



**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 Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA  
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

**THE NURSE SPECIALIST'S INTERVENTION IN EARLY  
CHILDHOOD ACCIDENT PREVENTION**

Por Margarida Tavares Costa

Lisboa, 2021





**CATÓLICA**  
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 Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA  
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

**THE NURSE SPECIALIST'S INTERVENTION IN EARLY  
CHILDHOOD ACCIDENT PREVENTION**

Por Margarida Tavares Costa

Sob a orientação de Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2021



*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá



## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por me transmitir força, por me motivar a querer ser mais e melhor, por ser um exemplo a seguir ao ter terminado o seu doutoramento com tanta satisfação, pela ajuda e por ouvir sempre os meus desabaços, que a faz ser quase tão especialista como eu.

*“Educação nunca foi despesa. Sempre foi investimento com retorno garantido.”* Sir Arthur Lewis

Ao meu pai, por me apoiar, por me fazer acreditar que todas as coisas acontecem por alguma razão e por me lembrar que estou exatamente onde preciso de estar.

*“Não chores pelo que perdeste, luta pelo que tens,”* Papa Francisco

Às minhas irmãs, por serem um apoio incondicional desde sempre e para sempre.

*“As palavras de amizade e conforto podem ser curtas e sucintas, mas o seu eco é infundável.”*

Madre Teresa de Calcutá

Ao meu Avô, por ter sido a minha sombra quando o sol deste relatório me queimava.

*“O importante não é o que se dá, mas o amor com que se dá.”* Madre Teresa de Calcutá

Ao meu tio João, por estar sempre comigo.

*“Ninguém vence sozinho, nem no campo, nem na vida.”* Papa Francisco

Às minhas amigas Catarina e Carmen, por me motivarem e me encorajarem a dar o meu melhor, por sentirem as minhas dificuldades e por nunca me deixarem sozinha.

*“Todo mundo é capaz de sentir os sofrimentos de um amigo. Ver com agrado os seus êxitos exige uma natureza muito delicada.”* Oscar Wilde

À minha Enfermeira Chefe Margarida, a minha “Mãe do trabalho”, por me incentivar e por me mostrar, todos os dias, que vale a pena continuar.

*“Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz.”*

Madre Teresa de Calcutá

À Mónica e à Sofia, por serem um exemplo e por representarem “o que eu quero ser quando for grande”.

*“Uma boa cabeça e um bom coração formam sempre uma combinação formidável.”* Nelson Mandela

Aos meus amigos e colegas de trabalho Cátia, Patrícia e Luís, por todos os conselhos e orientações.

*“A vitalidade é demonstrada não apenas pela persistência, mas pela capacidade de começar de novo.”* F. Scott Fitzgerald

Às Professoras do Curso de Mestrado, em especial à minha orientadora Professora Doutora Margarida Lourenço, por nunca desistir de mim nos momentos caóticos de dúvida e indecisão.

*“Um bom mestre tem sempre esta preocupação: ensinar o aluno a desenvencilhar-se sozinho.”* André Gide

Aos meus orientadores Mónica, Rita, Cláudia e Gonçalo, por investirem na minha aprendizagem e por me desafiarem, mostrando-me que somos sempre capazes de ultrapassar as dificuldades.

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”* José de Alencar

Às minhas colegas mestrandas, que neste momento são mais amigas do que colegas, por me ensinarem o que é o verdadeiro significado de “estarmos juntas”.

*“O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível.”* Max Weber

E, por fim, aos “meus meninos”, porque sem saberem, todos e cada um contribuiu imensamente para que eu conseguisse terminar este desafio tão grande.

*“As mãos que ajudam são mais sagradas do que os lábios que rezam.”* Madre Teresa de Calcutá

**A todos, o meu muito obrigada.**

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, e tem como objetivo espelhar o percurso de desenvolvimento de competências para obtenção do grau de mestre e de Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

O tema elegido para ser trabalhado e aprofundado ao longo deste percurso de aprendizagem foi os acidentes infantis, uma vez que continuam a ser uma das principais causas de morte de crianças e jovens no mundo, representando um problema de saúde pública com consequências preocupantes para a própria criança vítima do acidente, para a sua família e para a comunidade. Embora a sua incidência tenha diminuído graças à implementação de vários programas, legislações e boas práticas na área da segurança infantil, é uma área que carece de atenção e intervenção.

De forma a identificar a população mais vulnerável para a ocorrência de acidentes, foi realizada uma Revisão da Literatura (*Scoping Review*) com vista a identificar os fatores de risco de acidentes em crianças com idades entre os 0 e os 4 anos. Os resultados indicam que os fatores de risco mais evidenciados são o sexo masculino da criança, a idade jovem da mãe, escolaridade mais baixa da mãe e/ou família, situação socioeconómica baixa, a menor supervisão por parte dos cuidadores e o facto de existir mais do que um filho na família.

No âmbito dos estágios integrados na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” foram definidos como objetivos gerais de aprendizagem “desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da prevenção de acidentes” e “desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na prestação de cuidados à criança e à família, em situações de especial complexidade”.

Em todos os contextos foram mobilizados os conhecimentos adquiridos da revisão da literatura e transferidos para a prática, permitindo planear e realizar atividades

fundamentadas e sustentadas pelo Modelo Teórico de Promoção de Saúde de Nola J. Pender, com vista a promover a adoção de comportamentos seguros para prevenir os acidentes infantis. A prestação de cuidados e a realização das atividades realizadas nos vários locais de estágios permitiram o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista, específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e ainda competências de mestre.

Destaca-se a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na promoção da segurança infantil, uma vez que tem uma posição privilegiada na comunidade, intervindo em vários contextos e detém competências fundamentais que lhe permite identificar as famílias de maior risco, criar relações de proximidade com as famílias alvo dos seus cuidados e implementar a mudança através da promoção da adoção de comportamentos seguros.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica, Prevenção de acidentes, Fatores de risco, Criança

## ABSTRACT

This report was written within the curricular unit “Estágio Final e Relatório” of the Master’s Degree Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health at Universidade Católica Portuguesa, and aims to reflect the path of skills development to obtain the Master’s and Specialist’s Degree in Child and Pediatric Health.

The chosen theme to be worked on and deepened along this learning path was childhood accidents, as they continue to be one of the leading causes of death among children and young adults, representing a public health issue with dramatic consequences upon the child’s health and well being, as well as the family’s and the community. Although it is clear that the incidence of childhood accidents has decreased, due in large to the implementation of various programs, legislations and good health practices towards child safety, it is still a problem that needs to be addressed.

In order to identify the most vulnerable population for the occurrence of accidents, and knowing that children in the early ages are particularly susceptible given the characteristics of their growth and development, a Literature Review (Scoping Review) was carried out to determine the risk factors for accidents in children aged 0 to 4 years old. The results indicate that the most evident risk factors are the child’s male gender, the mother’s young age, the mother’s and/or family’s lower level of education, low socioeconomic status, less supervision by the caregivers and families with more than 1 child.

Within the internships that the Master’s Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing include, the general learning objectives defined were “to develop skills of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health, within accident prevention” and “to develop skills of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health, caring for the child and family in complex situations”.

In all of the practical contexts, the knowledge acquired from the literature review was mobilized and transferred, allowing the planning and carrying out of activities based and supported on Nola J. Pender’s Theoretical Health Promotion Model, with the

objective of educating caregivers and promoting safe behaviors to prevent childhood accidents. The provision of care, as well as the activities carried out in all 4 locations of the internships allowed the development of the common Nurse Specialist skills, the specific Pediatric Nurse Specialist skills, as well as the master skills.

It is important to highlight the crucial intervention of the Pediatric Nurse Specialist in promoting child safety, since they have a privileged position in the community, allowing them to intervene in various different environments, and they have fundamental skills that allow them to identify the families at greater risk, establish close relationships with these families and implement change by promoting safe behaviors.

Keywords: Pediatric Nursing, Accident prevention, Risk factors, Child

## SIGLAS E ABREVIATURAS

### **Siglas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APSI – Associação Para a Promoção da Segurança Infantil

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral da Saúde

HDGP – Hospital de Dia Cirúrgico Pediátrico

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASI – Plano de Ação para a Segurança Infantil

PSI – Plano de Saúde Individual

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

### **Abreviaturas**

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Enf.<sup>o</sup> – Enfermeiro



## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
<b>1.1 A PROBLEMÁTICA DOS ACIDENTES.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2 REVISÃO DA LITERATURA (<i>SCOPING REVIEW</i>).....</b>	<b>28</b>
<b>1.2.1 METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
<b>1.2.2 RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>1.2.3 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>1.3 DESENVOLVIMENTO INFANTIL .....</b>	<b>36</b>
<b>1.3.1 PRIMEIRO ANO DE VIDA.....</b>	<b>37</b>
<b>1.3.2 DO PRIMEIRO AO TERCEIRO ANO DE VIDA.....</b>	<b>39</b>
<b>1.3.3 DO TERCEIRO AO QUARTO ANO DE VIDA.....</b>	<b>41</b>
<b>1.4 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL ...</b>	<b>43</b>
<b>1.5 MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER.....</b>	<b>45</b>
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>2.1 INTERNAMENTO DE PEDIATRIA .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>2.1.2 OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>50</b>
<b>2.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....</b>	<b>57</b>
<b>2.2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>2.2.2 OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>58</b>
<b>2.3 NEONATOLOGIA.....</b>	<b>63</b>

<b>2.3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....</b>	<b>63</b>
<b>2.3.2 OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>64</b>
<b>2.4 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....</b>	<b>69</b>
<b>2.4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>2.4.2 OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>71</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE I – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS DA <i>SCOPING REVIEW</i></b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE II – CARTAZ QUARTO SEGURO - BERÇÁRIOS .....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE III – CARTAZ QUARTO SEGURO – QUARTO GRANDE.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DOS CARTAZES.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE V – GUIA DE PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE VI – LIVRO VIVER UMA VIDA MAIS SEGURA .....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO DO LIVRO “VIVER UMA VIDA MAIS SEGURA”.....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE VIII – REUNIÃO REFERENCIAÇÃO.....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE IX – REFERENCIAÇÃO.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE X – REFLEXÃO REFERENCIAÇÃO .....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICE XI – CARTAZ SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO SUP..</b>	<b>175</b>
<b>APÊNDICE XII – PLANO DE SESSÃO “ACIDENTES INFANTIS” .....</b>	<b>177</b>
<b>APÊNDICE XIII – SESSÃO DE FORMAÇÃO “ACIDENTES INFANTIS”.....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE XIV – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ACIDENTES INFANTIS” .....</b>	<b>197</b>

