente)
Professora Doutora Elisabete Nunes (Orientadora)
Professora Doutora Zaida Charepe

Enfermeiro Orientador:

Mestre PN
Enfermeira ASG

Estudante:

Mestranda Alexandra Brás, n.º 192017060

Lisboa, outubro de 2018

INDICE

1. ENQUADRAMENTO	3
2. SESSÃO DE FORMAÇÃO: Vigilância de saúde e segurança infantil	
2.1. Plano de sessão	5
2.2. Slides da sessão	7
2.3. Avaliação da sessão	14

1. ENQUADRAMENTO:

O presente trabalho, insere-se no âmbito do mestrado em enfermagem, na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa.

Em relação ao plano de estudo do referido mestrado, enquadra-se no 3º semestre, na unidade curricular de Estágio Final e Relatório, mais especificamente é realizado no serviço de urgência pediátrica de um hospital.

Para dar resposta ao objetivo específico: colaborar no curso de preparação para a parentalidade no âmbito da segurança infantil, sendo estabelecido como atividade elaborar uma sessão de formação para os casais. Pretende-se com a mesma, realizar ensino sobre a vigilância de saúde após saída da maternidade e sobre os principais fatores de risco de acidentes durante o primeiro ano de vida assim como foram apresentadas medidas de prevenção dos mesmos.

Pretende-se assim apresentar os documentos elaborados para a realização da sessão de formação: Vigilância de Saúde e Segurança Infantil”.

2. SESSÃO DE FORMAÇÃO: “Vigilância de Saúde e Segurança Infantil”

2.1. Plano da sessão de formação:

Tema: Vigilância de Saúde e Segurança Infantil

Local: piso 0, serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Formador: Enfermeira Mestranda Alexandra Brás, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Universidade Católica Portuguesa.

Destinatários: Formandos do curso de preparação para a parentalidade

Professora Responsável: Professora Doutora Elisabete Nunes

Enfermeiro Orientador: Enfermeira Mestre PN e Enfermeira ASG

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge enquanto necessidade formativa da equipa de pediatria do hospital na administração do tema segurança infantil no curso de preparação para a parentalidade da instituição em causa. Decorre ainda no âmbito do projeto implementado cujo objetivo principal do mesmo é: desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na assistência avançada a crianças/jovens e sua família, de forma a promover o seu desenvolvimento e prevenir a ocorrência de acidentes, permitindo assim a mobilização de conhecimentos e evidência científica no âmbito da prevenção de acidentes, neste caso no primeiro ano de vida da criança.

Data: 29 de setembro de 2018

Hora: 15:00

Duração prevista: 2 hora

Objetivo Geral:

- Promover a promoção da vigilância de saúde do bebê/criança.
- Promover a prevenção de acidentes o primeiro ano de vida.
- Informar aos pais sobre os principais motivos de vinda ao serviço de urgência no primeiro ano de vida.

Objetivo Específico (que no final os formandos consigam):

- Identificar a importância da vigilância de saúde do bebê/criança.
- Identificar os principais acidentes que podem ocorrer no primeiro ano de vida.
- Referir as medidas preventivas de cada tipo de acidente apresentado.
- Realizar corretamente a colocação de um bebê modelo no “ovo de transporte”.
- Realizar corretamente a técnica de desengastamento do recém-nascido/latente através de um bebê modelo.
- Identificar sinais e sintomas no recém-nascido/latente que motivem a vinda à urgência.

Metodologias: Expositiva e ativa

Recursos: Formadora, suporte informático, boneco e ovo de transporte.

Metodologia de Avaliação: A avaliação da sessão, pelo formador e pelos formandos, será efetuada através de preenchimento do documento de avaliação de sessão disponibilizada pela instituição em causa.

Organização da sessão:

Quadro 1: Planificação da sessão de formação.

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo
		Audiovisuais	Outros	
1. Apresentação - Apresentação do tema, sumário e objetivos	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora	3'
2. Introdução - Justificação da temática	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora	4'
3. Desenvolvimento - Depois da alta - Documentos do Bebê - Plano Nacional de Vacinação - Rastreio Metabólico - Segurança em casa: <ul style="list-style-type: none"> • Acidentes rodoviários (exercício pático) • Asfixia • Quedas • Afogamentos • Intoxicações • Queimaduras • Eletrocussões • Engasgamento (exercício prático) - Febre - Sinais de alerta que motivem a vinda ao serviço de urgência	- Expositivo - Ativo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora - Formandos - Ovo de transporte - Boneco modelo	5' 3' 5' 5' 15' 10' 8' 8' 8' 5' 5' 15' 5' 10'
4. Conclusão - Contatos úteis. - Síntese das principais ideias - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação da sessão	- Expositivo - Ativo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora - Formandos - Documentos de avaliação da sessão / formador	5'
5. Referências Bibliográficas - Apresentação dos bibliográficos	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a slideshow	- Formadora	1'

2.3 Slides em Power Ponit da sessão:

Logótipo da Instituição

Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Vigilância de Saúde e Segurança Infantil

Serviço de Pediatria
Docente: Professora Doutora Elisabete Nunes
Enfermeiro Orientador: Enfermeira Mestre PN e Enfermeira ASG
Aluno: Enfermeira Mestranda Alexandra Brás 102017050

1

Objetivos

Logótipo da Instituição

- **Objetivo geral:**
 - Promover a vigilância de saúde do bebé/criança.
 - Promover a prevenção de acidentes o primeiro ano de vida.
 - Informar ao pais sobre os principais motivos de vinda ao serviço de urgência no primeiro ano de vida.
- **Objetivos específicos** (no final da formação os formados consigam):
 - Identificar a importância da vigilância de saúde do bebé/criança.
 - Identificar os principais acidentes que podem ocorrer no primeiro ano de vida.
 - Referir as medidas preventivas de cada tipo de acidente.
 - Realizar corretamente a colocação de um bebe modelo no "ovo de transporte".
 - Realizar corretamente a técnica de desengastamento do recém-nascido/latente através de um bebé modelo.
 - Identificar sinais e sintomas no recém-nascido/latente que motivem a vinda à urgência.

2

Segurança Infantil, PORQUÊ?

Logótipo da Instituição

- A Organização Mundial da saúde insere os **acidentes infantis** como uma **prioridade**.
OMS (2005)
- Na Europa, **42000 crianças e jovens (0-18 anos) morrem todos os anos, vítimas de acidentes não intencionais** (acidentes de viação, afogamentos, quedas, asfixias, intoxicações e queimaduras).
OMS (2008)
- Das crianças que recorreram ao nosso serviço de urgência por acidentes, **46.8% dos casos o acidente ocorreu em casa** e foram maioritariamente provocados por **quedas (55.8%), sexo masculino (61.4%) e a maior taxa de internamento ocorrer no grupo etário dos latentes (28dias-1ano)**.
Batalha et al (2016)

3

E depois da alta...

Logótipo da Instituição

- Vigilância Médica
- Vigilância Enfermagem
- Exames e outras consultas
- Vacinação
- Rastreio Metabólico
- Prevenção Acidentes

4

Documentos do Bebê

Logótipo da Instituição

Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil

Boletim Individual de Saúde Registo de Vacinação

5

Plano Nacional de Vacinação

Logótipo da Instituição

Vacina Doença	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	15 anos	45 anos	10/10 anos
Hepatite B	00B.1	00B.2			00B.3						
Haemophilus influenzae b		09A.1	09A.2	09A.3		09A.4					
Difteria, tétano, tosse convulsa	079A.1	079A.2	079A.3		079A.4	079A.5					
Poliomielite	071A.1	071A.2	071A.3		071A.4	071A.5					
Streptococcus pneumoniae		071A.2			071A.2						
Neisseria meningitidis c							049C				
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					049B.1		049B.2				
Vírus Papiloma humano							091A.2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									049A - Gaudin		
Tétano e difteria									049A	049B	049C

Fonte: <https://www.dgs.pt/en/destaques/novo-programa-nacional-de-vacuacao2.aspx>

Vacina antimeningocócica B
Bexsero
Vacina contra rotavírus
RotaTeq
Rotarix®

6

Rastreo Metabólico

Logótipo da Instituição

- Serve para despiste de doenças metabólicas
- Deve ser realizado entre o 3º e o 7º dia de vida
- www.diagnosticoprecoce.org



Resultado

Teste de pezinho

Confira aqui o resultado do teste de pezinho.

Preca: apenas de saber o seu nº de beneficiário

Consultar

7

Segurança em Casa ...

Logótipo da Instituição



8

Logótipo da Instituição

ACIDENTES DE AUTOMÓVEL	AFOGAMENTOS quando a criança é deixada sem supervisão na banheira	QUEDAS DE MESAS ou mesas de troca e sofás por distração momentânea dos pais	QUEIMADURAS EM PARTES DO CORPO mais sensíveis quando o bebé é banhado com água extremamente quente	QUEIMADURAS NA BOCA devido à ingestão de líquidos de temperatura da leite no biberão	ASFIXIA COM ENROSCAMENTO peças ou objetos pequenos, amarrados, presos em acessórios, como em acessórios, como de cadeiras	ESTRANGALAMENTO com fios de roupa, brinquedos ou fios de estores
-------------------------------	--	--	---	---	--	---

0 a 1 ano

UM SEGUNDO PODE DURAR PARA SEMPRE


Fonte: Google imagens

9

Cuidado com ... Acidentes Rodoviários

Logótipo da Instituição

- Verificar se:
 - a cadeirinha está homologada
 - está instalada, bem fixa e sem folgas
 - Instalada de costa para o trânsito e de preferência no banco traseiro.

10

Logótipo da Instituição

UNIVERSAL
YO / -13 Kg

E2

049014

UNIVERSAL: a cadeira é compatível com todos os modelos de automóveis.

Y: cadeira com arnês.

0 / - 13 Kg: peso da criança.

E: produto homologado (conforme a regulamentação europeia).

2: corresponde ao país que entregou a homologação (2 para a França).

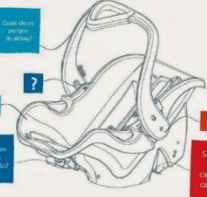
4: número da emenda do regulamento.

9014: número da homologação do produto.

11

ACHA QUE O SEU FILHO VIAJA SEGURO? OU TEM A CERTEZA?

Instale a cadeirinha corretamente e proteja o seu filho



Fonte: APSI

12

Logótipo da Instituição



Sistema Isofix


Aumenta a segurança e facilita a instalação

Fixam em três pontos:
2 inferiores (base das costas do banco)
1ou no cinto ou na base do automóvel

Fonte: APSI

13

Logótipo da Instituição



Fonte: APSI

14

Todos à procura do perigo!


Logótipo da Instituição



Fonte: APSI

15

Logótipo da Instituição



16

Cuidado com ... Asfixia

Logótipo da Instituição

- Cama dos pais
- Cordão da chucha
- Sacos de plástico
- Morte súbita
- Brinquedos



Fonte: Google imagens

17

Dormir do bebé

Logótipo da Instituição

- Dormir com o bebé é mais perigoso:
 - Se fuma
 - Se estiver cansado/a
 - Se bebeu álcool
 - Se tomou medicamentos que afetam o sono
- O bebé deve dormir num berço apropriado, colocado ao lado da cama dos pais
- Evite o sobreaquecimento (temperatura ideal do quarto entre 18-21°C)




Fonte: APSI

Nunca adormeça com o seu bebé ao colo.

18

Morte súbita

Logótipo da Instituição



Fonte: APSI

- O risco de aumenta muito se os bebés dormirem de barriga para baixo (ventral).
- Quando são deitados de costas (dorsal), os bebés não bolsam nem aspiram mais o vômito do que se estiverem em qualquer outra posição.
- A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé.
- Deite-o com os pés tocando o fundo da cama.

O SEU BEBÉ DEVE DORMIR SEMPRE DE COSTAS !

19

19

CONSELHOS PARA TER UM SONO SEGURO EM BEBÉS DE 1 A 6 MESES

Logótipo da Instituição



COLOQUE O BEBÉ COM A BARRIGA PARA CIMA

USE UM COLCHÃO FIRME QUE ENCAIXE BEM NO BERÇO

NÃO CUBRA A CABEÇA DO BEBÉ

EVITE O USO DE TRAVESEIROS

VISTA O BEBÉ COM ROUPA CONFORTÁVEL PARA DORMIR

SE O BEBÉ CHORAR, RESPONDA SEMPRE

NÃO FUME. AMBIENTE 100% SEM FUMO

COLOQUE O BEBÉ ENCOSTADO AOS PÉS DO BERÇO

RETIRE OS BRINQUEDOS E OUTROS OBJETOS DO BERÇO

Fonte: Google imagens

20

20

Cuidado com ... QUEDAS

Logótipo da Instituição

- Cama de grades
- Cama dos pais
- Cadeira de transporte
- Trocador de fraldas
- Varandas



Fonte: APSI



Fonte: Google imagens


21

21

Cuidado com ... QUEDAS

Logótipo da Instituição

- Nunca deixe o bebé sozinho em cima da cama/sofá/trocador, nem que seja por breves instantes.
- Mantenha sempre as grades do berço levantadas.
- Coloque o bebé no ovo de transporte com os cintos bem adaptados e não o coloque em cima de algo, mas sim no chão.
- Trave o carrinho de passeio quando estiver parado.
- As crianças maiores não devem pegar no bebé ao colo sem supervisão.
- Tenha atenção às janelas e varandas da sua casa.
- Coloque cancelas nas escadas



Fonte: APSI

22

22

E se a QUEDA acontecer ...

Logótipo da Instituição

- Verificar estado de consciência
- Inspeccionar os membros
- Imobilizar fraturas
- Não deixe que a vítima se movimente, se risco de traumatismo craniano, minimizar o movimento da cabeça e estabilizar manualmente na posição em que foi encontrada

23

23

Cuidado com ... AFOGAMENTOS

Logótipo da Instituição

- Banho
- Piscina
- Praia
- Sanita






Fonte: APSI

24

24

O segredo está em pensar e agir como o seu bebê... não teria curiosidade?

Logótipo da Instituição

25

25

Cuidado com ... AFOGAMENTOS

Logótipo da Instituição

- Nunca deixe o bebê sozinho dentro de água, mesmo com pouca água.
- Segurar bem o bebê durante o banho.
- Não atender o telefone ou a campainha enquanto o bebe estiver a tomar banho.
- Esvaziar a banheira após utilização.
- Despejar os baldes ou outros recipientes que contenham água.

26

26

Cuidado com ... INTOXICAÇÕES

Logótipo da Instituição

- Manter longe do alcance das crianças.
- Separados dos alimentos.
- Não colocar em embalagens de uso doméstico (peças, garrafas de água)
- Fechados em embalagens próprias com tampas de segurança.

Fonte: APSI

Fonte: Google imagens

27

27

Logótipo da Instituição

Fonte: Google imagens

28

28

E se uma intoxicação acontecer .

Logótipo da Instituição

- CIAV – Centro de Intoxicações e Anti Venenos - 808 25 01 43
- Serviço de Urgência

29

29

Cuidado com ... QUEIMADURAS

Logótipo da Instituição

- Cuidado com:
 - Biberon
 - Água do banho
 - Sopa
 - Ferro de engomar
 - Lareiras
 - Aquecedores
 - Sol

Fonte: APSI

30

30

E se a Queimadura acontecer ..

Logótipo da Instituição

30 DE AGOSTO
DIA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM AS CRIANÇAS

90% DOS ACIDENTES PODEM SER EVITADOS! ATENDA A PREVENIR. O ANGELENO AGRADECE.

Fonte: APSI

1º **Água** 2º/3º **Ajuda**

31

31

Cuidado com... ELETROCUSSÕES

Logótipo da Instituição

- Proteger as tomadas com protetores de segurança.
- Todos os aparelhos elétricos devem estar em boas condições, **não podem ter fios escarnados.**
- **Nunca** deixar a criança brincar com aparelhos elétricos.
- **Nunca** consertar tomadas ou aparelhos elétricos em frente à criança, ela vai querer imitar.

32

32

E se eu me engasgar???

Logótipo da Instituição

"O engasgamento continua a ser um dos maiores receios; qualquer pequeno objeto pode ser confundido com um brinquedo"

- Brinquedos
- Balões
- Sacos plásticos
- Comida

33

33

E se eu me engasgar???

Logótipo da Instituição

COMO SALVAR UM BEBÊ

- MANTENHA-SE CALMO
- SENTE-SE E COLOQUE A CRIANÇA SOBRE SUAS COXAS DE BARRIGA PARA BAIXO. DEIXE A CABEÇA DELA VOLTADA PARA SEUS JOELHOS
- SEGRE A POR BAIXO DEIXANDO O SEU ANTEBRAÇO SOBRE A BARRIGA DELA
- USE SUA MÃO PARA SUSTENTAR A CABEÇA E O PESCOÇO DO BEBÊ, DEIXANDO SUA CABEÇA MAIS BAIXA DO QUE O RESTO DO CORPO
- COM SUA OUTRA MÃO DE CINDO PANCADAS FIRMES NAS COSTAS DO BEBÊ, NA REGIÃO ENTRE AS OMOPLATAS. CUIDADO PARA NÃO BATER FORTE DEMAIS
- REPITA O PROCESSO SE NECESSÁRIO

112

34

34

E se a febre acontecer ...

Logótipo da Instituição

- O que é febre?
- Onde avaliar a temperatura do bebé?
- Que termómetro usar?
- O que fazer na febre?

• Vestuário adequado

• Temperatura ambiente

35

35

Sinais de Alarme

Logótipo da Instituição

- Febre
- Gemido
- Hipotonia
- Recusa alimentar
- Choro inconsolável
- Vômitos
- Perda ponderal
- Esforço respiratório/ cansaço
- Aumento de icterícia até ao 7º dia vida

MAIS CONSELHOS

Cianose Icterícia

36

36

E se a febre acontecer ...

Logótipo da Instituição

- O que é febre?
- Onde avaliar a temperatura do bebé?
- Que termómetro usar?
- O que fazer na febre?

Vestuário adequado

Temperatura ambiente

36

35

Sinais de Alarme

Logótipo da Instituição

- Febre
- Gemido
- Hipotonia
- Recusa alimentar
- Choro inconsolável
- Vômitos
- Perda ponderal
- Esforço respiratório/ cansaço
- Aumento de icterícia até ao 7º dia vida

MAIS CONSELHOS

Cianose Icterícia

36

36

Referência Bibliográficas

Logótipo da Instituição

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2010). Vale a Pena Crescer em Segurança – Evitar os acidentes no primeiro ano de vida. Lisboa: APSI
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2014). ABC da Segurança I, 0-1 ano. Lisboa: APSI
- Batalha S., Salva I., Santos J., Albuquerque C., Cunha F. & Sousa Helena (2016) Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Portuguesa de Pediatria*. 47:30-37 Doi: 10.25754/pjp.2016.6207
- Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde
- Organização Mundial de Saúde (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Geneva: OMS. Acedido a 24 de Abril de 2018. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. Geneva. OMS. Acedido a 24 de Abril de 2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf;jsessionid=CC48F22D29CD9FA0A007F7D6CA5EDDD?sequence
- Imagens adaptadas da Associação de Promoção de Segurança Infantil e do Google imagens.

36

39

Logótipo da Instituição

OBRIGADO PELA PRESENÇA

36

40

2.3. Avaliação da sessão:

A sessão foi apresentada no dia 29 de outubro de 2018 a 14 casais, onde apenas um casal espera o segundo filho.

Para avaliação da mesma foi aplicado um questionário a todos os participantes, disponibilizado pela unidade de saúde onde a mesma foi realizada.

O questionário aborda inicialmente uma avaliação global da sessão, seguido da avaliação do seu impacto assim como a avaliação do formador, recorrendo a uma escala de 1 a 4 (discordo totalmente a concordo totalmente).

Após a recolha e análise de dados estes foram os resultados obtidos:

Figura 1- Avaliação da formação pelos formandos.

II. Avaliação Global							
Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente							
	1	2	3	4			
1. Os objectivos da formação foram claros	0%	0%	8%	92%			
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	0%	0%	0%	100%			
3. Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes	0%	0%	22%	78%			
4. A duração da acção/formação foi adequada	0%	0%	28%	72%			
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	0%	0%	22%	78%			
6. As instalações foram adequadas	0%	0%	15%	85%			
7. Os meios audiovisuais foram adequados	0%	0%	15%	85%			
8. A documentação foi suficiente	0%	0%	22%	78%			
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	0%	0%	15%	85%			
III. Avaliação do Impacto da Formação							
	1	2	3	4			
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	0%	0%	0%	100%			
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	0%	0%	8%	92%			
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	0%	0%	0%	100%			
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	0%	0%	0%	100%			
IV. Avaliação dos Formadores							
Coloque um X no número que melhor corresponde à sua avaliação perante o Formador:							
Formador(es):	Alexandra Brás	Formador 2	Formador 3	Formador 4	Formador 5	Formador 6	Formador 7
1. O formador revelou dominar o assunto	0% 0% 0% 100%	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2. A metodologia utilizada foi adequada	0% 0% 0% 100%	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
3. A exposição dos assuntos foi clara	0% 0% 0% 100%	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	0% 0% 0% 100%	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

Quanto à utilidade da formação todos os casais referiram os exercícios práticos sobre a correta colocação do bebé no ovo de transporte e execução da técnica de desengastamento. Relativamente às sugestões de melhoria, dois casais presentes mencionaram o interesse em existir mais exercícios práticos durante a sessão.

Relativamente à minha apreciação, como formador da sessão, utilizei o questionário para o efeito fornecido pela instituição.

Figura 2- Avaliação da formação pelo formador.

II. Apreciação Global				
Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente				
	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação foram cumpridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Os formandos foram assíduos e pontuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Os formandos tinham os conhecimentos de base necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os formandos foram participativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. As instalações e os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. O apoio administrativo e técnico pedagógico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Um dos aspetos mais positivos desta formação foi a presença de todos os casais inscritos no curso de preparação para a parentalidade. Durante a mesma os casais interrogaram-me sobre as suas dúvidas, que se prendiam substancialmente com a colocação do bebé no carro, o que podiam ou não colocar dentro do ovo de transporte e as medidas de prevenção de morte súbita. Relativamente ao tema dos acidentes, foi curioso observar o sentimento de surpresa dos mesmos ao verem as imagens colocadas na apresentação, com a utilização de campanhas publicitárias sobre o tema. A utilização destas imagens levou a uma maior consciencialização dos riscos que os bebés latentes correm, bem como da sua imaginação tão elaborada, permitindo assim uma adoção de melhores medidas de preventivas de acidentes nesta idade.

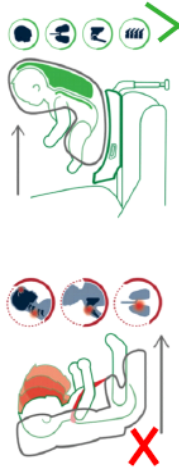
A realização desta formação em serviço permitiu desenvolver competências enquanto enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem, promovendo a formação dos pais baseada em evidência científica, atual e credível, permitindo o desenvolvimento de uma parentalidade consciente dos riscos e também de conhecimentos e competências ao nível da segurança.

APÊNDICE X

Folheto informativo: “Sistemas de retenção no transporte de crianças”

Sabia que ...

- ... a morte por acidentes rodoviários tem um peso muito grande até os 14 anos.
- ... apenas 40% das crianças usam o sistema de retenção de crianças adequado.
- ... o sistema deve ser adequado ao peso e ao comprimento da criança.
- ... as crianças têm o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, devem viajar em cadeirinhas voltadas para trás até os 3 ou 4 anos.



- ... as cadeirinhas nunca devem ser usadas no banco da frente com o airbag ativado.
- ... se a cabeça da criança ultrapassar o encosto de cabeça da cadeira, esta deve ser trocada para o grupo acima.
- ... uma criança deve usar sistema de retenção de crianças até ter 1,35 m, 12 anos ou 36 Kg.
- ... é obrigatório o cinto de segurança mesmo nos trajetos curtos.

Transportar uma criança num automóvel sem o respetivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais.

Não arrisque, transporte sempre a criança em segurança!

APERTE SEMPRE OS CINTOS DE SEGURANÇA DA CADEIRA

Elaborado por:

Mestranda Alexandra Brás na área da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa sob orientação da En-

Dados da Instituição

Nome da
Instituição

Sistema de Retenção
para Crianças

Qual escolher?

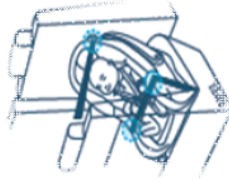


Novembro 2018

Qual o sistema de retenção ideal?

Cadeirinhas 0-13Kg (Grupo 0+)

As "cadeirinhas portáteis" utilizam-se sempre voltadas para trás. Podem ser instaladas no banco da frente ou atrás, utilizando um cinto de 3 pontos. Não podem nunca ser instaladas num lugar que tenha um airbag frontal ativo.



Cadeirinhas 0-18Kg (Grupo 0+/I) e 18Kg (Grupo I)

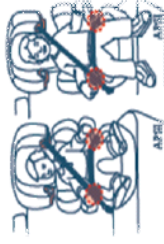
A maior parte das crianças fica grande demais para a cadeira 0-13kg antes de atingir os 13 kg. Quando isso acontece e necessário mudar para uma cadeira 0-18 kg voltada para trás.

As cadeiras 0-18 kg, utilizam-se à frente ou atrás, num lugar com cinto de 3 pontos e sem airbag frontal ativo. Devem ser sempre utilizadas voltadas para trás, pois apenas nesta posição protegem convenientemente uma criança com menos de 18 meses.



Cadeirinhas 15-36Kg (Grupo II / III)

O cinto de segurança do automóvel segura a criança e a cadeira simultaneamente. São indicadas a partir dos 2 a 3 anos, dependendo do peso e altura da criança. Utilizam-se voltadas para a frente.



Bancos elevatórios 15-36 Kg (Grupoll/III) ou 22-36Kg (Grupo III)

Aos 7/8 anos poderá utilizar apenas o banco elevatório se o cinto de segurança já não incomodar a criança no pescoço, mas pode também continuar a usar a cadeira 9-36 kg ou 15-36 kg se esta for suficientemente alta.

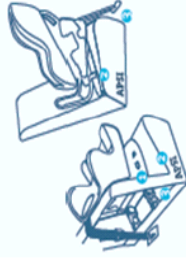
Se o seu carro não tiver encostos de cabeça nos bancos de trás, poderá ser melhor continuar a utilizar a cadeira de apoio completa para que a criança tenha o pescoço protegido em caso de acidente.



Cadeiras com Sistema Isofix

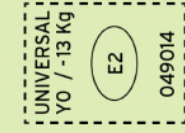
As cadeiras com Isofix encaixam em dois pontos inferiores, na base das costas do banco do automóvel, e fixam-se num terceiro ponto (atrás das costas do banco, na bagageira, ou apoiam no chão do carro).