<b>APÊNDICE XV – REFLEXÃO CRÍTICA COMPETÊNCIAS DE GESTÃO .....</b>	<b>201</b>
<b>APÊNDICE XVI – PROPOSTA DO VÍDEO .....</b>	<b>215</b>
<b>APÊNDICE XVII – NORMA DE PROCEDIMENTO “ENSINOS AOS PAIS SOBRE AS MEDIDAS DE SEGURANÇA” .....</b>	<b>233</b>
<b>APÊNDICE XVIII – NORMA DE PROCEDIMENTO “NORMA DE PROCEDIMENTO TESTE DO RECÉM-NASCIDO NO SISTEMA DE RETENÇÃO” .....</b>	<b>243</b>
<b>APÊNDICE XIX – PLANO DE SESSÃO “SEGURANÇA INFANTIL E PREVENÇÃO DE ACIDENTES” .....</b>	<b>249</b>
<b>APÊNDICE XX – SESSÃO DE FORMAÇÃO “SEGURANÇA INFANTIL E PREVENÇÃO DE ACIDENTES” .....</b>	<b>257</b>
<b>APÊNDICE XXI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS INICIAL - SESSÃO DE FORMAÇÃO “SEGURANÇA INFANTIL E PREVENÇÃO DE ACIDENTES” .....</b>	<b>277</b>
<b>APÊNDICE XXII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS FINAL - SESSÃO DE FORMAÇÃO “SEGURANÇA INFANTIL E PREVENÇÃO DE ACIDENTES” .....</b>	<b>281</b>
<b>APÊNDICE XXIII – ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “SEGURANÇA INFANTIL E PREVENÇÃO DE ACIDENTES”. .....</b>	<b>285</b>
<b>APÊNDICE XXIV – RESUMO POSTER CIENTÍFICO “PROCEDIMENTO DO TESTE DE APNEIA DO RN PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO: UMA REVISÃO SCOPING” .....</b>	<b>297</b>
<b>APÊNDICE XXV – POSTER CIENTÍFICO “PROCEDIMENTO DO TESTE DE APNEIA DO RN PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO: UMA REVISÃO SCOPING” .....</b>	<b>303</b>
<b>APÊNDICE XXVI – LIVRO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA .....</b>	<b>305</b>

<b>APÊNDICE XXVII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO LIVRO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.....</b>	<b>325</b>
<b>APÊNDICE XXVIII – ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO LIVRO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA... </b>	<b>327</b>
<b>APÊNDICE XXIX – INQUÉRITOS COVID-19 .....</b>	<b>331</b>
<b>APÊNDICE XXX – REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA.....</b>	<b>337</b>
<b>APÊNDICE XXXI – PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS .....</b>	<b>353</b>
<b>PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS .....</b>	<b>354</b>
<b>APÊNDICE XXXII – POSTER CIENTÍFICO “O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL”.....</b>	<b>373</b>
<b>APÊNDICE XXXIII – RESUMO POSTER CIENTÍFICO “O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL”.....</b>	<b>375</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>379</b>
<b>ANEXO I – MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER.....</b>	<b>381</b>
<b>ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM POSTER CIENTÍFICO “PROCEDIMENTO DO TESTE DE APNEIA DO RN PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO: UMA REVISÃO SCOPING” NO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>383</b>
<b>ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM POSTER CIENTÍFICO “O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL” NO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>385</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA do percurso metodológico de seleção, para obtenção dos artigos incluídos na *Scoping Review*.



## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa e tem como objetivo espelhar o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências para obtenção do grau de mestre e de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. A Ordem dos Enfermeiros descreve a prática do EESIP como a “prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente” (OE, 2018, p. 19192).

No decorrer do percurso profissional, exercendo atualmente funções num internamento de Pediatria de valência Médico-Cirúrgica, é frequentemente verificado o impacto negativo que os acidentes e as consequentes lesões têm na saúde e no bem-estar das crianças e dos jovens, bem como das suas famílias.

Dada a evidência de que os acidentes são, na sua grande maioria, evitáveis (APSI, 2010), a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é crucial, uma vez que possui competências diferenciadas que lhe permite estabelecer uma relação de parceria de cuidados, promovendo a otimização da saúde da criança através da implementação e gestão de planos promotores da parentalidade, contribuindo assim para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2018). Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica torna-se num profissional de eleição para promover a saúde, através do desenvolvimento e implementação de programas de educação para a saúde que resultem na capacitação parental (Pender et al., 2015) visando a criação de ambientes seguros que promovam o crescimento e o desenvolvimento saudável das crianças (Passos & Santos, 2016).

Neste contexto, o principal objetivo do percurso realizado consistiu em sensibilizar os pais, outros cuidadores e profissionais de saúde, sobre a problemática dos

acidentes e capacitá-los para adotarem e implementarem medidas de segurança, objetivando a sua prevenção.

O percurso percorrido para concretizar este objetivo, espelhado e detalhado no presente relatório, iniciou-se com a realização do enquadramento teórico que inclui a contextualização da problemática dos acidentes, onde são apresentados dados atuais quanto à sua incidência e ao seu impacto; uma revisão da literatura (Scoping Review) que objetiva a identificação dos fatores de risco dos acidentes em crianças com idades entre os 0 e os 4 anos, permitindo assim identificar, com base na evidência científica, as populações mais vulneráveis; a análise e descrição das características do desenvolvimento que tornam a criança particularmente suscetível aos acidentes; a identificação da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção de acidentes; e por fim, a apresentação do Modelo Teórico de Enfermagem – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (Pender et al., 2015), utilizado para fundamentar e orientar as atividades realizadas em contexto de estágio.

Seguidamente é feita uma análise dos estágios, iniciando-se pelo estágio realizado em contexto de trabalho num internamento de pediatria, seguido dos 3 serviços incluídos na Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório. Estes momentos de aprendizagem foram analisados pela ordem cronológica em que decorreram: Serviço de Urgência Pediátrica, Neonatologia e Unidade de Cuidados na Comunidade, tendo sido realizado, para cada contexto, um diagnóstico de situação com vista a identificar necessidades de intervenção, definidos objetivos de aprendizagem, planeadas atividades fundamentadas e sustentadas pela evidência científica, avaliadas as atividades realizadas e analisadas as competências desenvolvidas.

O percurso de aprendizagem espelhado neste relatório resultou na aquisição de conhecimentos aprofundados sobre a temática dos acidentes infantis e sobre a prestação de cuidados à criança e jovem ao longo do seu ciclo vital, tanto na prestação de cuidados em contexto de doença aguda, como na promoção da saúde e na adoção de comportamentos preventivos de doenças e de acidentes, permitindo assim a mobilização e desenvolvimento de competências de mestre e de Enfermeiro Especialista em Saúde

Infantil e Pediátrica, que muito irão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na minha prática profissional.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 A Problemática dos Acidentes

A mortalidade e morbidade infantil por acidente tem vindo a diminuir ao longo dos anos, graças à implementação de vários programas, legislações e boas práticas na área da segurança infantil (Associação Para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), 2017). No entanto, continua a ser uma das principais causas de morte de crianças e jovens, representando um problema de saúde pública com consequências preocupantes para a própria criança vítima do acidente, para a sua família e para a comunidade (Direção Geral da Saúde (DGS), 2010; Ramos & Nunes, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que morrem cerca de 2.300 crianças por dia, no mundo, devido a lesões acidentais (Peden et al, 2008). Este número representa aproximadamente 1 milhão de mortes por ano (Acar et al, 2015; Silva et al, 2017). Embora a morte seja a consequência mais dramática dos acidentes, não é a mais comum. Segundo Acar et al (2015) e a APSI (2017), por cada criança que morre vítima de acidente, aproximadamente 45 são hospitalizadas e cerca de 1300 recorrem aos serviços de urgência. A adição a estes, existem outros acidentes que não são registados, possivelmente porque não causam lesões suficientemente graves para necessitarem de cuidados de saúde e/ou são tratados em casa. Estima-se que, por ano, cerca de 10 milhões de crianças no mundo, sofrem algum tipo de acidente e/ou lesão não-intencional (Acar et al, 2015; Silva et al, 2017), o que representa um número preocupante devido ao seu impacto, não só na saúde da criança, como também no bem-estar da família e nos custos em saúde pública.

Em Portugal, todos os dias acontecem, em média, 700 acidentes com crianças (DGS, 2010; Ramos, 2017). Perspetiva-se que, por cada criança portuguesa que morre por acidente, 50 são internadas com traumatismos graves e 800 são tratadas nos serviços de urgência (DGS, 2010; Ramos & Nunes, 2014). Há ainda a considerar que, do total de chamadas realizadas para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) referentes

à população Pediátrica (0-18 anos de vida), cerca de 38% relatam acidentes (APSI, 2017). O relatório de avaliação “25 Anos de Segurança Infantil em Portugal” indica que, entre 1992 e 2015, morreram 6.273 crianças vítimas de acidentes, traumatismos e/ou lesões não-intencionais (APSI, 2017). Estas mortes prematuras representam 360.000 anos de vida potencial perdida; anos em que as crianças não puderam viver, crescer, desenvolver-se, aprender e contribuir para a comunidade (APSI, 2017).

Segundo os dados mais atuais referentes à mortalidade infantil em Portugal, o tipo de acidente que causa mais mortes são os acidentes de viação, seguido dos afogamentos, da asfíxia, das queimaduras e, por último, das intoxicações (APSI, 2017). Relativamente aos internamentos por acidente, a causa mais comum são as quedas, seguido dos acidentes de viação, da ingestão de corpos estranhos, das intoxicações, e, por último, as queimaduras (APSI, 2017).

No que respeita o local de ocorrência, segundo o relatório EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, e alguns investigadores (Acar et al, 2015; Contreiras & Rodrigues, 2014; Nouhjah et al, 2017) é nos domicílios onde se observam o maior número de acidentes, principalmente com crianças até aos 4 anos de idade. O segundo local de maior ocorrência de acidentes é a escola e o terceiro é a área de transportes (Contreiras & Rodrigues, 2014).

Relativamente à população mais vulnerável, é no primeiro ano de vida que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente em Portugal (APSI, 2017). Atendendo às conclusões do EVITA, um sistema criado em 2000 para vigilância dos acidentes domésticos e de lazer, é em crianças com idades entre os 0 e os 4 anos que se registam maior número de acidentes (Neto & Rodrigues, 2015; Ramos, 2012). Isto deve-se ao facto de as crianças, nesta faixa etária, passarem por etapas cruciais e muito particulares do desenvolvimento que as expõe ao risco, sendo incapazes de identificar as situações de perigo (Ramos, 2012). No capítulo 1.3 deste relatório, explora-se, de uma forma mais alargada, quais as características do desenvolvimento da criança que a torna mais vulnerável aos acidentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define um acidente como:

*“um evento inesperado, não-planeado, indesejado e/ou não-intencional com consequências adversas que pode resultar em lesão ou morte” (World Health Organization, 2009).*

Ao longo do desenvolvimento do estudo desta temática, alguns autores defenderam a substituição do termo acidente, por lesão, afirmando que a sua definição era mais abrangente, e que permitia a análise, compreensão e investigação de medidas de prevenção capazes de antecipar os riscos (Ramos, 2012, p. 17; WHO, 2010; Peden et al, 2008).