A existência de 3 pontos de apoio evita a rotação da cadeira em caso de acidente. Para utilizar estas cadeiras é necessário um carro equipado com Isofix.



Homologação do Sistema de Retenção

A cadeira tem que estar aprovada pelas normas internacionais em vigor. Procure a etiqueta E e verifique que o número de homologação começa por 04 (se homologada pelo Regulamento R44) ou 00 (se homologada pelo regulamento R129, I-size).



UNIVERSAL: a cadeira é compatível com todos os modelos de automóveis.

Y: cadeira com arnés.

0 / -13 Kg: peso da criança.

E: produto homologado (conforme a regulamentação europeia).

2: corresponde ao país que entregou a homologação (2 para a França).

4: número da emenda do regulamento.

9014: número de homologação do produto.

APÊNDICE XI

Folheto informativo: “Brinquedo, qual escolher?”

Benefícios dos Brinquedos

- Desenvolve inteligência e criatividade.
- Favorece o desenvolvimento social e afetivo.
- Aprende regras da conveniência.
- Interioriza valores.
- Estimula motricidade e sentidos.
- Potencia coordenação, força e precisão.
- Estimula a fantasia, imaginação, solidariedade e generosidade.

Na escolha deve ter cuidado com:

- Ter em conta os desejos e necessidades da criança.
- O brinquedo tem de ser adequado à idade da criança.
- Não deve ter peças pequenas, suscetíveis de serem engolidas.
- Deve ser lavável e inquebrável.
- A tinta não pode ser tóxica e não deve desprender-se.
- Não pode ter bordas/arestas perigosas, que possam causar feridas.
- Verifique se tem a marca CE, se sim em princípio o respeitas as normas acima referidas.

Símbolos de Segurança



Brinquedo não recomendado a crianças com menos de 36 meses (contém pequenas peças)



Brinquedo vendido na Comunidade Europeia



Nome da
Instituição

Brinquedo

Qual escolher?

Novembro 2018

Elaborado por:

Mestranda Alexandra Brás na área da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa sob orientação da

Dados da Instituição

0-3meses

Caraterísticas:

- Os reflexos primitivos tornam-se intencionais.
- Coloca-se preferencialmente em posição fetal.
- Levanta e roda a cabeça por instantes, adquirindo maior controlo ao longo do tempo.

Brinquedo adequado:

- 1º mês: Móbil
- 2º mês: Luvras e peúgas com guizos
- 3º mês: Rocas sonoras



3-6meses

Caraterísticas:

- Roda sobre si, mantém a cabeça firme e tem maior controlo dos membros.
- Tenta agarrar e puxar os objetos.
- Ergue o torax e a parte superior do abdómen.

Brinquedo adequado:

- 4º mês: Tapete sensorial
- 5º mês: Brinquedos de banho
- 6º mês: Espelho



6-9meses

Caraterísticas:

- Transfere objetos entre as mãos e consegue segurar em 2 cubos.
- Senta-se sozinho, inclinando-se para trás mas sem apoio.
- Rasteja, depois gatinha e finalmente mantém-se em pé apoiado.



Brinquedo adequado:

- 7º mês: Bolas e brinquedos que rodam
- 8º mês: Bonecos de peluche
- 9º mês: Moinhos de areia

9-12meses

Caraterísticas:

- Agarra objetos com o polegar e o indicador, conseguindo colocá-los em recipientes e removê-los.
- De barriga para baixo consegue sentar-se sozinho.
- Caminha com ajuda de um adulto que o segura.

Brinquedo adequado:

- 10º mês: brinquedos de encaixar e empilhar
- 11º mês: Livros de histórias
- 12º mês: brinquedos de arrastar



12-18meses

Caraterísticas:

- Anda agarrado com uma só mão e só mais tarde sem nenhuma
- Deixa de levar objetos à boca e de se babar
- Consegue segurar os talheres e copo, alimentando-se e bebendo sozinho
- Emite o trabalho doméstico da mãe

Brinquedo adequado:

- Brinquedos de puxar e de empurrar
- Blocos/Cubos
- Telefones de brincar



18-24meses

Caraterísticas:

- Vira as páginas dos livros e deixa de atirar objetos.
- Junta 2 ou 3 palavras e faz frases com sentido.
- Corre e pula de pés juntos.
- Pontapeia a bola sem se desequilibrar.
- Gira os puxadores da porta.

Brinquedo adequado:

- Livros de pano ou cartão grosso
- Brinquedos de rua
- Jogos de imitação (cozinha de brincar), escondidas e apanhada



APÊNDICE XII

Cartaz informativo: “E se o meu bebê se engasgar?”

Técnica de Desengasgamento

Mantenha a calma e ...

1. Segure o bebé de cabeça para baixo, segurando-o bem para ele não cair.
2. Bata 5x com a palma da mão no centro das costas fazendo-a deslizar no sentido da cabeça.
3. Se a criança se manter em asfixia (não chorar), vire o bebé de barriga para cima aplique 5 compressões torácicas (2 dedos entre as costelas).
4. Repita o ciclo até 3x caso não exista resposta da criança deve chamar a emergência médica e mantenha a realização das manobras



Sabia que ...

- ... a asfixia é 2º causa de morte.
- ... a asfixia acontece normalmente com crianças entre 0-1 ano.
- ... a asfixia é a 2ª causa de internamentos entre os 0-4 anos.
- ... a asfixia pode acontecer com cordões, sacos de plástico, fios, colchão, cobertor, peças de brinquedos, alimentos ou a própria saliva.

Elaborado por:

Mestranda Alexandra Brás na área da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

Nome da
Instituição

**E se o Bebê se
engasgar?**



Novembro 2018

Dados da Instituição

Asfixia?

O que é?

Dificuldade respiratória que leva à falta de oxigénio no organismo.

Quais as causas?

As causas podem ser variadas, sendo a mais vulgar a obstrução das vias respiratórias por corpos estranhos (objetos de pequenas dimensões, alimentos mal mastigados, etc.).

Como perceber se o bebé está em asfixia?

A asfixia ocorre quando o bebé não consegue respirar e sua tosse é fraca, sem força. Nestes casos a criança não consegue falar e produz sons estranhos. A pele do rosto adquire coloração avermelhada ou arroxeada.

Como evitar?

- Evite dar ao bebé objetos pequenos e brinquedos com peças que se possam soltar, (menores que 3,2 cm ou com diâmetros inferiores a 4,5 cm, no caso dos esféricos e semiesféricos - berlindes, ovinhos, piões, etc).
 - Escolha brinquedos macios, sem arestas vivas e que sejam de fácil limpeza.
 - Não dê ao bebé balões vazios ou re-bentados, sacos de plástico ou objetos pequenos que se possam pôr na boca e asfixiar (uma moeda, uma pilha, um porta-chaves, um isqueiro...).
 - Guarde os brinquedos dos irmãos, com peças mais pequenas em zonas mais altas.
 - Conte as peças dos brinquedos antes e depois de brincar, para ter a certeza de que não fica nenhuma desaparecida.
- Nunca lhe deem alimentos duros, como a amêndoa, o amendoim, o rebuçado, a fava, ervilhas, feijão, milho ou frutos com caroço, como as cerejas.
 - Escolha cordões a chucha com um comprimento máximo de 20cm.

A situação é grave e requer intervenção imediata!

APÊNDICE XIII

Cartaz informativo: “Como atuar após um acidente?”

Como atuar após um acidente?

As crianças são um grupo etário cuja característica principal é a curiosidade o que leva a uma exploração constante do ambiente. No entanto, as crianças ainda não possuem noção do risco, como tal empenham-se em brincadeiras que podem levar a acidentes, sendo por isso mais propensas às situações que vamos apresentar.

Asfixia:

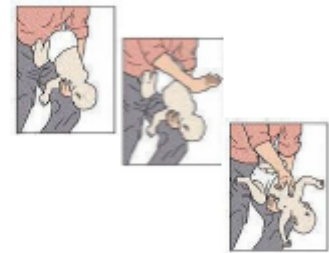
Situação em que há dificuldade à entrada de ar nos pulmões, geralmente causada por uma obstrução mecânica (alimentos, brinquedos, pastilhas elásticas...).



- Incapacidade de falar
- Respiração difícil e ruidosa
- Tosse fraca
- Outros gestos de sufocação
- A pele do rosto fica de cor azulada e as veias da cabeça ficam mais proeminentes.
- Perda gradual de consciência com possível convulsão

A situação é grave e requer intervenção imediata!

1. Segurar o bebé de cabeça para baixo, segurando-o bem para ele não cair.
2. Bater nas costas do bebé, utilizando a parte mais saliente da palma da mão e num movimento em direção à cabeça (5x).
3. Se a criança se manter em asfixia, vire o bebé ao contrário e aplique 5 compressões torácicas.
4. Repita o ciclo até 3x caso não exista resposta da criança deve chamar a emergência médica.



Entorses, distensões e fraturas:



São lesões traumáticas de diferentes partes do sistema músculo-esquelético.

Entorse: Afeta tendões ou ligamentos de uma articulação

Luxação: Afeta a articulação.

Distensão: Afeta o músculo

Fratura: Afeta o osso

- Dor intensa no local (que pode manifestar-se apenas com o toque);
 - Edema (inchaço);
 - Coloração roxa ou avermelhada no local;
 - Dificuldade ou incapacidade para movimentar o membro;
1. Tranquilizar a pessoa
 2. Evitar a mobilização da articulação afetada
 3. Aplicar gelo
 4. Telefonar para o 112

Feridas:

Quebra da continuidade da pele, podendo atingir várias camadas. Pode ser provocada por quedas, brinquedos, materiais cortantes e/ou pontiagudos, entre outros.

1. Lavar as mãos e/ou colocar luvas antes de cuidar da ferida
2. Lavar a zona em volta da ferida com água corrente e sabão.
3. Limpar a ferida, com uma compressa esterilizada embebida em soro fisiológico.
4. Colocar um desinfetante (betadine)
5. Cobrir com um penso (conforme o tamanho da ferida).



Hemorragia visível

É a perda constante de sangue provocada pelo rompimento de um ou mais vasos sanguíneos, que é visível (externa) e que não para facilmente.

1. Lavar as mãos e/ou calçar luvas.
2. Deitar a criança (exceto se a hemorragia for na boca, ouvido ou nariz).
3. Se possível retirar a roupa em volta da lesão.
4. Elevar acima do nível da cabeça o local com hemorragia (quando a hemorragia é nos braços ou nas pernas).
5. Se não houver nenhum objeto dentro da ferida, realizar compressão, não mais de 10 minutos, com uma compressa esterilizada no local.
6. Se houver um objeto dentro da ferida, não retirar o objeto.
7. Colocar compressas esterilizadas sobre o local. Caso estas repassem colocar outras compressas esterilizadas por cima, não retirando as primeiras.
8. Não tocar no local.
9. Não dar alimentos ou líquidos à criança.
10. Telefonar para o 112.



Sangramento do nariz (epistaxis):



É a perda de sangue provocada pelo rompimento de um ou mais vasos sanguíneos do nariz.

1. Sentar a criança numa cadeira com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente
2. Fazer compressão sobre a/a(s) narina(s) sangrantes durante 10 minutos e respire pela boca.
3. Se não estancar a hemorragia, colocar um tampão feito com compressas e manter a compressão.
4. Se a hemorragias persistir, dirija-se a uma instituição de saúde.

Mordedura de Animal

Proceder como se fosse uma ferida.

Informar-se se o cão está corretamente vacinado e dirigir-se a uma instituição de saúde.

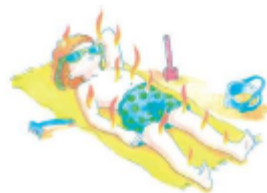


Golpe de calor ou insolação

É uma situação resultante da exposição prolongada ao calor, num local fechado e sobreaquecido (por ex., dentro duma viatura fechada, ao sol) ou da exposição prolongada ao sol.

- Dores de cabeça.
- Tonturas.
- Vômitos.
- Excitação.
- Inconsciência.

1. Deitar a vítima em local arejado e à sombra.
2. Elevar-lhe a cabeça.
3. Desapertar-lhe a roupa.
4. Colocar-lhe compressas frias na cabeça.
5. Dar-lhe a beber água, se a vítima estiver consciente.
6. Se estiver inconsciente, vire-a para o lado esquerdo.



Queimadura

As queimaduras podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele, tal como líquidos ou objetos, não esquecendo o sol, o fogo, a energia elétrica, os produtos químicos e o frio.

1º Grau - Pele vermelha e quente.

2º Grau - Pele vermelha e quente com presença de flitena (bolha), muito dolorosa.

3º Grau - Pele com destruição dos tecidos.

1. Passar a zona queimada sobre água corrente.
2. Aplicar creme para queimadura (ex. biafine)
3. Em caso de flitena (bolha), esta não deve ser rebentada e deve sim ser feito tratamento como uma ferida. Se estiver rebentada não tirar a pele e dirigir-se a uma instituição de saúde.



Traumatismo Craniano / Pancada



É uma lesão do crânio provocada, por exemplo, por objetos, quedas ou um impacto na cabeça.

As lesões podem ser abertas (vê-se ferida) ou fechadas (não se vê ferida).

- Perda de consciência, sonolência e/ou desorientação.
- Depressão ou tumefação ("galo") no crânio.
- Sangramento do nariz, ouvido ou boca
- Paralisia total ou apenas de um lado do corpo
- Perda de visão
- Convulsões
- Vômitos e náuseas
- Dores de cabeça fortes e persistentes.