A OMS define lesão como:

*“um dano físico que resulta de situações nas quais o corpo humano é súbita ou brevemente sujeito a intoleráveis níveis de energia” (OMS, 2004).*

No entanto, em 2016, surgiu o conceito de que o acidente é um evento previsível e, como tal, pode ser prevenido (Alves, 2016; Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2019), sendo o termo utilizado atualmente pelas instituições e autores que trabalham a segurança infantil.

Nas últimas décadas, o peso dos acidentes na mortalidade e morbidade infantil atingiu tal importância, que a OMS e a União Europeia assumiram um papel ativo na promoção da segurança infantil, através de apelos que fizeram aos países para priorizarem as suas políticas nacionais e programas de promoção de saúde e prevenção dos acidentes. Em 2012, a European Child Safety Alliance afirmou que Portugal podia e devia fazer mais para criar uma cultura de segurança que permitisse a cada criança ter um ambiente seguro para viver e crescer de forma a tornar-se um adulto capaz de contribuir de forma positiva para a sociedade (MacKay & Vincenten, 2012). Para tal, seria necessário o desenvolvimento de uma estratégia nacional que viabilizasse a implementação de medidas na área da segurança infantil para a prevenção de acidentes com crianças e adolescentes.

Por esta razão, foram desenvolvidos e implementados vários programas em que a promoção da segurança infantil e a prevenção de acidentes é evidente, nomeadamente o “Programa Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil” que identifica, como um dos objetivos, a promoção de comportamentos saudáveis, relacionada com a prevenção de

acidentes e intoxicações (Direção Geral da Saúde, 2005); o “Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016”, que assenta numa abordagem de saúde pública dirigida para a promoção da segurança e prevenção de acidentes e que refere que o envolvimento ativo da comunidade é fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde (Direção Geral da Saúde, 2010); o “Plano de Ação para a Segurança Infantil” (PASI) que tem como objetivo estabelecer um conjunto de estratégias para a prevenção dos acidentes nas crianças entre os 0 e os 18 anos de idade (Alto Comissariado da Saúde, 2011); o projeto “Segurança... Um direito de todos”, que pretende tornar mais acessível a informação sobre prevenção de acidentes (APSI, 2018) e ainda o “Plano Nacional de Saúde Escolar 2015” que identifica como áreas prioritárias de intervenção a garantia de um ambiente escolar seguro e saudável, a importância da avaliação dos riscos ambientais para a saúde e a prevenção de acidentes e a capacitação para a prestação de primeiros socorros (Amann, Monteiro, & Leal, 2015).

A APSI estima que 80% dos acidentes na população infantil são evitáveis, se as pessoas adotarem estratégias adequadas e seguras para os prevenir (APSI, 2010). Embora a mortalidade por acidentes tenha vindo a diminuir nos últimos anos, ainda representa um problema importante na saúde das crianças e dos jovens Portugueses. Segundo a APSI, ainda há um longo caminho a percorrer para que todas as crianças e jovens possam viver, brincar e desenvolver-se de forma saudável (APSI, 2017).

Surge assim a necessidade de incidir sobre esta temática de forma a poder contribuir para a sensibilização deste problema com vista a diminuir a sua incidência e obter ganhos em saúde das crianças e das suas famílias.

## **1.2 Revisão da Literatura (*Scoping Review*)**

Dado que os acidentes são um problema grave para a saúde e bem-estar das crianças, e que são, na sua grande maioria, evitáveis, é crucial que haja uma intervenção para os prevenir. Silva et al. (2017), referem que para poder intervir e atuar no âmbito da prevenção de acidentes, é essencial identificar os fatores que contribuem para a sua

ocorrência. Um estudo realizado em Cuiabá (Brasil), com a finalidade de identificar fatores associados às mortes infantis por acidente, concluiu que as crianças estão expostas a materiais perigosos, têm acesso a locais com perigo (cozinha, casa de banho e lavanderia) e que, somando isso às características particulares da criança, do cuidador, da família, aspetos sociais, culturais e expectativas da sociedade, podem representar a redução ou aumento da gravidade do acidente e das suas consequências (Martins & Mello-Jorge, 2013).

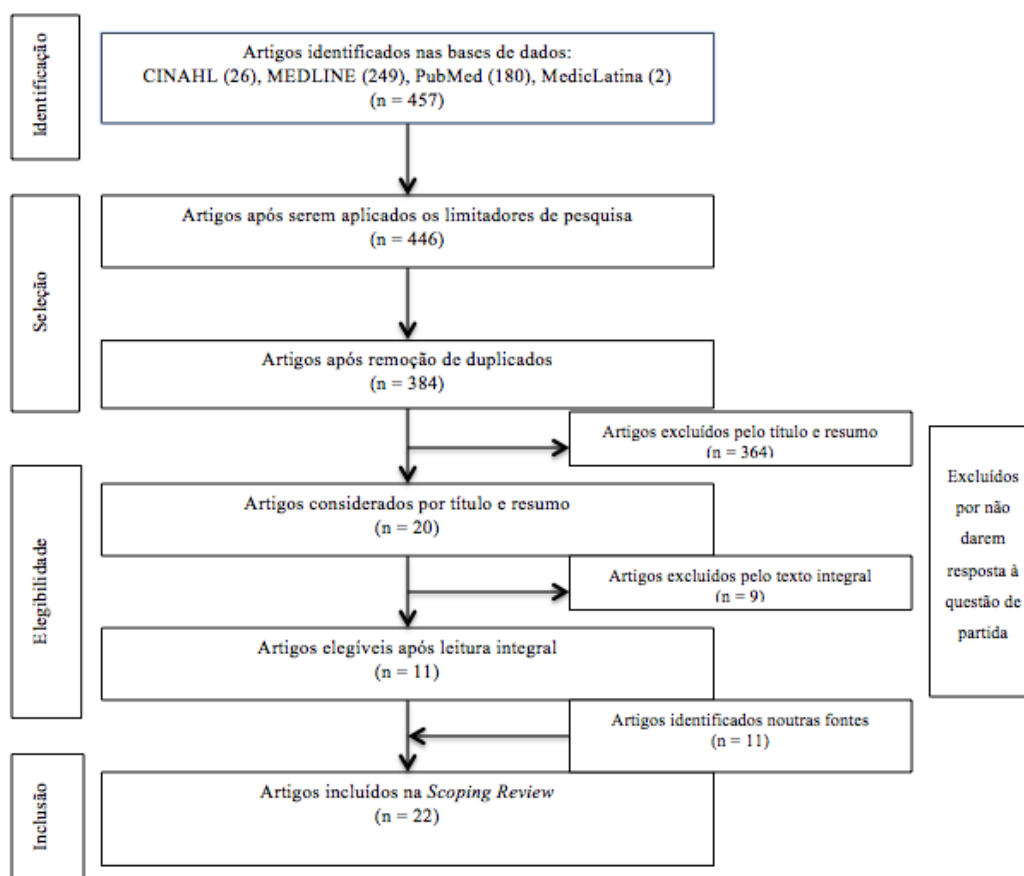
Sabendo que as crianças nos primeiros anos de vida são extremamente vulneráveis à ocorrência de acidentes, sendo no primeiro ano que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente em Portugal (APSI, 2017; Leite, 2013), surgiu a necessidade de responder à questão “quais os fatores de risco de acidentes em crianças dos 0-4 anos?”. Nesse sentido, foi realizada uma Revisão da Literatura (*Scoping Review*) para mapear a evidência existente, de forma a identificar os fatores de risco que propiciam a ocorrência de acidentes em crianças até aos 4 anos de idade.

### **1.2.1 Metodologia**

A *Scoping Review* seguiu as orientações da metodologia apresentada pelo *The Joanna Briggs Institute* (2020) e do modelo PRISMA ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extended for Scoping Reviews*) para a estruturação da informação recolhida.

Os critérios de inclusão foram definidos considerando a mnemónica PCC – população (crianças com idades entre os 0-4 anos), conceito (fatores de risco de acidentes) e contexto (todos os locais identificados na literatura onde ocorram acidentes com crianças (p. ex. domicílio, creche, jardim de infância, rua/parque, hospital, unidades de saúde). Não foi definida janela temporal nesta revisão para abranger o máximo de resultados e foram incluídos estudos de língua portuguesa, inglesa e espanhola (limitadores de pesquisa).

A pesquisa foi realizada em 3 etapas. Na primeira, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados CINAHL complete e PubMed para identificação das palavras-chave e termos indexados. Na segunda etapa foi conduzida uma pesquisa nas bases de dados CINAHL complete, MedicLatina, MEDLINE, PubMed e Scielo, utilizando a seguinte fórmula de pesquisa: *((child, preschool) OR (infant) OR (infant, newborn)) AND (risk factors) AND ((accidents) OR (traffic accidents) OR (falls) OR (burns) OR (poisoning) OR (drowning))*). Por último, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos de forma a obter o máximo de resultados possível. A Figura 1 apresenta o fluxograma PRISMA que demonstra o percurso metodológico de seleção para obtenção dos artigos incluídos na *Scoping Review*.



**Figura 1** – Fluxograma PRISMA do percurso metodológico de seleção para obtenção dos artigos incluídos na *Scoping Review*.

## 1.2.2 Resultados

A extração de dados foi realizada com recurso ao instrumento *Joanna Briggs Reviewer's Manual – JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument* (2020), utilizando uma tabela adaptada pela autora, presente no Apêndice I.

Foram analisados 22 artigos, publicados entre 1984 (A3) e 2019 (A12 e A18), sendo 17 escritos em Inglês, 4 em Português e 1 em Espanhol. As investigações neles reportadas foram realizadas nos Estados Unidos (A1, A2, A3, A11, A14), no Brasil (A5 A6 A17 A21, A22), no Reino Unido (A16, A19) na Austrália (A10, A13), em Portugal (A7), em Espanha (A4), na Irlanda (A12), na Finlândia (A8), na Grécia (A9) e na Índia (A18). Um dos estudos utiliza uma base mundial (A15) e um outro estuda a Etiópia, o Peru, o Vietnam e a Índia (A20).

Quanto ao método utilizado, 6 investigações recorreram a dados secundários, tendo utilizado bases de dados existentes (A1, A3, A8, A9, A12, A19), 4 são estudos transversais (A4, A5, A17, A18), 4 realizaram estudos de casos (A6, A11, A13, A16), 3 basearam-se em revisões de literatura (A10, A14, A15), 2 são estudos de coorte (A21, A22), 1 é estudo prospetivo (A2), 1 é estudo longitudinal (A20) e 1 recorreu a painel de peritos (A7).