Se algum destes sintomas persistir dirija-se a uma instituição de saúde. Caso não haja sintomatologia manter a criança sob vigilância até 24 horas após o trauma e aplicar gelo na tumefação.

MALA DE PRIMEIROS SOCORROS

- Antisséptico Betadine
- Compressas esterilizadas
- Soro Fisiológico (unidoso)
- Luvas
- Pomada para queimaduras (Biafine)
- Pensos rápidos
- Tesoura
- Ligaduras
- Adesivo

É importante rever frequentemente o kit, verificando os prazos de validade e material em falta.

Elaborado por:

Mestranda Alexandra Brás na área da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa sob orientação da Enfermeira

Dados da instituição

Imagens retiradas do Manual de Primeiros Socorros, Ministério da Educação, 2010

APÊNDICE XIV

Kit: “Vamos tratar do meu dói-dói”

Logótipo
da
instituição

KIT – Vamos Tratar o meu Dói-dói

- Antisséptico Betadine
- Pensos rápidos
- Compressas esterilizadas
- Tesoura
- Soro Fisiológico (unidose)
- Ligaduras
- Luvas
- Adesivo
- Pomada para queimaduras (Biafine)

**É importante rever frequentemente o kit,
verificando os prazos de validade e
material em falta.**

**Não se esqueça que a prevenção é
a melhor solução...**



APÊNDICE XV

Sessão de formação: “Acidentes em Idade Pediátrica: a prevenção é a melhor solução”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório

Sessão de Formação

Acidentes em Idade Pediátrica: a prevenção é a melhor opção

Unidade de Saúde Familiar

Docentes:

Professora Doutora Margarida Lourenço (Regente)

Professora Doutora Elisabete Nunes (Orientadora)

Professora Doutora Zaida Charepe

Enfermeiro Orientador:

Mestre CM

Discente:

Mestranda Alexandra Brás, n.º 192017060

Lisboa, dezembro de 2018

INDICE

1. ENQUADRAMENTO	3
2. SESSÃO DE FORMAÇÃO: “Acidentes em Idade Pediátrica: a prevenção é a melhor opção”	
2.1. Plano de sessão	5
2.2. Slides da sessão	7
2.3. Avaliação da sessão	12

1. ENQUADRAMENTO:

O presente trabalho, insere-se no âmbito do mestrado em enfermagem, na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa.

Em relação ao plano de estudo do referido mestrado, enquadra-se no 3º semestre, na unidade curricular de Estágio Final e Relatório, mais especificamente é realizado numa Unidade de Saúde Familiar.

Durante a realização do estágio foi possível constatar que durante as consultas quer de enfermagem, quer médicas o tema da prevenção dos acidentes é algo pouco abordado ou mesmo ausente, demonstrando por isso pouca consciencialização da equipa para esta realidade que, atualmente, é aceite como um problema de saúde pública. Pelo que foi necessário atuar a este nível. Desta forma, foi elaborada uma sessão de formação em serviço a toda a equipa da unidade, realizada em contexto de reunião multidisciplinar.

Pretende-se assim apresentar os documentos elaborados para a realização da sessão de formação: “Acidentes em Idade Pediátrica – prevenção é a melhor opção”.

2.

2. SESSÃO DE FORMAÇÃO - Acidentes em Idade Pediátrica – prevenção é a melhor opção:

2.1. Plano da sessão de formação:

Tema: Acidentes em Idade Pediátrica – prevenção é a melhor opção

Local: Sala de Reuniões da Unidade de Saúde Familiar

Formador: Enfermeira Mestranda Alexandra Brás, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Universidade Católica Portuguesa.

Destinatários: Equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos)

Professora Responsável: Professora Doutora Elisabete Nunes

Enfermeiro Orientador: Enfermeira Mestre CM

Pertinência: Esta sessão de formação surge enquanto necessidade de sensibilização da equipa de família sobre o tema da prevenção dos acidentes.

Data: 11 de dezembro de 2018

Hora: 12:00

Duração prevista: 20 minutos

Objetivo Geral:

- Sensibilizar da equipa multidisciplinar sobre os acidentes em idade pediátrica.
- Transmitir à equipa multidisciplinar o trabalho desenvolvido no estágio no âmbito da prevenção e atuação em caso de acidente.

Objetivo Específico:

- Identificar os acidentes mais comuns em idade pediátrica.
- Referir a importância da prevenção dos acidentes em idade pediátrica.

- Conhecer os documentos elaborados no âmbito da prevenção e atuação em caso de acidente.

Metodologias: Expositiva e ativa

Recursos: Formadora, suporte informático, documentos formativos elaborados (folhetos informativos, Kit pós acidente).

Metodologia de Avaliação: A avaliação da sessão, pelo formador e pelos formandos, será efetuada através de preenchimento do documento de avaliação de sessão no final da mesma.

Organização da sessão:

Quadro 1: Planificação da sessão de formação.

Auxiliares Pedagógicos				
Conteúdos	Metodologia	Audiovisuais	Outros	Tempo
1. Apresentação - Apresentação do tema, sumário e objetivos	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a <i>slideshow</i>	- Formadora	30''
2. Enquadramento - Justificação da temática - Fundamentação teórica	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a <i>slideshow</i>	- Formadora	3'
3. Desenvolvimento - Acidentes no Mundo - Acidentes em Portugal: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade • Instituto de Emergência Médica • Serviço de Urgência • Internamento - Sistemas de Retenção para Crianças - Asfixia - Afogamento - Intoxicações - Quedas - Eletrocussões - Queimaduras - Atuação após acidente	- Expositivo - Ativo	- <i>Data show</i> com recurso a <i>slideshow</i>	- Formadora - Formandos - Folhetos informativos - Kit "Vamos tratar o meu dói-doi"	30' 2' 2' 1' 2' 2' 2' 1' 1' 1' 1' 1' 1' 2'
4. Conclusão - Síntese das principais ideias - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação da sessão	- Expositivo - Ativo	- <i>Data show</i> com recurso a <i>slideshow</i>	- Formadora - Formandos - Documento de avaliação da sessão	2'
5. Referências Bibliográficas - Apresentação dos bibliográficos	- Expositivo	- <i>Data show</i> com recurso a <i>slideshow</i>	- Formadora	30''

2.3 Slides em Power Point® da sessão:

Logótipo da Instituição

Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Acidentes em Idade Pediátrica: a prevenção é a melhor opção

Docentes: Professora Doutora Margarida Loureiro (Regista), Professora Doutora Elisabete Nunes (Orientadora), Professora Doutora Zilda Chaves

Estagiário: Orientador: Mestr. C&M

Docente: Mestranda Alexandra Dias 150217760

1

Logótipo da Instituição

Sumário

- ✓ Objetivos
- ✓ Enquadramento
- ✓ Acidentes pediátricos
- ✓ Síntese
- ✓ Referências bibliográficas

2

Logótipo da Instituição

Objetivos

✓ Objetivo Geral:

- Sensibilizar da equipa multidisciplinar sobre os acidentes em idade pediátrica.
- Transmitir à equipa multidisciplinar o trabalho desenvolvido no estágio no âmbito da prevenção e atuação em caso de acidente.

✓ Objetivos Específicos (que os formandos consigam):

- Identificar os acidentes mais comuns em idade pediátrica.
- Referir a importância da prevenção dos acidentes em idade pediátrica.
- Conhecer os documentos elaborados no âmbito da prevenção e atuação em caso de acidente.

3

Logótipo da Instituição

Enquadramento

✓ Promover a segurança é uma prioridade do enfermeiro, este deve difundir intervenções que levem à redução do risco criando um ambiente seguro. (OE, 2006)

✓ No Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é elencado que o mesmo deverá "promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos". (OE, 2009)

✓ O Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem é o profissional de saúde que em parceria com a criança e com a família/pessoa significativa, tem um papel fundamental na promoção da saúde através de ações informativas, educativas e preventivas junto da criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que esta se encontre devendo criar oportunidades de trabalhar com a família. (Regulamento nº 10/2008, de 11 de Junho de 2008)

4

Logótipo da Instituição

Enquadramento

✓ Modelo de Promoção de Saúde – Nola Pender (1982)

Pender, 2011

5

Logótipo da Instituição

Enquadramento

✓ O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil é possível de verificar que a segurança do ambiente e os acidentes são uma constante nos cuidados antecipatórios prestados às crianças. (DGS, 2013)

✓ A Estratégia Europeia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e Adolescente da OMS insere os acidentes como prioridade. (OMS, 2004)

✓ Acidente é um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental. (OMS, 2008)

6


Acidentes

- ✓ São um dos principais motivos de consumo de serviços de saúde, perda de produtividade e incapacidade e anos de vida perdidos.

Batalha et al, 2016

- ✓ WHO, a UNICEF, a Direção Geral de Saúde e a Associação para a Promoção da Saúde Infantil, referem a prevenção como a principal ferramenta para a redução dos acidentes infantis.

- ✓ A abordagem da prevenção dos acidentes deve ter em conta 3 aspetos fundamentais sendo eles a própria criança e os adultos que a rodeiam (pai/cuidadores); a idade e o estadio de desenvolvimento e o fato de que os acidentes afetam de forma desproporcional as crianças mais vulneráveis na sociedade.

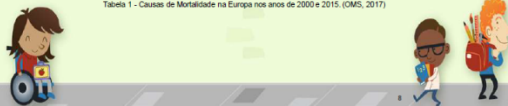


7

Mortalidade Europa 2000 vs 2015

	2000	2015	2000	2015
1	Doenças cardiovasculares	Doenças cardiovasculares	Doenças cardiovasculares	Doenças cardiovasculares
2	Doenças respiratórias	Doenças respiratórias	Doenças respiratórias	Doenças respiratórias
3	Doenças infecciosas	Doenças infecciosas	Doenças infecciosas	Doenças infecciosas
4	Doenças neoplásicas	Doenças neoplásicas	Doenças neoplásicas	Doenças neoplásicas
5	Doenças mentais e comportamentais	Doenças mentais e comportamentais	Doenças mentais e comportamentais	Doenças mentais e comportamentais
6	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
7	Doenças do sistema circulatório	Doenças do sistema circulatório	Doenças do sistema circulatório	Doenças do sistema circulatório
8	Doenças do sistema respiratório	Doenças do sistema respiratório	Doenças do sistema respiratório	Doenças do sistema respiratório
9	Doenças do sistema digestivo	Doenças do sistema digestivo	Doenças do sistema digestivo	Doenças do sistema digestivo
10	Doenças do sistema urinário	Doenças do sistema urinário	Doenças do sistema urinário	Doenças do sistema urinário
11	Doenças do sistema nervoso	Doenças do sistema nervoso	Doenças do sistema nervoso	Doenças do sistema nervoso
12	Doenças do sistema muscular e esquelético	Doenças do sistema muscular e esquelético	Doenças do sistema muscular e esquelético	Doenças do sistema muscular e esquelético
13	Doenças do sistema reprodutivo	Doenças do sistema reprodutivo	Doenças do sistema reprodutivo	Doenças do sistema reprodutivo
14	Doenças do sistema auditivo	Doenças do sistema auditivo	Doenças do sistema auditivo	Doenças do sistema auditivo
15	Doenças do sistema visual	Doenças do sistema visual	Doenças do sistema visual	Doenças do sistema visual
16	Doenças do sistema imunitário	Doenças do sistema imunitário	Doenças do sistema imunitário	Doenças do sistema imunitário
17	Doenças do sistema circulatório	Doenças do sistema circulatório	Doenças do sistema circulatório	Doenças do sistema circulatório
18	Doenças do sistema respiratório	Doenças do sistema respiratório	Doenças do sistema respiratório	Doenças do sistema respiratório
19	Doenças do sistema digestivo	Doenças do sistema digestivo	Doenças do sistema digestivo	Doenças do sistema digestivo
20	Doenças do sistema urinário	Doenças do sistema urinário	Doenças do sistema urinário	Doenças do sistema urinário
21	Doenças do sistema nervoso	Doenças do sistema nervoso	Doenças do sistema nervoso	Doenças do sistema nervoso
22	Doenças do sistema muscular e esquelético	Doenças do sistema muscular e esquelético	Doenças do sistema muscular e esquelético	Doenças do sistema muscular e esquelético
23	Doenças do sistema reprodutivo	Doenças do sistema reprodutivo	Doenças do sistema reprodutivo	Doenças do sistema reprodutivo
24	Doenças do sistema auditivo	Doenças do sistema auditivo	Doenças do sistema auditivo	Doenças do sistema auditivo
25	Doenças do sistema visual	Doenças do sistema visual	Doenças do sistema visual	Doenças do sistema visual
26	Doenças do sistema imunitário	Doenças do sistema imunitário	Doenças do sistema imunitário	Doenças do sistema imunitário

Tabela 1 - Causas de Mortalidade na Europa nos anos de 2000 e 2015. (OMS, 2017)



8

Acidentes

- ✓ Na Europa, 42000 crianças e jovens (0-18 anos) morrem todos os anos, vítimas de acidentes não intencionais.