Na sua globalidade, os artigos estudaram os fatores de risco associados ao seguinte tipo de acidentes: asfíxia por ingestão de corpo estranho (A1), acidentes de viação (A1), queimaduras (A1, A8, A15, A22), afogamentos (A1, A10, A12), quedas (A4, A5, A9, A16, A22), intoxicações (A6, A13), lesões não intencionais (A2, A7, A14), lesões (A11, A20, A21), acidentes domésticos (A17, A18), e cortes (A22). 4 dos 22 artigos analisaram os fatores de risco de acidentes que resultaram em mortalidade (A1, A3, A11, A12). O A1 descreve os fatores de risco de lesões, o A3 examina a relação entre o risco de acidente e fatores parentais, o A11 mede o rácio anual de morte infantil

por lesões e identifica potenciais fatores de risco e o A12 identifica fatores de risco associados a afogamentos.

Quanto às idades das crianças consideradas nas amostras e populações destas investigações, constata-se que 6 artigos estudam crianças até aos 5 anos de idade (A5, A6, A14, A17, A18, A19), 5 analisam crianças menores de 1 ano (A1, A2, A4, A8, A9), 4 artigos consideram crianças menores de 4 anos (A7, A10, A16, A22) e um estuda crianças até aos 18 anos (A12), crianças entre 1 e 3 anos (A13), crianças entre 6 e 17 meses (A20), crianças entre 2 e 4 anos (A21) e também indivíduos de todas as faixas etárias (A15). É de notar que os dados extraídos nesta revisão são exclusivamente relativos a crianças com idades entre os 0 e os 4 anos.

Os 22 artigos analisados identificam diversos fatores de risco, os quais foram agrupados em categorias, de acordo com a sua natureza, de forma a conseguir fazer-se uma interpretação mais aprofundada. Assim, listaram-se todos os fatores de risco enunciados em cada artigo, identificaram-se os conceitos mais genéricos a eles subjacentes, tendo-se criado categorias e, por último, agregaram-se os fatores de risco listados que referem a mesma ideia e inseridos na categoria a que dizem respeito.

As 6 categorias criadas foram assim denominadas: características sociodemográficas da família, características comportamentais da família, características psicológicas da família, características das crianças, características físicas das habitações e características comportamentais de risco.

As características sociodemográficas da família reúnem os traços de classificação social e demográfica das famílias em estudo. As características comportamentais da família aglomeram informação reportada pelas investigações sobre comportamentos observados na família. As características psicológicas da família agrupam atributos psicológicos relatados nos artigos. As características das crianças agrupam traços que qualificam as crianças. As características físicas das habitações identificam especificidades relativas ao ambiente físico das casas em que os indivíduos vivem. As características comportamentais de risco dizem respeito aos comportamentos detetados pelos estudos que constituem estímulo ou causa direto(a) para a ocorrência dos acidentes em estudo, tendo-se distinguido os que têm origem nos cuidadores e os que são

praticados pelas crianças. Esta categorização resultou na possibilidade de se contar a frequência com que cada fator de risco é referido na totalidade dos artigos, viabilizando uma ideia da importância que cada um assume na temática em estudo.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, identificaram-se os seguintes fatores de risco: a idade jovem da mãe (A1, A3, A7, A8, A11, A15, A17, A19, A21, A22), a escolaridade baixa da mãe e/ou da família (A1, A3, A7, A10, A15, A17, A18, A20, A21, A22), a situação socioeconómica familiar baixa (A7, A8, A10, A14, A15, A17, A19, A20, A22), o facto de existir mais do que um filho (A1, A3, A5, A6, A7, A10, A11, A15), o desemprego parental (A2, A5, A7, A18, A19), a existência de família monoparental/ mães solteiras (A1, A7, A11, A20), mães de raça negra (A1, A3, A11), mães nativas americanas (A1, A11), raça caucasiana (A15), raça não caucasiana (A19), pais emigrantes (A10), primeiros filhos (A8), 4 ou mais adultos cuidadores (A19), um ou dois filhos (A2), o cuidador principal não ser a mãe (A20), mães com melhores resultados escolares (A19), idade da mãe inferior a 30 anos (A10).

Sobre as características comportamentais da família, os seguintes fatores de risco foram observados: o consumo frequente de álcool, tabaco e outras substâncias (A7, A11, A19, A21), gravidez não vigiada ou obtenção de cuidados tardios (A1, A11) e tipo de trabalho parental e hobbies (A14).

Como fatores de risco que constituem características psicológicas da família foram registados os seguintes: mães com doença mental (A2, A19, A20, A21), famílias com menor apoio social (A2, A6, A19), alto stresse psicológico dos pais (A2, A13, A19), conflitos familiares (A2), mães com menor apoio espiritual (A2), pouco stresse relacionado com os cuidados às crianças (pais relaxados) (A13) e situação adversa recente (A19).

Como características das crianças, destaca-se o sexo masculino como principal fator de risco (A4, A8, A9, A10, A11, A12, A15, A17, A18, A22), seguido de epilepsia, perturbação de hiperatividade, défice de atenção, autismo e/ou doença crónica (A7, A10, A12, A20) e competências motoras limitadas (A10, A14, A15).

Dos fatores de risco identificados nas características das habitações, destacam-se a existência de riscos na própria habitação e/ ou desorganização do espaço doméstico (A5, A7, A10, A14, A17), ausência de sistemas de proteção (A7, A14, A16), problemas na zona de residência (A7, A14, A19), lares em zonas rurais (A11, A20), condições precárias de habitação (A11) e acesso a serviços de urgência pediátrica (A14).

Relativamente às características comportamentais associadas aos acidentes, observa-se que, por parte dos cuidadores, é a menor supervisão que constitui o fator de risco dominante (A4, A7, A6, A10, A12, A13, A14, A18, A20), a acessibilidade a zonas e objetos de perigo (A6, A13, A14), papel parental ineficaz, nomeadamente a incapacidade de perceção e identificação de riscos (A7, A14, A16) e utilização de dispositivos infantis, tais como andarilhos, carrinhos de transporte e troca-fraldas (A4, A9). Por parte da criança, os seus comportamentos de risco (A4, A16, A18, A19) constituem o fator de risco identificado por estes artigos.

Alguns fatores ficaram excluídos desta categorização por estarem isolados e terem sido reportados apenas num artigo. O artigo que estuda os afogamentos identifica os seguintes fatores de risco: época de verão, temperaturas elevadas, fim-de-semana, feriados e férias, entre as 16-18h, durante refeições (A10). O artigo que estuda lesões acidentais identifica o efeito da gravidade durante uma queda, a velocidade de uma bala saída de uma arma e as contaminações por chumbo (A14).

### **1.2.3 Discussão e Considerações Finais**

Através da análise dos resultados deste estudo, pode concluir-se que os principais fatores de risco identificados pelos 22 artigos desta *Scoping Review*, e baseados nas frequências com que são referidos, são: a idade jovem da mãe (10 artigos), a escolaridade mais baixa da mãe e/ou da família (10 artigos), crianças do sexo masculino (10 artigos), a situação socioeconómica baixa (9 artigos), a menor supervisão por parte dos cuidadores (9 artigos) e o facto de existir mais do que 1 filho na família (8 artigos).

Os resultados desta revisão são semelhantes ao que se encontra publicado pelas entidades que promovem a segurança infantil relativamente aos fatores de risco dos acidentes na população pediátrica em geral. A APSI (2018) indica como fatores de risco as crianças de famílias com baixos rendimentos, baixa escolaridade e literacia e, que vivem em zonas carenciadas. A OMS identifica o sexo masculino, pobreza, baixa escolaridade materna, idade jovem materna, pais sob stress e/ou com doença mental, desemprego, família monoparental, família numerosa, ambiente perigoso e a falta de acesso a cuidados de saúde (Peden, et al., 2008).

De facto, a maioria dos fatores identificados na presente Scoping Review coincide com os mencionados nestes dois relatórios da OMS e da APSI, sendo referidos por um ou por ambos. No entanto, o fator menor supervisão por parte dos cuidadores é apenas identificado nesta Scoping Review, identificando esta situação de risco, a qual merece atenção, já que a supervisão atenta de uma criança é fulcral para garantir a sua segurança (Child Accident Prevention Trust, 2009; Ramos, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014; APSI, 2014).

Por outro lado, a APSI adiciona o fator menor literacia das famílias, o qual também deve ser considerado, uma vez que é crucial que a informação sobre riscos de acidentes e medidas de prevenção seja compreendida por esta população, de forma a que haja uma correta consciencialização desta temática a fim de garantir a segurança das crianças.

Deve ainda sublinhar-se que, de forma geral, os fatores de risco mais mencionados pelos três relatórios evidenciam que as famílias mais desfavorecidas estão em situação de maior risco de acidentes com crianças, pelo que deverão ser privilegiadas com momentos de educação para a saúde, com recurso à partilha e transmissão de informação clara e simples sobre medidas de prevenção de acidentes com crianças, apoiadas e acompanhadas por entidades oficiais de segurança infantil e por profissionais de saúde especializados na área, como é o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Assim, pode concluir-se que a *Scoping Review* permitiu dar resposta à questão de partida, demonstrando coerência com os dados acima descritos. Para além de ser um

contributo importante para a prática de Enfermagem, possibilitando a identificação da população de maior risco para a ocorrência de acidentes, é um excelente contributo para a literatura uma vez que não foi identificada nenhuma revisão que procurasse dar resposta à mesma questão.

Importa referir que nenhum dos estudos identificados nesta revisão aborda os fatores de risco em ambiente escolar. Tendo em conta que é o segundo local onde ocorrem mais acidentes com crianças nesta faixa etária (Contreiras & Rodrigues, 2014), identifica-se uma lacuna na literatura, sugerindo-se futuras investigações de forma a contribuir para o desenvolvimento de novos conhecimentos nesta área.

### **1.3 Desenvolvimento Infantil**

Segundo a UNICEF, uma criança é qualquer indivíduo com menos de 18 anos (UNICEF, 1989). Desde a sua conceção até ao momento em que morre, o ser humano vive num processo de mudança constante (Papalia, Feldman, & Martorell, 2013). O conceito de desenvolvimento infantil refere-se ao processo complexo de mudança entre várias vertentes do desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, que capacita a criança com competências que lhe permitem satisfazer as suas necessidades pessoais (Tapadas, 2018).

O crescimento e desenvolvimento da criança recém-nascida até à idade pré-escolar é acompanhado por uma enorme curiosidade, que a leva a investigar o mundo que a rodeia e a imitar o comportamento das pessoas que lhe estão próximas, resultando em descobertas e situações de risco (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos & Nunes, 2014). À medida que vai desenvolvendo as suas competências físicas, cognitivas e psicossociais, a curiosidade e o desejo de explorar aumentam, mas continua incapaz de identificar o perigo (Peden et al, 2008), expondo-se assim, a um maior risco de se lesionar.