WHO, 2017

- ✓ Em Portugal,


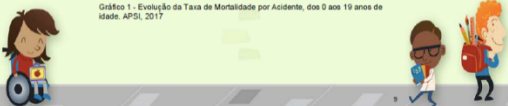


Gráfico 1 - Evolução da Taxa de Mortalidade por Acidente, dos 0 aos 19 anos de idade. APSI, 2017



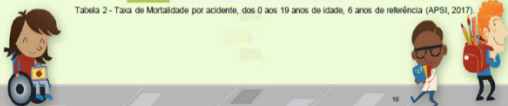
9

Acidentes em Portugal - mortalidade

- ✓ Taxa de mortalidade por acidente, distribuição por ano e faixa etária

	1992	1997	2002	2007	2012	2016
até 1 ano	41,3	23,9	21,8	5,8	4,4	5,3
1 - 4 anos	14,9	11,3	9,9	3,5	2,3	3,9
5-9 anos	11,8	8,3	6,9	2,9	1,7	1,8
10-14 anos	11,4	9,9	8,7	3,4	2,0	1,5
15-19 anos	44,9	26,1	27,9	11,6	5,4	6,1
Total	24,1	15,3	14,5	6,3	3,0	3,4

Tabela 2 - Taxa de Mortalidade por acidente, dos 0 aos 19 anos de idade, 6 anos de referência (APSI, 2017).



10

Acidentes em Portugal - mortalidade

- ✓ Taxa de mortalidade por acidente – distribuição por género


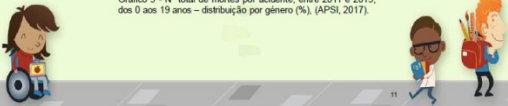


Gráfico 3 - Nº total de mortes por acidente, entre 2011 e 2015, dos 0 aos 19 anos – distribuição por género (%). (APSI, 2017).



11

Acidentes em Portugal - mortalidade

- ✓ Taxa de mortalidade por acidente – distribuição por tipo de acidentes

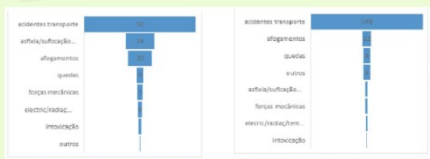



Gráfico 4 - Nº de mortes por acidente, entre 2011 e 2015, dos 0 aos 14 anos – distribuição por acidente (APSI, 2017).

Gráfico 5 - Nº de mortes por acidente, entre 2011 e 2015, dos 15 aos 19 anos – distribuição por acidente (APSI, 2017).



12

Acidentes em Portugal - Instituto Nacional de Emergência Médica

✓ Encaminhamento para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

Gráfico 6 - Nº chamadas 112 por acidente reencaminhadas para INEM, entre 2013 e 2016, dos 0 aos 18 anos – distribuição por tipo de acidente (APSI, 2017).

13

Acidentes em Portugal - Instituto Nacional de Emergência Médica

✓ Encaminhamento para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

Queda	0-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-18 anos	Total
Acidentes Principais	114	117	122	119	472
Intoxicação	1	1	1	1	4
Outros/Quedas/Parto/Garganta	1	1	1	1	4
Obstrução Via Aérea	1	1	1	1	4
Queimadura / Electrocussão	1	1	1	1	4
Afogação/Acidente Marítimo	0	0	0	0	0
Total	118	121	126	122	487

Tabela 3 - Nº chamadas 112 por acidente reencaminhadas para INEM, entre 2013 e 2016, dos 0 aos 18 anos – distribuição por tipo de acidente (APSI, 2017).

14

Acidentes em Portugal – Serviço de urgência

✓ Serviço de urgência – motivo de vinda por acidente (hospital de referência)

Gráfico 7. Distribuição dos acidentes por tipo de acidente (Bataha, 2016).

15

Acidentes em Portugal - Internamento

✓ Internamentos por Acidente

Gráfico 8- Evolução do nº internamentos por acidente, dos 0 aos 18 anos de idade (APSI, 2017).

16

Acidentes em Portugal - Internamento

✓ Internamentos por Acidente – distribuição por tipo de acidente

Gráfico 9 - Nº de internamentos por acidente, entre 2012 e 2016, dos 0 aos 18 anos – distribuição por tipo de acidente (APSI, 2017).

17

Acidentes em Portugal - Internamento

✓ Internamentos por Acidente – distribuição por tipo de acidente e por faixa etária.

	0-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-18 anos	Total	(%)
Acidentes Transporte	494	1108	1676	1090	4368	74,4
Intoxicação	755	208	373	141	1477	25,0
Quedas	2015	4200	6117	3012	15344	26,0
Quemaduras (e acidentes relacionados com o fogo/chama)	142	119	150	141	552	0,9
Afogações	90	17	71	18	296	0,5
Afélica	366	28	15	12	421	0,7
Corpos estranhos	270	204	89	16	579	1,0
Total	3438	1883	2801	1500	9622	100,0
(%)	24,9	14,3	27,0	11,3		

Tabela 4 - Nº de internamentos por acidente, entre 2012 e 2016, dos 0 aos 18 anos – distribuição por tipo de acidente (APSI, 2017).

18

Sistemas de Retenção de Crianças

✓ 83% das crianças utiliza sistemas de retenção para crianças, no entanto, em apenas 40% este estava adequadamente instalado.

APSI, 2010

AGORA QUE O SEU FIGURINO VAIÁ BEM BEM OU TEM A CERTEZA?

19

Folheto Informativo – “Sistemas de Retenção para Crianças – Qual escolher?”

20

Asfixia

21

Folheto Informativo – “E se o bebé se engasgar?”

22

Folheto Informativo – “Brinquedo – Qual escolher?”

23

Afogamento

GNR

A morte por afogamento continua a ser a segunda maior causa de morte acidental em crianças

Bastam apenas
Alguns segundos
Sem supervisão para
Tudo
Acontecer

COM PISCINA EM CASA VIGILÂNCIA REDOBRADA!

Não sequele as crianças.

Fique por perto. Esteja alerta. Sempre vigilante!

24

Intoxicações

Comer cápsulas é estúpido!

AOS OLHOS DE UM ADULTO

AOS OLHOS DE UMA CRIANÇA

25

Quedas

ATENÇÃO ÀS ESCALAS PARA A CRIANÇA

www.apsi.org.br

ATENÇÃO ÀS ESCALAS PARA A CRIANÇA

26

Eletrocussões

27

Queimaduras

Queimaduras solares em crianças

28

Atuação Após Acidente

29

KIT – “Vamos tratar do meu dói-dói”

KIT – Vamos tratar o meu dói-dói:

- Analgésicos (ibuprofeno)
- Pomadas (álcool)
- Compressas (efeito frio)
- Bala Frotalgin (efeito frio)
- Gelo
- Lençol Alérgico
- Pomada para queimaduras (Calafix)

É importante rever freqüentemente o kit, verificando se possui validade e material em falta.

Não se esqueça que a prevenção é a melhor solução...


30

Conclusão

✓ A educação para a saúde constituiu um elemento fundamental para reduzir o risco dos acidentes, através da consciencialização dos pais das mudanças que devem fazer no ambiente e nos comportamentos e no impacto destas medidas na saúde dos seus filhos e na sociedade em geral.

✓ Os profissionais de saúde devem agir de forma a "minimizar os acidentes - (...) agir após o acidente, rápida e eficazmente de forma a reduzir os danos já causados, ou impedir que aumentem/piorem".

Plano de Acção para a Segurança Infantil (APSI, 2011 p10)




31

Referências Bibliográficas

- Associação Clube de Portugal, Prevenção Rodoviária Portuguesa & CITEEX. (2014). *A Segurança representada no sentido comunitário de mercado*. Gasparda 2014. Lisboa. Acessado a 1 de Setembro de 2018. Disponível em http://www.acp.pt/Recursos/Livros/OClubeClube/NotasCFPA/Datas/Estado_A_Seguranca_Representad_2014.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Plano de Acção para a Segurança Infantil 2012-2016*. Acessado a 3-09-2018. Disponível em http://apsi.org.pt/images/Documentos/PAS_2011.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2017). *25 anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação*. Acessado a 3-09-2018. Disponível em: http://www.apsi.org.pt/images/Plano%20de%20Ac%20a%20seguranca%20infantil_2017.pdf
- Baúlus S., Silva L., Santos J., Albuquerque C., Costa F. & Sousa Helena (2016). *Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. Azeiteiros de Portugal*. 47:30-37. Doi: 10.21774/ijpp.2016.4207
- Dias S., Costa S. & Matos S. (2013). *Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos*. *Acta Paediatrica Portuguesa*, Nº 6: 277-282. DOI: 10.21774/ijpp.2013.1490
- Direção Geral de Saúde (2018). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS
- Diretiva nº2009/48/CE de 18 de Junho (2009). *Segurança das Brinquedos*. *Journal Oficial da Comissão Europeia* acessado a Acessado a 20-11-2018. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ.L.2009.170.0001.0007.pt.PDF>
- Ordem das Enfermeiras. (2006). *Manual de prevenção sobre a segurança do cliente*. Lisboa: OE.
- Ordem das Enfermeiras. (2010). *Regulamento de competências comuns de Enfermeiros Especialistas*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Manual Seguro em Casa*. *Segurança em Casa*. OMS. Acessado a 28 de Abril de 2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43811/9789241543754_eng.pdf;jsessionid=CC48F23D3C7F8A6A807724C48E8ED04?sequence=1
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Segurança a nível de saúde pública em Europa*. Copenhagen: OMS. Acessado a 1 de Setembro de 2018. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/348102/9789241543754_eng.pdf?ua=1
- Ponder, N., Stronkings, C. & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª Ed. Boston: Pearson Education

✓ Plano de Acção para a Segurança Infantil



32

A melhor solução para os acidentes é a sua prevenção.

Todos são importantes nesta missão.



UM SEGUNDO PODE DURAR PARA SEMPRE

Obrigada

33

2.4. Avaliação da sessão:

A sessão de formação em serviço, foi apresentada em reunião da equipa multidisciplinar, no dia 11 de dezembro de 2018, com a presença num total de 24 elementos da mesma (11 médicos, 9 enfermeiros e 4 assistentes técnicos).

Para avaliação da mesma foi aplicado um questionário a todos os participantes.

O questionário aborda inicialmente uma avaliação global da sessão, seguido da avaliação do seu impacto assim como a avaliação do formador, recorrendo a uma escala de 1 a 4 (discordo totalmente a concordo totalmente).

Após a recolha e análise de dados estes foram os resultados obtidos:

Figura 1- Avaliação da formação pelos formandos.

II. Avaliação Global							
Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1- Discordo Totalmente ; 2- Discordo ; 3- Concordo ; 4 - Concordo Totalmente							
	1	2	3	4			
1. Os objectivos da formação foram claros	0%	0%	0%	100%			
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	0%	0%	8%	92%			
3. Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes	0%	0%	12.5%	87.5%			
4. A duração da acção/formação foi adequada	0%	0%	4%	86%			
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	0%	4%	17%	76%			
6. As instalações foram adequadas	0%	4%	50%	46%			
7. Os meios audiovisuais foram adequados	0%	0%	0%	100%			
8. A documentação foi suficiente	0%	0%	21%	79%			
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	0%	0%	29%	71%			
III. Avaliação do Impacto da Formação							
	1	2	3	4			
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	0%	0%	21%	79%			
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	0%	0%	12.5%	87.5%			
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	0%	0%	12.5%	87.5%			
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	0%	0%	12.5%	87.5%			
IV. Avaliação dos Formadores							
Coloque um X no número que melhor corresponde à sua avaliação perante o Formador:							
Formador(es):	Alexandra Brás	Formador 2	Formador 3	Formador 4	Formador 5	Formador 6	Formador 7
1. O formador revelou dominar o assunto	0%0% 0%100%	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. A metodologia utilizada foi adequada	0% 0% 8% 92%	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3. A exposição dos assuntos foi clara	0%0% 8% 92%	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	0%0% 8% 92%	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Relativamente à avaliação apresentada, é possível de verificar que a adequação das instalações é o aspeto que teve mais discordância de entre os presentes. De fato, as instalações onde são realizadas as formações na USF são de pequenas dimensões, tendo em conta o número de elementos presentes, mas é a única sala disponível para o efeito.

Quanto à utilidade da formação, a pertinência e a sensibilização efetuada sobre os acidentes, nomeadamente os acidentes de viação (utilização do sistema de retenção de crianças), assim como a apresentação dos folhetos informativos elaborados toda a equipa revelou ser de extrema utilizada.

Dois dos elementos presentes (médicos) referiram como sugestão de tema a ser desenvolvido no futuro, a apresentação mais completa dos sistemas de retenção de crianças existentes e a sua aplicabilidade.

Relativamente à minha apreciação, como formador da sessão, utilizei o questionário para o efeito fornecido pela instituição.

Figura 2- Avaliação da formação pelo formador.

II. Apreciação Global				
Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: 1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente				
	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação foram cumpridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Os formandos foram assíduos e pontuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os formandos tinham os conhecimentos de base necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os formandos foram participativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. As instalações e os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O apoio administrativo e técnico pedagógico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Um dos aspetos mais positivos desta formação, foi a presença de grande parte da equipa multidisciplinar nesta formação, o que conduz a uma maior sensibilização da temática abordada e a adoção futura de medidas educativas de prevenção de acidentes.

Após a apresentação dos dados mais recentes sobre a mortalidade infantil por acidentes assim como dos acidentes mais comuns em idade pediátrica, foi unânime que é necessário existir uma intervenção educativa nesta área e, que os profissionais de saúde têm de ter um papel ativo.

Todos os profissionais compreenderam esta temática como sendo importante para o desenvolvimento das crianças/famílias, tendo sido dadas as ferramentas/materiais necessários para uma melhor educação da criança/família (folhetos informativos elaborados e os documentos já existentes na unidade), despertando assim o sentimento de curiosidade sobre a temática e assumindo um compromisso de maior atenção e atuação nesta área.

A realização desta formação em serviço, permitiu desenvolver competências enquanto enfermeiro especialista, promovendo a formação baseada em evidência científica, atual e credível, desenvolvendo também conhecimentos ao nível da segurança e qualidade dos cuidados prestados, maximizando os comportamentos promotores de saúde e de desenvolvimento da criança e da família.

APÊNDICE XVI

Reflexão individual em contexto de unidade de saúde familiar



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório

Reflexão Individual

Unidade de Saúde Familiar

Docentes:

Professora Doutora Margarida Lourenço (Regente)

Professora Doutora Elisabete Nunes (Orientadora)

Professora Doutora Zaida Charepe

Enfermeiras Orientadoras:

Mestre CM

Estudante:

Mestranda Alexandra Brás, n.º 192017060

Lisboa, dezembro de 2018

Índice

1. Enquadramento	3
2. Reflexão Individual	5
3. Referências Bibliográficas	11

1. Enquadramento

A presente reflexão individual insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa.

Em relação ao plano de estudo do referido mestrado, a referida reflexão crítica insere-se no 3º semestre na unidade curricular de Estágio Final e Relatório, mais especificamente é realizado na Unidade de Saúde Familiar no período de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2018, num total de 115 horas de participação direta no contexto.

A elaboração da mesma terei como base o ciclo reflexivo de Gibbs (1988) e todas as citações e referências bibliográficas serão realizadas de acordo com a Norma APA, 6ª edição.

2. Reflexão Individual:

Descrição:

Durante a realização do ensino clínico na Unidade de Saúde Familiar, tive a oportunidade de participar de forma ativa nas consultas de saúde infantil, e de observar consultas médicas de saúde infantil, de forma compreender relação entre a equipa de família e a sua interação.

Inicialmente nas de consultas de enfermagem de saúde infantil, que por norma antecede a consulta médica, a enfermeira cumprimenta a família (muitas crianças veem acompanhadas por ambos os pais sobre tudo na faixa etária do recém-nascido até o toddler, nas idades superiores vêm acompanhadas geralmente apenas pela mãe) e também a criança, que muitas das vezes já reconhece a enfermeira.

Seguidamente, ao mesmo tempo que realiza a avaliação antropométrica da criança, a enfermeira aborda os pais, de forma a tentar perceber como está a correr o processo de parentalidade, a interação com os pares, o infantário ou a escola, detetando se existem dúvidas as quais possam ser esclarecidas ainda em tempo de consulta, após a mesma, a enfermeira efetua os registo no Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil e no sistema informativo disponível na unidade.

Nos registos informáticos, para além dos dados antropométricos é feito também o registo de quem é que acompanha a criança, o que foi observado, que tipo de atendimento fizemos e quais os ensinamentos que fizemos (SOAP). De notar que, da minha avaliação informal realizada aos registos de enfermagem, foi possível de verificar que a prevenção de acidentes é pouco abordada, assim como, é registada pouca informação relativamente aos ensinamentos realizados, ao material que fornecemos (folhetos informativos) e o nível de compreensão que os pais nos transmitiram desses ensinamentos que realizamos.

De seguida a criança irá para a consulta médica de saúde infantil, onde foi possível de verificar que a equipa médica tem uma relação muito próxima, com as suas famílias e isso nota-se na forma como interagem, no acolhimento à consulta onde os pais apresentam sempre um sorriso e um cumprimento. Os médicos fazem uma análise das curvas de

percentis, discutindo as mesmas com os pais da criança e percebendo o que pode estar a acontecer para existir cruzamento de percentis. A equipa médica encontra-se preocupada com a interação com a criança/jovem, adequando e arranjando estratégias para o estabelecimento de uma relação próxima, o que permite a realização do exame físico objetivo através da participação da criança na mesma (sobre tudo na idade pré-escolar) deixando sempre um espaço da consulta para esclarecimento de dúvidas.

Durante as consultas o tema mais abordado é a alimentação (introdução de alimentos e erros alimentares) o exercício físico, a interação com os pares, a escola ou o infantário no entanto a abordagem aos acidentes e a sua prevenção não acontece tão recorrentemente, mesmo quando as crianças chegam à sala da consulta, por exemplo mal colocados ou adaptados à cadeirinha de transporte ou ao carrinho de passeio.

Em relação a este tema os pais procuravam mais informação sobre tudo ao tema da asfíxia e a técnica de desengastamento do latente (tema que a unidade não tinha nenhum suporte informativo de apoio). E tinham alguns comportamentos de risco para além da má adaptação às cadeiras de transporte, como também de deixar a latente sozinho em cima na marquesa enquanto iam ao saco buscar algum material que precisavam.

Também foi possível de verificar que a equipa médica fornecia aos pais os mesmos folhetos, que a equipa de enfermagem, já teria fornecido na consulta anterior de enfermagem, existindo por isso uma falha na comunicação entre as equipas.

Perante o que foi acima apresentado a minha intervenção teria de começar primeiro por sensibilizar a equipa de família sobre o tema e apresentar os materiais que têm disponíveis na unidade para apoiar a educação aos pais sobre este tema.

A equipa de família tem ao seu dispor vários folhetos informativos elaborados pelos elementos da unidade mas também de entidades organizacionais como a Associação para a Promoção da Segurança Infantil no âmbito da prevenção dos acidentes nas várias faixas etárias.

Desta forma foi elaborada uma sessão de formação em serviço a toda a equipa de família da unidade, como forma de sensibilização para o tema, com a apresentação dos dados mais recentes sobre a mortalidade infantil, hospitalização devido a acidentes (dados da Organização Mundial de Saúde e a Associação para a Promoção da Segurança Infantil), bem como uma abordagem dos principais acidentes em idade pediátrica com uma sensibilização através de imagens ilustrativas do tema. Foi também apresentado à equipa de família todo o material elaborado durante o estágio.

Após a realização da mesma e, de acordo com a avaliação da sessão realizada, foi possível verificar que a mesma teve um impacto muito positivo na equipa, sendo que esta ficou muito mais sensível para o tema e isso foi possível de verificar nas consultas de saúde infantil que decorreram posteriormente, onde o enfermeiro tinha uma maior preocupação em abordar o tema dos acidentes com os pais, e recorriam muito mais ao material existente de apoio (folhetos informativos) e quando eu não estava presente nessa consulta faziam questão de me informar que tinha sido utilizado aquele folheto.

Também os pais referiram que muitas vezes não estão despertos para o tema dos acidentes e da segurança rodoviária e que a informação dada era de extrema importância.

Sentimentos:

Perante o descrito anterior o meu primeiro sentimento foi de surpresa, pois os acidentes são uma das causas da morte infantil em todo o mundo e também em Portugal, e estando disponível para a toda a equipa de família material informativo, para ajudar da educação dos pais sobre este tema, e mesmo assim este ser um tema pouco abordado nas consultas.

Sendo o meu projeto individual de estágio a prevenção dos acidentes em idade pediátrica e enquanto enfermeiro especialista compreendi que teria de atuar de forma a sensibilizar a equipa para este tema, para que possam desenvolver mais esta abordagem nas suas consultas.

Fiquei muito surpreendida também durante a formação de serviço realizada, porquê de facto a equipa de família, não tinham a noção dos elevados números de mortalidade devido a um acidente e, da importância que o mesmo tem para a própria sociedade.

E, depois, foi muito agradável ver o esforço que a equipa fez para dar continuidade ao trabalho e abordar mais este tema nas consultas de saúde infantil da unidade.

Avaliação:

A situação acima referida foi importante, pois reforçou o meu papel enquanto enfermeiro a desenvolver um projeto na área da prevenção de acidentes, em que este não se limita apenas a realizar educação para os pais, mas atua como formador da equipa de família, a fim de a sensibilizar, promovendo desta forma, a saúde e não apenas a prevenção da doença das crianças através da minimização dos comportamentos de risco que poderão levar a possíveis acidentes.

Análise:

O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil aborda a segurança e os acidentes como um tema a abordar nas consultas de saúde infantil em todas as idades e onde os cuidados antecipatórios assumem um papel muito relevante nesta temática (DGS, 2013).

Relativamente aos acidentes, estes são um dos principais motivos de consumo de serviços de saúde, perda de produtividade e incapacidade e anos de vida perdidos (Batalha et al, 2016). Várias são as entidades internacionais e nacionais, como a Organização Mundial de Saúde, a Direção Geral de Saúde e a Associação para a Promoção da Saúde Infantil, onde a prevenção é apontada como a principal ferramenta para a redução dos acidentes infantis.

A informação e a educação para a saúde constituem um elemento fundamental para reduzir o risco dos acidentes, através da consciencialização dos pais das mudanças que devem fazer no ambiente e nos comportamentos e no impacto destas medidas na saúde dos seus filhos e na sociedade em geral (Dias, 2013).

Nesta forma a equipa de família deverá, através da interação com os recursos disponíveis encontrar estratégias que possam promover a prevenção dos acidentes em idade pediátrica. Também, o Plano Nacional para a Segurança Infantil, propõe a formação dos próprios profissionais de saúde, referindo que deverá existir um aumento da oferta de “formação contínua nas áreas da análise e avaliação de risco, prevenção de acidentes e primeiros socorros/suporte básico de vida” (APSI, 2011 p. 55).

Estas consultas têm como principal objetivo promover a vigilância da saúde da criança e do jovem, tendo como finalidade o bem-estar infante/juvenil e da família. A sua linha de orientação contempla o que está defendido no PNSIJ, onde a promoção para a saúde é um imperativo dos cuidados prestados por todos os profissionais de saúde (DGS, 2013).

As consultas de saúde infantil são um momento importante da intervenção do enfermeiro, possibilitando a avaliação global da criança/família, assim como permite a deteção, sinalização e supervisão de situações de risco.

A integração dos pais nas consultas, permite um conhecimento mais profundo da criança, uma vez que são eles que estão mais próximos delas e consequentemente quem está em melhor posição para detetar comportamentos de risco, ou alterações que possam acontecer, assim como promoverem o seu desenvolvimento (DGS, 2013).

É necessário mostrar disponibilidade para os pais exprimirem os seus receios, dúvidas e questões, sendo identificadas necessidades educacionais e valorizando os comportamentos

positivos e promotores de saúde, de uma forma sempre individualizada, contribuindo para a segurança e o desenvolvimento de competências parentais.

Neste caso, a equipa até compreendia a importância da temática na promoção da saúde das crianças e jovens que vêm as suas consultas, mas o tempo disponível para a realização das mesmas, assim como a existência de outro tipo de dúvidas pelos pais dificultava a transmissão deste tipo de informação.

Também é, igualmente importante, que toda a equipa intervenha de forma coesa e coerente, sabemos que os tempos disponíveis para a realização da consulta são por vezes curtos, tendo sido feito um reforço sobre a importância dos registos dos ensinamentos realizados assim como do material que foi fornecido aos pais (folhetos informativos), para que aquando a realização da consulta médica, o médico observa os registos da enfermeira e verifica os ensinamentos realizados e não ocorre repetição dos mesmos, aumentando assim o tempo de consulta para a realização de outro tipo de ensinamentos igualmente importantes. Esta interação e interligação, entre o enfermeiro e o médico, permite aumentar a relação terapêutica entre os mesmos e a criança/família.

Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro), o Enfermeiro deve gerir a equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança. Reconhecendo a necessidade de prevenir práticas de risco e adotando, e promovendo, medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas. A sua intervenção, com base na evidência científica, permite uma interpretação, organização e divulgação dados provenientes da evidência que contribuem para o crescimento e desenvolvimento da enfermagem e da prática clínica cada vez mais especializada. Atua também como formador oportuno, tendo em conta as necessidades formativas identificadas, provendo o trabalho em equipa e envolvendo a mesma para a melhoria dos cuidados prestados.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) acresce ainda trabalhar em parceria com a criança e com a família/pessoa significativa, tendo um papel fundamental na promoção da saúde através de ações informativas, educativas e preventivas junto da criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que esta se encontre, acrescentando ainda a competência de promover o crescimento e o desenvolvimento infantil e transmitir orientações antecipatórias às crianças/famílias a fim da maximização do potencial do seu desenvolvimento (Regulamento nº 222/2018, de 12 de Julho).

Conclusão:

Esta situação levou-me a compreender a importância do Enfermeiro, sobretudo o Enfermeiro Especialista tem no seio de uma equipa como promotor do desenvolvimento da equipa de família o qual ele está inserido, sensibilizando a mesma para um tema tão importante, transmitindo por isso informações científicas.

Plano de ação:

A sensibilização da equipa para esta temática teve de fato resultados positivos, até a data. Toda a equipa assumiu o compromisso de promoção do tema da prevenção dos acidentes nas suas consultas. Assim como uma melhor interligação entre enfermeiro-médico com os registos efetivos, quer dos ensinamentos realizados, como também dos folhetos entregues.

3. Referências Bibliográficas

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012-2016*. Lisboa: APSI. Acedido a 03-09-2018. Disponível em: http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf

Batalha S., Salva I., Santos J., Albuquerque C., Cunha F. & Sousa Helena (2016) Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Portuguesa de Pediatria*. 47:30-37 Doi: 10.25754/pjp.2016.6207.

Dias S., Costa S. & Matins S. (2013) Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 6: 277-282 Doi: 10.25754/pjp.2013.3490

Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Orientação nº10/2013. Lisboa: DGS.