De forma a compreender o que torna a criança com idade entre os 0-4 anos particularmente vulnerável, é importante conhecer a evolução do seu desenvolvimento e

os principais aspetos que aumentam o risco de ser vítima de acidentes e/ou lesões não-intencionais. A breve análise do desenvolvimento infantil que se segue, está estruturada de acordo com o trabalho de Ramos (2014), tendo em conta a sua pertinência e adequabilidade ao presente relatório.

### **1.3.1 Primeiro Ano de Vida**

A criança, no primeiro ano de vida, explora o mundo à sua volta utilizando o seu corpo e os cinco sentidos. Neste primeiro ano, as principais alterações ocorrem ao nível do desenvolvimento motor grosso (Brazelton, 2013). À medida que vai desenvolvendo a força e a coordenação, adquire o controlo da cabeça (entre os 4-6 meses), rebola (entre os 5-6 meses), senta-se (sozinha, sem apoio, aos 8 meses), gatinha (aos 9 meses) e coloca-se de pé (aos 11 meses) (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos, 2012). Relativamente ao desenvolvimento motor fino, a preensão ocorre de forma reflexa nos primeiros 2-3 meses de vida, transformando-se gradualmente numa ação voluntária. Aos 5 meses a criança já é capaz de segurar num objeto e aos 6 meses leva-o à boca. Gradualmente, a garra palmar é substituída pela garra em pinça e aos 10 meses já consegue segurar objetos/alimentos pequenos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Das características referidas sobre o desenvolvimento motor, destaca-se a importância do controlo da cabeça. A relevância desta capacidade relaciona-se com o facto de, enquanto não a adquire, se estiver posicionada em decúbito ventral, apenas consegue levantar e rodar a cabeça durante curtos períodos de tempo, aumentando o risco de asfixia (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos, 2012; Child Accident Prevention Trust, 2009). Este perigo aumenta, caso a criança esteja deitada numa superfície mole. Daí, a recomendação do lactente ser posicionado em decúbito dorsal, para prevenir a síndrome da morte súbita (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009). Destaca-se ainda a capacidade de rebolar a partir dos 5/6 meses de idade, situação que facilita a ocorrência de quedas, sendo assim recomendado que os pais assegurem sempre a elevação das grades do berço, a supervisão constante, e naturalmente, não permitir que a criança fique sozinha numa superfície alta e insegura (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos, 2012;

APSI, 2014). Relativamente à preensão palmar, embora seja uma competência que promove descobertas enriquecedoras, também permite que a criança tenha acesso a objetos, equipamentos e materiais que podem ser perigosos. De forma a evitar acidentes, recomenda-se aos pais que mantenham objetos perigosos (facas, velas, fósforos, balões, medicamentos, tóxicos, entre vários outros) fora do alcance das crianças, arrumados em locais inacessíveis (APSI, 2020).

Relativamente ao desenvolvimento psicossocial, e segundo a teoria de Erikson, o lactente, até ao primeiro ano de vida, encontra-se na fase da confiança versus desconfiança (Hockenberry & Wilson, 2014; Papalia et al, 2013). Nesta etapa, “a confiança desenvolvida é a confiança em si mesmo, no outro e no mundo” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 836). O lactente confia que as suas necessidades serão satisfeitas pelos seus cuidadores, sendo, para isto, essencial a qualidade da relação entre o lactente e os seus pais (Hockenberry & Wilson, 2014). Juntos, devem aprender a reconhecer os sinais de cada um, de forma a que os cuidados sejam mutuamente satisfatórios. A ausência deste sincronismo pode resultar em desconfiança (Hockenberry & Wilson, 2014). A desconfiança pode ter como consequência várias frustrações. Se os pais satisfazem as necessidades do seu filho(a) antes dele(a) as manifestar, a criança “nunca vai aprender a testar as suas próprias habilidades” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 836). Por outro lado, se ocorre algum atraso, o lactente fica frustrado e eventualmente desconfiado da capacidade de os pais satisfazerem as suas necessidades (Hockenberry & Wilson, 2014).

A confiança promove um sentimento de conforto físico e de segurança que ajuda a que a criança explore o mundo e se envolva em situações desconhecidas, com menos medo (Hockenberry & Wilson, 2014). No entanto, no primeiro ano de vida, as capacidades cognitivas da criança não são suficientemente desenvolvidas para reconhecerem os riscos, sendo os cuidadores, inteiramente responsáveis pela sua segurança (Child Accident Prevention Trust, 2009; Ramos, 2012).

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, e segundo Piaget, o lactente no seu primeiro ano de vida encontra-se na fase sensório-motor (Hockenberry & Wilson, 2014; Papalia et al, 2013). O seu comportamento progride gradualmente de reflexivo para a

imitação do que observa. “O facto de o lactente não aprender pela experiência nesta fase, faz com que algumas medidas educacionais não resultem tão bem” (Ramos, 2012, p.44). Daí, ser tão importante os pais e outros cuidadores reforçarem as medidas de segurança para garantirem ambientes seguros e tentarem eliminar o perigo.

Relativamente ao desenvolvimento psicosssexual, segundo Freud, o lactente encontra-se na fase oral (Papalia et al, 2013), em que “a principal fonte de procura do prazer fica centrada em atividades orais como sugar, morder, mastigar e vocalizar” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 233; Papalia et al, 2013, p. 62). A partir do momento em que o lactente descobre a boca, aliada ao desenvolvimento motor fino, torna-se capaz de levar qualquer objeto à boca, tornando-se mais suscetível para a ocorrência de asfixia e de intoxicações (Child Accident Prevention Trust, 2009; Ramos, 2012). No sentido de prevenir este tipo de acidentes, torna-se fundamental transmitir aos pais que os brinquedos devem ser adequados à idade da criança e que os produtos tóxicos devem estar arrumados em lugares inacessíveis (APSI, 2020).

Resumidamente, há vários fatores e características do crescimento e desenvolvimento, durante o primeiro ano de vida, que tornam os lactentes mais vulneráveis à ocorrência de acidentes. Tendo em conta que é nesta faixa etária que se verifica a taxa de mortalidade mais elevada por acidente (APSI, 2017), torna-se prioritária a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica para capacitar os pais e cuidadores, de forma a conhecerem os riscos e serem capazes de assegurar um ambiente seguro para as crianças.

### **1.3.2 Do Primeiro ao Terceiro Ano de Vida**

As crianças entre o primeiro e terceiro ano de vida caracterizam-se pela enorme quantidade de energia que têm, associada à pouca compreensão das consequências dos seus comportamentos, colocando os pais muitas vezes sob stress, uma vez que as elas se expõem inevitavelmente a situações perigosas, sem disso terem consciência (Child Accident Prevention Trust, 2009; Ramos, 2012).

Nesta fase, a conquista mais importante do desenvolvimento motor é a locomoção. Entre os 12 e os 13 meses de vida, a criança anda sozinha e, até aos 18 meses, tenta correr, caindo facilmente. A partir dos 2 anos, desenvolve a coordenação e melhora o equilíbrio, consegue subir e descer escadas, saltar com os dois pés e, no final do segundo ano, consegue equilibrar-se com um pé e subir escadas alternando os passos (Hockenberry & Wilson, 2014). “Esta habilidade, combinada com a falta de percepção de perigo no ambiente, consiste num dos fatores associados à ocorrência de lesões nesta etapa de vida” (Ramos, 2012, p. 46), particularmente as lesões resultantes de quedas.

Relativamente ao desenvolvimento motor fino, a aquisição mais importante é a capacidade da destreza manual, conseguindo a criança alcançar várias habilidades: aos 12 meses segura num objeto pequeno; aos 15 meses consegue colocá-lo “numa garrafa de gargalo estreito” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 987); e, aos 18 meses, consegue lançar uma bola por cima da cabeça sem perder o equilíbrio. Aos 2 anos é capaz de coordenar as duas mãos para construir torres de bloco e aos 3 tem capacidade de desenhar círculos no papel (Hockenberry & Wilson, 2014).

O domínio destas atividades possibilita a exploração, investigação e manipulação do ambiente e dos seus riscos, que são imensos (Hockenberry & Wilson, 2014). O facto da criança conseguir alcançar objetos acima da cabeça, torna as superfícies quentes uma fonte de perigo e propicia a ocorrência de quedas e intoxicações, uma vez que nesta idade a criança abre gavetas, armários e desenrosca tampas (Ramos, 2012).

Segundo Erikson, relativamente ao desenvolvimento psicossocial, a criança nesta idade encontra-se na fase da autonomia versus vergonha e dúvida (Hockenberry & Wilson, 2014; Papalia et al, 2013). “À medida que as crianças confiam na previsibilidade e confiabilidade dos pais, do ambiente e da interação com os outros, começam a descobrir que o seu comportamento é próprio e que tem um efeito previsível e consistente nos outros” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 988), confrontando-se com o conflito de exercer a sua autonomia e de abdicar da dependência dos outros, a qual é capaz de gerar dúvidas sobre o seu potencial de controlar as próprias ações.

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget, a criança até aos 2 anos encontra-se na fase sensório-motor (Papalia et al, 2013). A partir dos 13 meses,

começa a ter julgamento racional e raciocínio intelectual, a diferenciar os objetos de si própria, a aventurar-se para longe dos pais e “tolera períodos mais longos de separação” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 990). Embora o seu vocabulário esteja a desenvolver-se e consiga compreender frases simples, não entende o conceito de perigo, pelo que a supervisão parental é crucial (Ramos, 2012). A partir dos 19 meses, consegue “inferir que um objeto estava escondido em diversos locais, mesmo quando visualiza apenas o esconderijo original” e a imitação, nomeadamente das tarefas domésticas, passa a ser uma das brincadeiras preferidas (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 992), razão pela qual é fundamental que os pais garantam um ambiente seguro em casa (Ramos, 2012, p. 48). Aos 2 anos, a criança entra na fase pré-conceitual do desenvolvimento cognitivo, caracterizada pelo egocentrismo, sendo incapaz de perspetivar as situações sob outra visão que não a própria (Hockenberry & Wilson, 2014). Mesmo sendo instruída sobre uma proibição, a criança, nesta idade, facilmente esquece ou tem dificuldade em compreender a razão. Pelo seu interesse em imitar os adultos com quem convive, os pais, enquanto modelos, devem proteger o ambiente e adotar comportamentos seguros (Child Accident Prevention Trust, 2009; Ramos, 2012).