Gibbs G (1988) *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University

Regulamento nº 222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* II Série (Nº 133 de 12-07-2018). 19192-19194.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem do Enfermeiros. *Diário da República* II Série (Nº 26 de 9 Fevereiro de 2019). 4744-4750.

APÊNDICE XVIII

Poster científico – “Quedas em Pediatria”

Divulgado no 1.º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem *“Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”*

Intervenções do Enfermeiro na Prevenção de Queda em Crianças, em Contexto Hospitalar: Scoping Review

Brás, Alexandra*; Lourenço, Margarida**; Nunes, Elisabete***

Introdução: O Enfermeiro desenvolve intervenções de redução do risco, criando ambientes seguros (OE, 2006). A queda é um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente no chão ou num outro nível mais baixo (WHO, 2004) e é a 2ª causa de lesão acidental em crianças (WHO, 2008). O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil reforça que a segurança do ambiente e os acidentes são uma constante nos cuidados antecipatórios (DGS, 2013). O Modelo de Promoção da Saúde de Pender é um dos modelos de Enfermagem que visa a melhoria da qualidade dos cuidados e a promoção da segurança (Pender, 2011). **Palavras-chave:** queda; prevenção; enfermagem pediátrica.

Objetivos:

- Identificar as intervenções de Enfermagem para a prevenção de quedas em crianças durante o internamento hospitalar.
- Identificar os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria.

Método de revisão:

Scoping Review (Briggs, 2015), utilizando-se o acrónimo PCC: P - crianças até aos 18 anos, C - intervenções de Enfermagem preventivas de queda e instrumentos de avaliação do risco de queda C- internamento hospitalar, descritores MeSH: queda, prevenção e Enfermagem pediátrica, com o operador booleano AND, em 3 fontes de informação (EBSCO, PubMed e SciELO).

Resultados

7 Artigos foram incluídos após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão: EBSCO (Kramlich D. et al, 2016-E1; Jamerson P. et al, 2014-E2); PubMed (DiGerolamo K. et al, 2017-E3; Messmer P, 2013-E4; Fujita Y. et al, 2013-E5 e Ryan-Wengwe N., 2013-E6); SciELO (Gurgel S., 2017-E7).

Intervenções mais eficazes na prevenção de queda:

- Identificar a criança com risco na admissão (E2;E6;E7);
- Aplicar instrumentos de avaliação do risco adequados (E2;E5;E7);
- Educar a criança/família, em vários momentos do internamento (E2;E5;E7);
- Utilizar várias metodologias de ensino (E2;E5;E7);
- Selecionar tipo de cama (E5;E7);
- Organizar a unidade de cuidados (E5;E7);
- Remover obstáculos nos circuitos de passagem (E5;E7);
- Registrar as intervenções realizadas (E5;E7);
- Notificar a ocorrência de queda (E6;E7).

Intervenções menos eficazes na prevenção de queda:

- Colocar a criança com alto risco de queda próximo da unidade de enfermagem (E5);
- Educar sobre a limpeza na cama e o uso de calçado antiderrapante (E5);
- Presença de um adulto (E2).

Instrumento Avaliação do Risco de Queda	Ano
CHAMPS (E2;E3;E4)	2006
Cummings (E3)	2006
Humpty Dumpty Falls Scale (E1;E2;E3;E4;E5)	2009
Graf-PIF (E2;E3;E4;E5)	2011
I'M SAFE (E3)	2011

Conclusão: A educação das crianças/família sobre as medidas preventivas é de extrema importância, deve ser reforçada ao longo do internamento e utilizadas diferentes metodologias, desta forma promove-se o empoderamento e torna-se a criança/família ativos e envolvidos no processo de promoção da saúde. A presença dos pais não oferece proteção adicional contra a ocorrência de quedas. A escala Humpty Dumpty Falls Scale foi a mais utilizada. **Limitações:** Limitação temporal para a realização do trabalho e inexistência de estudos científicos em Portugal sobre a temática. **Implicações para a prática:** Criação de um programa de intervenção de prevenção de quedas nas crianças, com recurso às intervenções mais adequadas e a instrumento de avaliação de risco mais adequado à idade pediátrica.

Referências Bibliográficas:

- Briggs, J. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2015 (Baker's Supplement). Australia.
- Direção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Portugal: Ministério da Saúde.
- Fujita, Y., Fujita, M., & Fujiwara, C. (2013). Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science*, 20, 221-231. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04608.x
- Gurgel, S., Moreira, A., Saraiva, L., Araújo, P., Fidalgo, M., & Costa, F. (2017). Caracterização do Internamento na Prevenção de Quedas em Crianças: Um Estudo de Casos. *Texto Contexto Enfermagem*, 24 (4). DOI: 10.1890/0109-0703.20170040016
- Jamerson, P., Ford, E., Mckenzie, A., Ford, E., Burtis, S., Shingo, A., ... Ludens, M. (2014). Inpatient Falls in Free-standing Children's Hospital. *Pediatric Nursing*, 38(10), 127. <https://doi.org/10.1177/0898010114531184>
- Kramlich, D., & Dieder, S. (2016). Development of a Pediatric Fall Risk Assessment Program. *Pediatric Nursing*, 30(1), 17-22.
- Messmer, P., Wilbur, P., & Williams, R. (2013). A case-control study of pediatric falls using electronic medical records. *Hospitalization Nursing Journal*, 39(3), 75-79. DOI: 10.1002/hnj.79
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Tendências de saúde pública e segurança do paciente*. Lisboa: Portugal: Global Health Observatory.
- Ryan-Wengwe, M., & Duffin, B. (2013). An interdisciplinary inventory and analysis of events related to explicit, deliberate, and preventable pediatric patient falls and fall-related injuries. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18(1), 8-13. DOI: 10.1111/jspn.12024
- World Health Organization (2008). *Manual de Prevenção de Acidentes em Crianças*. Acessado a 28 de Abril de 2018. Disponível em: <http://www.who.int/whodoc/data/hqpublications/hqpublications08046/hqpublications08046.pdf>
- World Health Organization (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. Acessado a 28 de Abril de 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/16881/WHO-WHE-08.04.pdf;jsessionid=CC8922109C0F8A5C0770E8A83D01D4949?sequence=1>

* Mestranda em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências e Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Enfermeira no Hospital Vila Franca de Xira (alexandra.brás@hotmail.com)

** Doutora em Enfermagem; Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (margaridalourenco@ics.lisboa.ucp.pt)

*** Doutora em Enfermagem; Professora Azeiteira do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (elisabete.nunes@ics.lisboa.ucp.pt)

APÊNDICE XIX

Slides da comunicação livre: “Quedas em Crianças: Uma Proposta de Intervenção”,
apresentada no 1.º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem “*Intervenção
especializada: o valor entre a clínica e a academia*”



1

Sumário

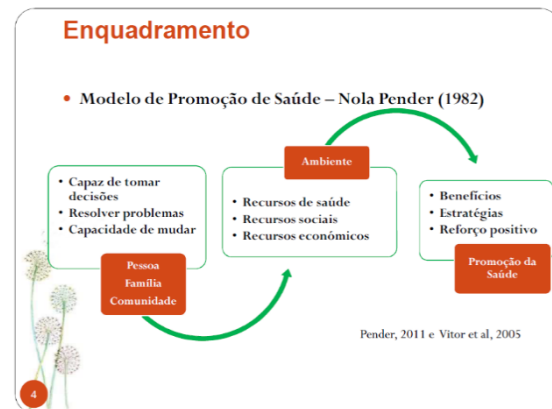
- Enquadramento
- Metodologia da Investigação
- Resultados da Investigação
- Estágio
- Competência Desenvolvidas
- Síntese
- Referências Bibliográficas

2

Enquadramento

- Os clientes têm direito a cuidados seguros. OE, 2006
- O Enfermeiro Especialista deve "promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos" e "gerir o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais". OE, 2010
- O Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança/família/pessoa significativa, tendo um papel fundamental na promoção da saúde em qualquer contexto. Deve também promover o crescimento o desenvolvimento infantil e transmitir orientações antecipatórias às crianças/famílias a fim da maximização do potencial do seu desenvolvimento. Regulamento n.º 222/2018, de 12 de Julho

3



4

Enquadramento

- O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil realça que, a segurança do ambiente e os acidentes são uma constante nos cuidados antecipatórios prestados às crianças. DGS, 2013
- Meta Internacional de Segurança
 - Meta 6 - redução do risco de danos nos pacientes resultantes de quedas. JCI, 2017
- Plano Nacional para a Segurança dos Cuidados 2015-2020
 - 6. Prevenir a ocorrência de quedas. Decreto-Lei n.º 28/2015, de 10 de fevereiro

5

Enquadramento

QUEDAS EM CRIANÇAS

- 2^o causa de morte ou lesão acidental no mundo.
- Queda é então definida pela como um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente tombado no chão ou num outro nível mais baixo, não sendo dada a relevância à ocorrência de lesão ou não. WHO, 2008

6

Enquadramento

QUEDAS EM CRIANÇAS E INTERNAMENTO

- A taxa de queda pediátrica durante o internamento é de 1.23 por 1000 crianças/dia
Almis H. et al, 2016
- 75,9% quedas ocorrem no 3º dia de internamento.
Fujita, Y. et al, 2013
- Diagnóstico de enfermagem: risco de queda**, "risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico e comprometer a saúde".
NANDA-I, 2013 p.505
- Risco** é a probabilidade de ocorrência de um incidente.
DGS, 2010

7

Perguntas de Investigação

Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em crianças durante o internamento hospitalar?

Quais os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria?

8

Metodologia de Investigação

- Scoping Review segundo Joanna Briggs Institute.
- Objetivos:
 - Identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em crianças durante o internamento hospitalar;
 - Identificar os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria.
- P- crianças (0 aos 18 anos);
- C- intervenções de enfermagem, preventivas de queda e instrumentos de avaliação do risco de queda;
- C- internamento hospitalar.
- Idioma: português e inglês
- Janela temporal de 5 anos (Janeiro de 2013 a Abril de 2018)
- Disponíveis em texto integral
- Operador boleano: AND
- Descritores Mesh: fall/queda; prevention/prevenção; pediatric nursing/enfermagem pediátrica
- Como critérios de exclusão: todos os artigos que não sejam científicos ou artigos científicos que não cumpram os critérios de inclusão acima descritos.

9

Resultados

Artigos encontrados através das bases de dados n=21

EBSCO (n=9)	PubMed (n=11)	SciELO (n=1)
Repetidos (n=2)	Repetidos (n=2)	Repetidos (n=0)
Excluídos título/resumo (n=3)	Excluídos título/resumo (n=1)	Excluídos título/resumo (n=0)
EBSCO (n=4)	PubMed (n=7)	SciELO (n=1)
Inacessível (n=0)	Inacessível (n=1)	Inacessível (n=0)
Excluídos - análise do artigo (n=2)	Excluídos - análise do artigo (n=2)	Excluídos - análise do artigo (n=0)
Artigos incluídos na Scoping Review Final (n=7) EBSCO (2); PubMed (4); SciELO (1)		

10

Resultados

Identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em crianças durante o internamento hospitalar

Autor	Intervenção
Gurgel, S et al 2017 Jamerson, P. et al 2014 Ryan-Wenge et al 2013	- Identificar a criança com risco no momento da admissão da criança.
Gurgel, S et al 2017 Jamerson, P. et al 2014 Fujita Y. et al 2013	- Aplicar instrumentos de avaliação do risco adequados. - Educar a criança/família, em vários momentos do internamento e com recurso a várias metodologias.
Gurgel, S et al 2017 Fujita Y. et al 2013	- Selecionar o tipo de cama - Organizar a unidade de cuidados. - Remover obstáculos nos circuitos de passagem. - Transportar a criança com alto risco de queda em maca ou cadeira de rodas. - Registar o risco de queda e as intervenções realizadas.
Gurgel, S et al 2017 Ryan-Wenge et al 2013	- Notificar o incidente de quedas.

Quadro 1. Análise dos resultados sobre as intervenções de enfermagem mais eficazes na prevenção das quedas em meio hospitalar.

11

Resultados

Identificar os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria

Instrumentos de Avaliação do Risco de Queda em Pediatria			
Instrumento	Estudo	Ano	Autor
CHAMPS	DiGerolamo K et al, 2017 Jamerson, P. et al 2014 Messmer P et al 2013	2006	Rasmus et al
Cummings	DiGerolamo K et al, 2017	2006	Cummings et al
Humpty Dumpty Falls Scale	DiGerolamo K et al, 2017 Kramlich DL et al 2016 Jamerson, P. et al 2014 Fujita Y. et al 2013 Messmer P et al 2013	2009	Hill Rodrigues et al
Graf-PIF	DiGerolamo K et al, 2017 Jamerson, P. et al 2014 Fujita Y. et al 2013 Messmer P et al 2013	2011	Graf
I M SAFE	DiGerolamo K et al, 2017	2011	Neiman et al

Quadro 2. Instrumentos de avaliação do risco de quedas em pediatria.

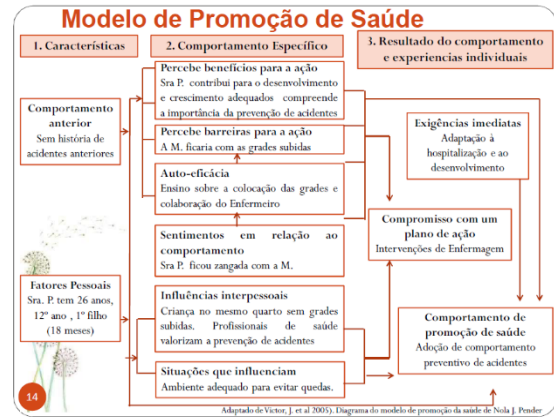
12

Estágio

- Serviço de Internamento de Pediatria
- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem na assistência a crianças/jovens e sua família, em contexto de internamento tendo em vista a prevenção de queda.
- **1º Objetivo Específico:**
 - Prestar de cuidados especializados tendo em conta as intervenções identificadas na revisão e enquadrando com o referencial teórico na prevenção de quedas.

Queda de latente de 18 meses do berço para o cadeirão.
Grades do berço descidas e sem supervisão.

13



14

Ensino Clínico

- **2º Objetivo Específico:**
 - Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família no âmbito da prevenção de queda durante o internamento.
 - **Elaboração de uma instrução de trabalho** "Quedas em Pediatria em contexto hospitalar - implementação da escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty.

Elaboração de um documento de orientação/apoio à equipa de enfermagem sobre o preenchimento da Escala de Humpty Dumpty .

15

Ensino Clínico

- **Atualização do folheto informativo** "Quedas em Pediatria - Prevenção".
- **Realização de uma sessão informativa à equipa de enfermagem:** "Quedas em Pediatria - implementação da escala de avaliação do risco de quedas de Humpty Dumpty".

16

Competências do Enfermeiro desenvolvidas

- A2.2.
 - A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco
 - A2.2.2. Tem uma conduta preventiva, antecipatória.
- B1.1.
 - B1.1.4. Comunica resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros gestores.
- B1.2.
 - B1.2.2. Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.
 - B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
- B3.1.
 - B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de ambiente seguro.
- B3.2.
 - B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.
 - B3.2.2. Envolve os colaboradores de gestão de risco.
 - B3.2.3. Previne riscos ambientais.

OE, 2010

17

Competências do Enfermeiro desenvolvidas

- D2.1.
 - D2.1.1. Atua como formador oportuno em contexto de trabalho.
 - D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas.
 - D2.1.5. Avalia o impacto da formação.
- D2.2.
 - D2.2.1. Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa.
 - D2.2.6. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
- E1.2.
 - E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem
 - E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para situações de risco.
 - E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
- E3.1.
 - E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.
 - E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

OE, 2010 e Regulamento nº 222/2018, de 12 de Julho de 2018

18

Síntese

- Uma política de prevenção de quedas e um programa adequado à unidade, pode aumentar a consciencialização da equipa multidisciplinar e da família e diminuir assim as taxas de queda na população pediátrica, melhorando a segurança e a qualidade no atendimento prestado.

19

Referências Bibliográficas

- Almis H, Bacak IH, Kocac C & Turgut M. (2016). Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls. *Pediatric Nursing*. Jan-Fev. 32: 3-7. Doi: 10.1016/j.pedsn.2016.10.006
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Plano de Ação para a Segurança Infantil*. Portugal. Acessado a 02-04-2018. Disponível em http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASL_2011.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2014). *Relatório de Atividades - Quedas em Crianças e Jovens*. Portugal. Acessado a 2-04-2018. Disponível em http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudosdaQuedas20002013_Resumo.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2017). *25 anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação*. Acessado 3-9-2018. Disponível em https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf
- Briggs, J. (2015). *The Joint Royal Institute Review's Manual 2015 edition / Supplement*. 1-24
- Decreto-Lei n.º 28/2015, de 10 de Fevereiro. (2015) *Diário da República* n.º 28/2015, II série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- DiGóralamo K, & Davis KF (2017). An Integrative Review of Pediatric Fall Risk Assessment Tools. *Pediatric Nursing*. Maio-Jun. 34: 23-28. DOI:10.1016/j.pedsn.2017.02.036
- Direção Geral de Saúde (2011). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Fujita Y, Fujita M, Fujiwara C. (2013) Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science*. Dec. 10: 223-231. doi:10.1111/jjns.12004
- Gargel, S., Ferreira, A., Sandoval, L., Araújo, P., Galvão, M. & Lima, F. (2017). Competências do Enfermeiro na Prevenção de Quedas em Crianças à Luz do Consenso de Galway. *Texto Contexto Enfermagem*. 26 (4). DOI: 10.1590/0104-070720170003140016
- Jamerson, F, Graf, E., Messmer, P., Fields, H, Barton, S., Berger, A, Lunbeck, M. (2014) Inpatient Falls in Freestanding Children's Hospitals. *Pediatric Nursing*. Maio-Jun. 40(3), 127-135
- Joint Commission Internacional (2015). Padrões de acreditação Joint Commission Internacional para hospitais. Normas Internacionais de Segurança do Paciente – IPSG. Sed. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 29-30

20

Referências Bibliográficas

- Kramlich DL, & Dendo D. (2016). Development of a Pediatric Fall Risk And Injury Reduction Program. *Pediatric Nursing*. Mar- Abr 42(2): 77-82
- NANDA International (2014). *Definitions And Classification of Nanda International - 2015-2017* (10th ed.). New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Messmer FR, Williams PD, Williams AR. (2013). A case-control study of pediatric falls using electronic medical records. *Rehabilitation Nursing Journal*. Mar- Abr. 38(2): 73-79. Doi: 10.1002/rnj.73.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Lisboa: Portugal. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Portugal. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Portugal. OE.
- Pender N, Murdaugh C, Parsons M. (2011) *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª Ed. Boston: Pearson Education
- Regulamento n.º 222/2018, de 12 de Julho. (2018) *Diário da República* n.º 422/2018, II série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Ryan-Wagner NA & Daif K JS. (2013). An interdisciplinary momentary confluence of events model to explain, minimize, and prevent pediatric patient falls and fall-related injuries. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Jan. 18(1):4-12. DOI: 10.1111/jppn.12009
- Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 18, n.º 3: 235-240. DOI: 10.1590/S0103-21062005000300002
- World Health Organization (2004). *Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas crianças*. Geneva. Acessado a 24 de Abril de 2018. Disponível em: http://www.who.int/s violence_injury_prevention/child_injury/world_report/Falls_portuguese.pdf
- World Health Organization (2008). *Word Report on Child Injury Prevention*. Geneva. Acessado a 24 de Abril de 2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf?requestid=CC48F23D29C1DF8A0B7E723CA5E8DD0D5wsequence

21



22

APÊNDICE XX

Resumo da comunicação livre: “Quedas em Crianças: Uma proposta de Intervenção de Enfermagem, apresentada no 1.º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem
“Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia””

Título da Comunicação:

Quedas em Crianças: Uma Proposta de Intervenção de Enfermagem

Autores:

Alexandra Margarida Ribeiro Brás*

Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério**

Elisabete Maria Garcia Teles Nunes***

* Mestranda em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências e Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Enfermeira no serviço de pediatria do Hospital
alexandra.bras@hotmail.com

**Doutora em Enfermagem; Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

***Doutora em Enfermagem; Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Resumo da comunicação:

Os clientes têm o direito a cuidados seguros (OE, 2006). Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE), este deve promover a criação de um ambiente gerador de segurança assim como gerir o risco da instituição (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). O Modelo de Promoção da Saúde de Pender, desenvolvido em 1982, está interligado com intervenções e estratégias que conduzam a comportamentos promotores da saúde.

São vários os documentos que realçam a segurança do ambiente, os acidentes e a prevenção de quedas nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), as Metas Internacionais de Segurança (JCI, 2015) e o Plano Nacional para a Segurança dos Cuidados (Decreto-Lei nº28/2015, de 10 de fevereiro).

Relativamente às quedas em pediatria, a Organização Mundial de Saúde refere que as mesmas são a 2ª causa de morte ou lesão acidental em todo o mundo (OMS, 2004).

As quedas são definidas como um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente no chão ou num outro nível mais baixo, não sendo dada a relevância à ocorrência de lesão ou não (OMS, 2008).

A Associação Americana de Diagnósticos de Enfermagem - Internacional [NANDA-I] realça que o enfermeiro não consegue reverter a queda, mas pode prevenir a sua ocorrência, sendo o diagnóstico de enfermagem: risco de queda.

Realizamos uma *Scoping Review* de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (Briggs J., 2015). A revisão teve como objetivos: identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em crianças durante o internamento hospitalar e identificar os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria. Utilizou-se o acrónimo PCC: P- crianças (0 aos 18 anos); C- intervenções de enfermagem, preventivas de queda e instrumentos de avaliação do risco de queda; C- internamento hospitalar. E ainda, artigos cujo idioma fosse o português e inglês, numa janela temporal de 5 anos e disponíveis em texto integral. A pesquisa foi realizada três plataformas de dados eletrónicas – EBSCO, SciELO e PubMed, com recurso aos descritores Mesh (fall/queda; prevention/prevenção; pediatric nursing/enfermagem pediátrica) e operador booleano (AND).

Foi construído o fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos com uma amostra inicial de 21 artigos, onde foram aplicados os critérios de inclusão obtendo uma amostra final de 7 artigos (2 artigos da EBSCO, 4 artigos da PubMed e 1 artigo da SciELO) Destes artigos, um utiliza metodologia qualitativa, quatro com metodologia quantitativa, e dois revisões integrativas.

As intervenções de enfermagem preventivas de queda identificadas como mais eficazes foram: identificar o risco de queda da criança no momento da admissão; aplicar instrumentos de avaliação do risco adequados; educar a criança/família, em vários momentos do internamento e com recursos a várias metodologias; selecionar o tipo de cama de acordo com as características das crianças; organizar a unidade de cuidados; remover obstáculos nos circuitos de passagem; transportar a criança com alto risco de queda em maca ou cadeira de rodas; registar o risco de queda e as intervenções realizadas, e a notificação do incidente de quedas.

Quanto aos instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria verificamos que a Humpty Dumpty Falls Scale (HPFS) é o instrumento mais utilizado. Esta escala demonstrou melhor adaptação às características do cliente pediátrico, tendo em conta não só os fatores individuais, mas também ambientais (cama utilizada, suporte de soro). Esta escala sugere um protocolo de atuação com intervenções de prevenção de quedas consoante o risco apresentado.

Depois de elaborar esta revisão foi possível transpor as principais conclusões para a prática através da realização do projeto de estágio, em contexto de internamento pediátrico. Após o diagnóstico de situação foi definido como objetivo geral: desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem na assistência a crianças/jovens e sua família, em contexto de internamento tendo em vista a prevenção de queda. Foi estabelecido como objetivo específico: prestar cuidados especializados à criança/família tendo em conta as intervenções identificadas na revisão da literatura no sentido da prevenção de quedas.

Neste sentido foi possível a aplicação do modelo de promoção de saúde na prestação de cuidados preventivos de quedas. O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da saúde, salientando-se a relação terapêutica intencional e orientada como o meio através do qual os enfermeiros, exercem influências interpessoais para a adesão a comportamentos promotores de saúde.

O segundo objetivo específico definido foi: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família no âmbito da prevenção de queda durante o internamento.

Neste sentido foram desenvolvidas diversas atividades: elaboração de uma instrução de trabalho “Quedas em Pediatria em contexto hospitalar – implementação da escala Humpty Dumpty” com o objetivo da sua implementação em todas as unidades pediátricas do hospital; elaboração de um documento de orientação/apoio à equipa de enfermagem sobre o preenchimento a Escala de Humpty Dumpty alteração do folheto de prevenção de quedas entregue aos pais no momento de admissão da criança; realização de formação à equipa de pediatria sobre as quedas pediátricas durante a hospitalização, assim como a apresentação e características da escala de avaliação de Humpty Dumpty.

Desta forma foi possível desenvolver competências do enfermeiro especialista na área da gestão e qualidade, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, sendo dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento ao nível de situações de risco e segurança da criança/jovem tendo em conta o seu crescimento e desenvolvimento.

A promoção de um ambiente seguro nas unidades de saúde é uma preocupação do enfermeiro, e a prevenção das quedas será, por isso, um aspeto importante da promoção da segurança da criança e do jovem.

Uma política de prevenção de quedas e um programa adequado à unidade, pode aumentar a consciencialização da equipa multidisciplinar e da família, diminuindo assim as taxas de queda na população pediátrica.

Referências Bibliográficas

- Briggs, J. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 edition / Supplement*. 1–24.
- Decreto-Lei 28/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República II Série* (Nº 1400-A de 10-02-2018). 3882-(2) a 3882-(10).
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Fujita Y, Fujita M, Fujiwara C. (2013) Pediatric Falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science*. Dez. 10:223-231 doi:10.1111/jjns.12004.
- Joint Commission Internacional (2015). *Padrões de acreditação Joint Commission Internacional para hospitais. Normas Internacionais de Segurança do Paciente – IPSPG*. 5ed. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 29-30.
- NANDA Internaciotal (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International, Definições e classificações 2018-2020*. Porto Alegre: Artmed
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Lisboa: Portugal. OE.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas crianças – As Crianças e as quedas*. Geneva. Acedido a 24-04-2018. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portugues_e.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Word Report on Child Injury Prevention*. Geneva. OMS. Acedido a 24-04-2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf;jsessionid=CC48F22D29CD9FA0A007F7D6CA5EDDDD?sequence
- Pender N, Murdaugh C, Parsons M. (2011) *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª Ed. Boston: Pearson Education.
- Regulamento nº 222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série* (Nº 133 de 12-07-2018). 19192-19194
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem do Enfermeiros. *Diário da Republica II Série* (Nº 26 de 9 Fevereiro de 2019). 4744-4750.