### **1.3.3 Do Terceiro ao Quarto Ano de Vida**

Aos 3 anos, a criança, na fase pré-escolar, “continua o aperfeiçoamento das habilidades previamente conquistadas” (Ramos, 2012, p. 48). Com esta idade, já domina o andar, consegue correr, saltar, escalar, andar de triciclo, andar na ponta dos pés, apoiar-se num só pé e saltar para a frente (Hockenberry & Wilson, 2014). O desenvolvimento motor fino é evidente na capacidade habilidosa da criança em executar certas atividades, como desenhar e vestir-se (Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com Erikson, relativamente ao desenvolvimento psicossocial, a criança encontra-se na fase da iniciativa versus culpa (Papalia et al, 2013). Vive ao máximo e sente-se realizada com as suas atividades. “O conflito surge quando ultrapassa os limites

das suas capacidades (...), experimentando um sentimento de culpa por não ter agido adequadamente” ((Hockenberry & Wilson, 2014), p. 1059).

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, Piaget descreve, que nesta idade, a criança se encontra na fase pré-operacional (Papalia et al, 2013), em que transita do pensamento totalmente egocêntrico e passa a ter uma maior consciência social e a capacidade de analisar outros pontos de vista.

A criança com 3-4 anos continua a viver num mundo de magia e as suas brincadeiras são extremamente criativas, acreditando que consegue voar como vê nos desenhos animados (Child Accident Prevention Trust, 2009).

Nesta idade, a criança começa a compreender que os seus atos e comportamentos têm consequências. Embora tenha uma conduta mais segura e consiga seguir algumas regras de segurança, esquece-se facilmente quando está distraída, excitada, cansada ou aborrecida (Child Accident Prevention Trust, 2009; Ramos, 2012). É a altura ideal para os cuidadores começarem a explicar, de forma simplificada, a razão por que algumas situações e objetos são perigosos (Child Accident Prevention Trust, 2009).

Perante as características do desenvolvimento da criança nos primeiros 4 anos de vida, Cordeiro (2007) refere que “há a junção de vários fatores que compõem uma autêntica mistura explosiva” (Cordeiro, 2009, p. 543) que colocam em risco a sua segurança, nomeadamente:

*“A descoberta do mundo e sensação de que se é dono dele, a curiosidade sem limites, a ausência da noção do perigo e do potencial risco dos objetos e das situações, autonomia e capacidade de deslocação, correr e trepar, dificuldade em concentrar-se em várias tarefas ao mesmo tempo, mais tempo acordado e em atividade, fantasia que faz distorcer a realidade, diminuição da supervisão por parte dos adultos, capacidade de movimentos coordenados e, imitação do que os adultos fazem” (Cordeiro, 2009, p. 543).*

É da responsabilidade dos pais promover um ambiente que permita que a criança cresça e se desenvolva com energia, fantasia e criatividade e, em simultâneo, esteja segura e protegida dos riscos. Para isso, é necessário que os pais e os cuidadores conheçam as particularidades do desenvolvimento da criança e compreendam os seus comportamentos (Cordeiro, 2009).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE):

*“A criança, não só pela condição humana mas pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável, facto que não deverá impedir o interesse e compreensão da sua vontade, consagrando-se o maior respeito e o dever de lhe proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como os principais promotores desse desenvolvimento” (OE, 2007, p. 69).*

#### **1.4 A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da Segurança Infantil**

Segundo a UNICEF, as crianças têm direito a viver, crescer e aprender num ambiente seguro e protetor (UNICEF, 2020). Uma vez que as crianças, nos primeiros anos de vida, são totalmente dependentes dos seus cuidadores para satisfazer as suas necessidades, os Enfermeiros têm um papel fundamental na capacitação parental, através da promoção da literacia em saúde, para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências que lhes permitam criar ambientes seguros, de forma a garantir o direito das crianças a viverem, crescerem e desenvolverem-se num ambiente seguro e saudável.

A Organização Mundial de Saúde (2020) define literacia em saúde como:

*“o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e a manter uma boa saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2020).*

Em Portugal, a percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde (38.1%) é mais elevada do que a média europeia (35.2%) (Arriaga et al, 2019). Os dados internacionais indicam que 1 em cada 4 pais apresenta competências de literacia em saúde limitadas, e que está diretamente relacionado com a saúde das crianças (Yin, 2009). Associa-se baixos níveis de literacia em saúde à gravidade de algumas doenças e ao número de idas à urgência e hospitalização infantil (Goes, 2019). Está também descrito na literatura que o nível de literacia em saúde dos pais está relacionado com a adoção de comportamentos de prevenção de acidentes (Heerman, 2014).

O Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021, que identifica os profissionais de saúde como um dos três pilares de intervenção, afirma que se devem realizar campanhas e intervenções temáticas para a população que promovam a Literacia em Saúde. A acrescentar a isto, a evidência indica que as famílias aprendem e aplicam melhor a informação que está a ser transmitida, se o aconselhamento for específico e centrado em questões concretas (Goes, 2019).

Por se tratar de uma temática complexa, transversal e um problema com grande impacto a nível da saúde, exige uma abordagem multissetorial (Ramos & Nunes, 2012). Os Enfermeiros, para além das suas competências fundamentais, têm uma posição privilegiada na comunidade, com a possibilidade de intervir em vários contextos, podendo ser agentes ativos, promotores e facilitadores na identificação de fatores de risco, implementação da mudança e, promoção de adoção de comportamentos seguros (Ramos & Nunes, 2012).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica indica que o EESIP deve estabelecer uma relação de parceria de cuidados “promotora da otimização da saúde” da criança, através da implementação e gestão, “em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade”, no sentido de “promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2018). Deve também, identificar e intervir “precocemente nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem” (OE, 2018), daí ser crucial conhecer os fatores de risco dos acidentes infantis.

O EESIP, para além das aptidões mencionadas anteriormente, intervém em vários contextos e unidades de saúde pediátricas, possui competências que lhe permite criar relações de proximidade com as famílias alvo dos seus cuidados, avalia a estrutura e o contexto familiar, identifica situações e fatores de risco (Ramos & Nunes, 2012), promove uma cultura de partilha de conhecimentos, objetivando o aumento da literacia em saúde, motiva a adoção de comportamentos promotores de saúde, possui conhecimentos aprofundados relativamente às características do crescimento e desenvolvimento da criança, permitindo assim, individualizar o planeamento dos cuidados e adequá-los à faixa etária, de forma a antecipar o acidente e preveni-lo.

Todas estas características tornam o EESIP num profissional de eleição para promover a saúde (Pender et al., 2015), tanto na intervenção direta com os pais e cuidadores no âmbito da realização de ensinamentos e da promoção da literacia, como na elaboração e dinamização de programas estruturados com vista a prevenir os acidentes e promover a segurança infantil. Deste modo, a sua intervenção na prevenção de acidentes consiste essencialmente em identificar fatores e situações de risco, consciencializar e sensibilizar os pais e cuidadores, e capacitá-los para adotarem medidas de prevenção e garantirem ambientes seguros (Passos & Santos, 2016).

### **1.5 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

O Modelo Teórico de Promoção da Saúde (MPS) de Nola J. Pender (ver Anexo I), desenvolvido na década dos anos 80, incide no conceito da promoção da saúde, definido como as “atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa” (Victor et al, 2005, p. 237).

Nola Pender desenvolveu este modelo objetivando a prevenção das doenças crónicas, defendendo que, se os doentes fossem informados e capacitados para adotar estilos de vida saudáveis, podiam prevenir o desenvolvimento de doenças (Pender et al., 2015).

É um modelo que surge essencialmente como recurso para a prática, aliando a ciência do comportamento à de Enfermagem, com vista a identificar os fatores biopsicossociais que motivam as pessoas a adotarem (ou não) comportamentos saudáveis (Pender et al., 2015). Baseia-se, assim, na avaliação de aspetos cognitivos, comportamentais e ambientais que sustentam o comportamento da pessoa alvo dos cuidados, com vista a promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

O modelo é composto por 3 dimensões (ver Anexo I): (1) características e experiências individuais, (2) sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento específico e (3) comportamento de saúde desejável (Pender et al., 2015).

As características e experiências individuais relacionam-se com comportamentos anteriores, nomeadamente o que se pretende mudar e, com fatores pessoais, que podem ser divididos em fatores biológicos (idade, sexo, IMC), psicológicos (autoestima, automotivação e perceção acerca da sua saúde) e socioculturais (educação, *status* socioeconómico) (Pender et al., 2015).

A dimensão que diz respeito aos sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento que se pretende mudar é o núcleo central deste modelo, que tem maior influência na motivação do indivíduo para mudar o seu comportamento (Victor et al., 2005) e onde incide a intervenção do Enfermeiro (Pender et al., 2015). Este grupo de variáveis analisa a perceção do sujeito quanto aos benefícios da mudança de comportamento (impacto positivo que vai ter na sua saúde), perceção das barreiras da mudança de comportamento (custo-benefício da mudança), perceção de autoeficácia (capacidade e vontade de investir o tempo e esforço para mudar), sentimentos relacionados com a mudança e com o comportamento pretendido (positivos ou negativos), influências interpessoais (impactos positivos e negativos da família, cônjuge, profissionais de saúde e/ou modelos sociais) e influências situacionais (aspetos do ambiente que impactam a mudança de comportamento) (Pender et al., 2015). A interligação entre todos estes fatores determina a capacidade de a pessoa se comprometer, ou não, com o plano de ação para mudar o comportamento (Pender et al., 2015). A intervenção do Enfermeiro nestas variáveis ocorre essencialmente através do reforço positivo e motivação, transmissão de informação sobre os benefícios da mudança de comportamento e sugestão de estratégias para ultrapassar as barreiras (Pender et al., 2015).

A terceira e última dimensão deste modelo, que diz respeito ao comportamento de saúde desejável, é o resultado da interação entre todas as variáveis anteriores objetivando um compromisso com o plano de ação e a adoção do comportamento promotor de saúde. Embora na fase do compromisso, que antecede a adoção do comportamento pretendido, o plano de ação esteja estabelecido, podem surgir dúvidas quanto à decisão e à capacidade de adotar este comportamento, associadas a exigências imediatas (responsabilidades familiares ou profissionais) e/ou preferências da pessoa (ir ao centro

comercial em vez de ao ginásio porque prefere fazer compras a fazer exercício-físico) (Pender et al., 2015).

A aplicação deste modelo na prática de Enfermagem, permite, através da identificação dos fatores determinantes, motivar os indivíduos a participarem na mudança, de forma a adotarem comportamentos promotores de saúde, podendo ser aplicado ao longo do ciclo vital do sujeito e a qualquer área da saúde (Pender et al., 2015), como é o caso da segurança infantil e prevenção de acidentes.

A escolha do MPS na promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes deve-se ao facto de poder ser aplicado a qualquer momento, em qualquer contexto, a qualquer pessoa e por permitir a integração destas variáveis tão importantes e decisivas, possibilitando o desenvolvimento de um plano de ação adequado e individualizado para cada família, atendendo às suas características pessoais, habitacionais, socioeconómicas e culturais.

## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, preconizou 4 estágios, nos seguintes serviços de saúde: Internamento de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica, Neonatologia e Cuidados de Saúde Primários. Os campos de estágio foram selecionados por cada mestrando.

No início de cada estágio, foi solicitado ao mestrando que elaborasse um projeto de estágio, delineando objetivos para o percurso de aprendizagem e apresentando o planeamento das atividades para os atingir, de forma a desenvolver as competências indexadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018). Os projetos de estágio seguiram a metodologia de projeto proposta por Ferrito et al. (2010) que preconiza 5 etapas na sua realização: (1) diagnóstico de situação, (2) definição dos objetivos, (3) planeamento das atividades, (4) execução e avaliação e (5) divulgação dos resultados. O percurso de aprendizagem e aquisição de competências teve por base a revisão da literatura realizada sobre a temática dos acidentes infantis e as atividades realizadas basearam-se no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

No final de cada estágio, foi agrupada toda a documentação relativamente às atividades realizadas e bibliografia utilizada, num portfólio. Foi ainda realizada uma reflexão sobre as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista que foram mobilizadas em cada contexto, de forma a poder identificar oportunidades de melhoria nos estágios seguintes.

De seguida, é abordado cada contexto de estágio individualmente, respeitando a ordem cronológica pela qual decorreram. Começa por uma contextualização do local de estágio e do diagnóstico de situação, seguidos da definição de objetivos e termina com a descrição das atividades realizadas e das competências desenvolvidas.

Foram definidos 2 objetivos gerais, transversais a todos os contextos de estágio. O primeiro objetivo geral consistiu em desenvolver competências de Enfermeiro

Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da prevenção de acidentes, que incide na temática aprofundada ao longo do mestrado. O segundo objetivo geral assentou em desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na prestação de cuidados à criança e à família, em situações de especial complexidade, e está direcionado para a aquisição de competências relacionadas com a especificidade de cada contexto.

## **2.1 Internamento de Pediatria**

O estágio de Internamento de Pediatria, realizado em contexto de trabalho, decorreu no período entre 08 de Junho e 31 de Julho de 2020, num hospital na área de Lisboa. É um serviço de valência médico-cirúrgica, que presta cuidados a crianças com idades entre os 28 dias de vida e os 17 anos e 364 dias, em contexto de doença aguda e/ou agudização de doença crónica. Tem como principais causas de internamento: patologia do foro neurológico, da pele e mucosas, respiratórias, gastrointestinais, lesões e traumatismos acidentais e internamentos protetores/sociais.

Exerço funções neste serviço há cerca de 3 anos e meio, e a escolha da temática que decidi trabalhar durante o Mestrado deve-se essencialmente ao facto de verificar que os internamentos por acidente são muito frequentes.

Para além da prestação de cuidados em situação de doença, o Internamento de Pediatria é responsável pelo Hospital de Dia Cirúrgico Pediátrico (HDCP). Este projeto foi implementado em 2016, por uma mestranda no âmbito do seu Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, para dar resposta às necessidades de saúde da população pediátrica que o Hospital abrange. Os cuidados prestados no HDCP são diferenciados e assegurados por 3 EESIP.

### **2.1.1 Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação foi realizado através de uma entrevista informal com a Enfermeira Chefe e com a Enfermeira Orientadora, com vista a identificar as áreas que requeriam atenção, bem como os contributos que poderia oferecer ao serviço no âmbito da segurança infantil.

A primeira necessidade identificada foi a construção de um guia orientador de preparação e administração da terapêutica mais frequentemente utilizada no internamento, devendo-se ao facto de haver vários novos elementos na equipa, alguns recém-licenciados e outros sem experiência em cuidados de saúde infantil. Foi uma necessidade identificada, não só pela Enfermeira Chefe, como por vários membros da equipa de Enfermagem, por haver dúvidas constantes e inconformidade no modo de administração.

A segunda necessidade identificada e, tendo em conta a temática da promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes, foi a construção de material informativo sobre estratégias de prevenção de acidente. Os ensinamentos relativamente ao funcionamento do serviço, perigos e medidas de segurança a adotar no internamento são realizados no momento da admissão da criança e do seu acompanhante. No entanto, verifica-se que a maioria dos familiares, em algum momento, durante o internamento, se esquecem, tendo comportamentos que comprometem a segurança das crianças, expondo-as ao risco de serem vítimas de lesões acidentais.

A terceira necessidade identificada foi a construção de um manual de consulta de referenciação de crianças para outras unidades/serviços de saúde, devendo-se ao facto de, até ao momento, ser a chefe de serviço quem se responsabiliza por realizar as referenciações.

### **2.1.2 Objetivos, Atividades e Competências Desenvolvidas**

De forma a dar resposta ao primeiro objetivo geral (desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da prevenção de

acidentes), defini como primeiro objetivo específico: contribuir para a criação de um ambiente seguro no internamento. Este objetivo, para além de permitir desenvolver várias competências de EESIP, visa dar resposta a uma das necessidades identificadas no diagnóstico de situação. Segundo Mueller, Neuspiel, Fisher, & Safety (2019), os profissionais de saúde que prestam cuidados à população pediátrica, nomeadamente os EESIP, devem promover a melhoria contínua das práticas e políticas de saúde no sentido de criar uma cultura de segurança e eliminar os riscos de lesão.

As atividades desenvolvidas para dar resposta a este objetivo incluíram uma revisão da literatura sobre a promoção de um ambiente seguro em contexto hospitalar (Cooper & Nolt, 2007; Gurgel et al, 2017), uma reunião informal com os membros da equipa de enfermagem com a intenção de identificar os comportamentos/situações de risco, a elaboração de 2 cartazes informativos, um para os berçários (ver Apêndice II) e outro para os quartos com camas grandes (ver Apêndice III) que identificam medidas de prevenção de acidentes em ambiente hospitalar. Também se preparou uma apresentação e validação dos cartazes com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Chefe, Enfermeira Coordenadora, Enfermeira Diretora, equipa de imagem do hospital e equipa de Enfermagem do serviço. A avaliação dos cartazes foi realizada através de um questionário aplicado à equipa de Enfermagem do serviço (ver Apêndice IV). Optei por incidir a minha intervenção na elaboração de material informativo porque, segundo Almeida et al. (2019), Barlow et al. (2008) e Pereirinha (2017), este tipo de documentos (cartazes, folhetos, guias) são estratégias eficazes de transmissão de informação na promoção da capacitação parental. A escolha do cartaz deve-se ao facto de ter visibilidade e gerar impacto. A possibilidade de ser plastificado é um benefício, pois facilita a desinfeção dos mesmos e permite a sua reutilização. É também uma forma sustentável de transmissão de informação escrita porque não envolve a entrega sistemática de documentos em papel às famílias, respeitando o princípio de a instituição ser “hospital sem papel”.

Ainda para dar resposta ao objetivo de criar um ambiente seguro no internamento e a uma das necessidades identificadas no diagnóstico de situação, foi elaborado um guia orientador de preparação e administração da terapêutica mais frequentemente utilizada no

internamento (ver Apêndice V), validado pela Farmacêutica do Hospital, Enf.<sup>a</sup> Orientadora e Enf.<sup>a</sup> Chefe, que está atualmente impresso e disponível para consulta na sala de enfermagem e no carro de preparação de terapêutica. A criação e disponibilização de documentos orientadores de boa prática, que contribuem para a melhoria contínua dos cuidados, é identificada pela ordem dos Enfermeiros (competência B2 – “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”) como uma competência comum de Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

Considero ter atingido o objetivo específico a que me propus, tendo obtido excelente feedback da minha Enfermeira Orientadora, da Enfermeira Chefe de serviço e de todos os membros da equipa de Enfermagem (ver Apêndice IV), relativamente à utilidade e aplicabilidade, tanto dos cartazes como do guia terapêutico. A avaliação do guia orientador de preparação e administração de terapêutica foi realizada de uma forma mais informal, através de feedback verbal e da verificação da utilização do mesmo na prática clínica. Refletindo criticamente sobre o meu desempenho, reconheço que deveria ter implementado um método de avaliação formal e objetivo do guia orientador de forma a conseguir espelhar, através de resultados concretos, a sua utilidade e aplicabilidade na promoção de um ambiente seguro no internamento de Pediatria.

As atividades que realizei no âmbito da promoção de um ambiente seguro no internamento de Pediatria permitiram-me desenvolver a competência comum de Enfermeiro Especialista “B2.2 Planeia programas de melhoria contínua” e as competências de EESIP “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018), uma vez que identifiquei comportamentos de risco por parte dos pais que podiam resultar em eventual acidente. Mobilizei e desenvolvi também a competência comum de Enfermeiro Especialista “B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”, pois disponibilizei documentos de apoio para assegurar a segurança da administração de terapêutica.

O segundo objetivo específico que defini para dar resposta ao primeiro objetivo geral foi: informar os pais de crianças com idades entre 0-5 anos sobre a prevenção de

acidentes. Este objetivo foi traçado essencialmente no âmbito da promoção da saúde, e como o Regulamento de Competências Específicas do EESIP indica, devemos procurar “sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2018). Neste caso, o objetivo foi aproveitar o contacto com os pais, durante o internamento, e sensibilizá-los, capacitá-los e informá-los sobre medidas e estratégias de prevenção de acidentes infantis.

As atividades realizadas para atingir este objetivo incluíram: revisão da literatura, para identificar fatores de risco (*Scoping Review* incluída no capítulo 1.2) de forma a identificar, através da evidência científica, a população mais susceptível e poder planear uma intervenção individualizada; identificação das indicações enunciadas pelas entidades oficiais de promoção de segurança infantil (APSI 2014, 2015, 2017, 2020; Child Accident Prevention Trust, 2020) sobre medidas de prevenção de acidentes; elaboração do livro “Viver Uma Vida Mais Segura” (ver Apêndice VI) que contextualiza os acidentes infantis em Portugal e apresenta as medidas de segurança que se devem adotar para prevenir os acidentes; a apresentação e validação do livro com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Chefe, Enfermeira Coordenadora, Enfermeira Diretora, equipa de imagem do hospital e equipa de Enfermagem do serviço; a divulgação do livro aos pais que se encontravam a acompanhar os seus filhos (com idades entre os 0-5 anos); e por fim, a avaliação do livro através da aplicação de um questionário (ver Apêndice VII).

A intervenção junto dos pais teve por base o MPS de Nola J. Pender (Pender et al., 2015), iniciando-se com a identificação de possíveis comportamentos de risco aliados aos fatores individuais (com a tentativa de reconhecer, nas famílias, fatores de risco identificados na *Scoping Review* incluída no capítulo 1.2). Numa segunda fase de abordagem, tentei sensibilizar os pais sobre os acidentes e a morbilidade/mortalidade associadas, identifiquei fatores/situações que impossibilitam ou dificultam a mudança de comportamento/adoção de medidas de segurança, para posteriormente aconselhar estratégias para ultrapassar estas limitações. Consegui, desta forma, atingir o objetivo principal da intervenção que foi promover a mudança de um comportamento/fator de risco para um comportamento seguro que garanta o bem-estar da criança.

Através da análise dos questionários preenchidos (ver Apêndice VII), verificou-se que 62.50% dos pais tinham conhecimento de, pelo menos, metade das medidas de prevenção enunciadas no livro. Naturalmente, tratando-se de uma conversa presencial, não houve a possibilidade de verificar as mudanças realizadas pelos pais (por exemplo, no caso de uma mãe ter referido que não tinha vedação à volta da piscina). No entanto, em resposta à questão “vai mudar algum comportamento após ter lido este livro”, 75% dos pais afirmou que sim, considerando, desta forma, ter atingido o segundo objetivo específico, e ter efetivamente contribuído, não só para a aquisição de novos conhecimentos, como também para gerar alterações no comportamento, no âmbito da prevenção de acidentes.

As atividades que realizei para atingir o segundo objetivo específico permitiram-me desenvolver a competência de EESIP “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018), já que, na abordagem aos pais, utilizei “estratégias motivadoras (...) para a assunção dos seus papéis em saúde” (E1.1.3., OE, 2018) proporcionando “conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas” (E1.1.4., OE, 2018).

Relativamente ao segundo objetivo geral “desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na prestação de cuidados à criança e à família, em situações de especial complexidade”, defini como primeiro objetivo específico: adquirir conhecimento e competências na referenciação de crianças para outras unidades de saúde e serviços do hospital. Ambicionando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à comunidade, é fundamental a interação eficaz entre os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), recorrendo a uma comunicação e articulação adequada entre os cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários (Santos, 2011) de forma a permitir a continuidade de cuidados e a satisfação das necessidades das crianças de quem cuidamos.

Para atingir este objetivo, realizou-se uma reunião com a Enf.<sup>a</sup> Chefe para tomar conhecimento do processo de referenciação (ver Apêndice VIII), que posteriormente me permitiu a autonomia para referenciar uma criança a quem prestei cuidados (ver

Apêndice IX) a outra unidade e profissionais de saúde. Durante a prestação de cuidados, foi fundamental a negociação da participação da jovem e dos familiares no plano de cuidados (E.1.1.1., OE, 2018). Elaborei uma reflexão acerca da experiência vivida nesta situação complexa (ver Apêndice X) de forma a consolidar os conhecimentos adquiridos e refletir sobre as competências de Enfermeiro Especialista desenvolvidas, uma vez que a prática reflexiva é a base da aprendizagem (Amulya, 2011), e uma atividade indispensável na construção do saber profissional (Santos, 2009) que permite a melhoria da qualidade dos cuidados e o crescimento pessoal e profissional (Hyrkäs et al., 2001). Durante o processo de referenciação da criança, identificou-se que os contactos das unidades de cuidados de saúde primários, e nomeadamente dos Enfermeiros de saúde infantil, estavam desatualizados, pelo que contactei a administração do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) deste concelho, a solicitar os contactos atualizados. No final do estágio, agrupei os documentos elaborados num dossier, que ficou disponível no serviço para consulta, possibilitando o desenvolvimento de competências, da equipa de Enfermagem, no âmbito da referenciação. Foi assegurada a confidencialidade da informação clínica da jovem, mantendo o anonimato em todos os documentos.

Considero ter atingido o objetivo a que me propus, tendo desenvolvido e mobilizado as competências de EESIP “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018); “E2.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/jovem”, pois identifiquei situações de risco (E1.2.4), encaminhei a criança para outros profissionais (E1.2.2.) e avaliei conhecimentos e comportamentos da jovem e família relativamente à saúde (E1.2.7.) (OE, 2018); “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica” (OE, 2018), já que referenciei a jovem com doença crónica, estabeleci “redes de recurso comunitários de suporte à jovem e família” e trabalhei “em parceria com agentes da comunidade” no sentido de melhorar o acesso da jovem aos cuidados de saúde; e ainda “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”, facilitando a comunicação e partilha de emoções (E3.4.1.), reforçando a tomada de decisão responsável (E3.4.4.) e negociando o contrato de saúde com a adolescente (E3.4.5.) (OE, 2018). Ao manter o

anonimato da jovem em todos os documentos disponibilizados para consulta, mobilizei também a competência de Enfermeiro Especialista “A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos”.

O segundo objetivo específico definido para dar resposta ao segundo objetivo geral, foi: integrar a equipa de Enfermeiros do Hospital de Dia Cirúrgico Pediátrico (HDCP), uma vez que os cuidados prestados nesta valência são diferenciados, individualizados à criança e família e assegurados por EESIP, permitindo assim a mobilização e o desenvolvimento das competências de EESIP “E2.1. reconhecer situações de instabilidade das funções vitais” (pré e pós-operatórias), “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança” e “E2.5. Promove a adaptação da criança e família à situação de doença” (OE, 2018), concretizando desta forma o segundo objetivo geral (desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e à família, em situações de especial complexidade).

As atividades envolveram a leitura das normas e dos protocolos em vigor, descrito por Carvalho (2016) e Silvestre (2012) como um passo fundamental para uma integração de sucesso num serviço, e a participação na prestação de cuidados pré-operatórios e pós-operatórios à criança. Tendo em conta que o período pré-operatório é um momento stressante para a criança, causando-lhe ansiedade, nervosismo e medo do desconhecido (Weber, 2010, Ávila et al., 2012), tentei utilizar estratégias de distração adequadas à idade, características do desenvolvimento, preferências pessoais e experiências anteriores de hospitalização (Hockenberry & Wilson, 2014; Pena, 2016).

Considero ter atingido este objetivo, que contribuiu de forma importante para a minha prática profissional, uma vez que pertenço atualmente à equipa de Enfermagem do HDCP. Esta experiência permitiu-me desenvolver a competência de EESIP “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018) pois adequiei a terapêutica (sedação pré-operatória e analgesia pós-operatória) às necessidades da criança e elaborei, em parceria com os pais, e segundo prescrição médica, um plano de cuidados, de forma a capacitá-los para assegurarem a continuidade de cuidados à criança durante a sua recuperação pós-operatória.

O balanço desde estágio é muito positivo. Considero ter atingido os objetivos a que me propus e ter contribuído de forma útil e pertinente para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem prestados neste serviço. Tendo sido realizado em contexto de trabalho, foi possível verificar o contributo das atividades realizadas para a prática de Enfermagem, nomeadamente o guia orientador de preparação e administração de terapêutica (utilizado todos os dias por membros da equipa de Enfermagem e estudantes da Licenciatura de Enfermagem) e o guia de referência.

## **2.2 Serviço de Urgência Pediátrica**

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) decorreu no período entre 7 de setembro e 9 de outubro de 2020, no mesmo hospital onde realizei o estágio de Internamento, na área de Lisboa. É um serviço que presta cuidados a crianças com idades entre os 0 dias de vida e os 17 anos e 364 dias. Atende cerca de 60.000 crianças por ano, traduzindo-se numa média diária de 164, tendo, habitualmente, os meses de inverno maior afluência.

Dada a pandemia, este SUP encontra-se dividido em 2 circuitos distintos, um que presta cuidados a crianças com sintomas de covid-19, e outro que recebe crianças com outros sintomas e problemas de saúde.

### **2.2.1 Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação foi realizado através de uma entrevista informal com o Enfermeiro (Enf.º) Orientador, que é o Enf.º Responsável do SUP, de forma a identificar necessidades e oportunidades de intervenção, permitindo-me delinear objetivos e atividades a realizar durante este estágio.

Dada a situação pandémica e as alterações por ela causadas no SUP, o Enfermeiro Orientador sugeriu incidir a minha intervenção no âmbito da promoção da segurança infantil, nomeadamente na construção de material que pudesse ser afixado, com orientações específicas sobre medidas de prevenção, com a intenção de prevenir acidentes em contexto hospitalar.

No decorrer do estágio, identificou-se também a necessidade de sensibilizar a equipa de Enfermagem sobre a temática de prevenção de acidentes, uma vez que se verificou que a realização de ensinamentos aos Pais sobre medidas de prevenção era pouco frequente e eram realizados apenas a pais de crianças que tinham sido vítimas de acidentes, atuando assim na prevenção da recorrência, mas não da incidência.

De forma a contextualizar a incidência dos acidentes infantis na população alvo deste hospital, foi solicitada à equipa de informática, a disponibilização dos dados referentes à triagem de Manchester, das crianças admitidas no SUP no ano de 2019. A análise de dados foi realizada em conjunto com o Enf.º Orientador, de forma a selecionarmos os descritores que representavam lesões por acidente. Verificou-se que no ano de 2019, 54.998 crianças recorreram a este SUP, tendo 10.330 sido triadas através de fluxogramas que podem representar acidentes, traduzindo-se em cerca de 1/5 das idas totais à urgência.

### **2.2.2 Objetivos, Atividades e Competências Desenvolvidas**

Para atingir o primeiro objetivo geral (desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da prevenção de acidentes), defini como primeiro objetivo específico: promover a capacitação parental no âmbito da prevenção de acidentes. O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica indica que o EESIP deve procurar “sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2018, p. 19193).

As atividades realizadas para atingir este objetivo envolveram momentos de reflexão conjunta com a equipa de Enfermagem de forma a identificar os comportamentos/situações de risco mais frequentes, a elaboração de um cartaz informativo (identificado por Almeida et al. (2019), Barlow et al. (2008) e Pereirinha (2017) como uma estratégia eficaz de transmissão de informação para promover a capacitação parental) com orientações específicas de prevenção de acidentes (ver Apêndice XI) para ser afixado em vários locais do SUP, a validação do cartaz com o Enf.º Orientador, Direção de Enfermagem e equipa de imagem do hospital e a divulgação do cartaz à equipa de Enfermagem. De forma a sensibilizar o máximo número de pais e cuidadores sobre o problema dos acidentes infantis, evidenciando a procura sistemática de oportunidades para potenciar a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E.1.1.5, OE, 2018), dei início à construção de um vídeo para ser transmitido nas televisões do hospital, facilitando assim a aquisição de conhecimentos relativos à segurança (E.1.2.8, OE, 2018) que para além de contextualizar os acidentes, contém informações específicas de medidas de prevenção dos mesmos, uma estratégia eficaz na promoção da literacia em saúde (Goes, 2019). A utilização da tecnologia como veículo de transmissão de informação é identificado por Pender et al. (2015) como uma medida criativa de transmissão de orientações promotoras de saúde e por Almeida e Lopes (2019) como um método eficaz na promoção de conhecimento e desenvolvimento de competências. Por ser uma atividade complexa e que ultrapassa as minhas competências tecnológicas, foi solicitada a colaboração da equipa de imagem do hospital, ficando esta atividade por terminar em momento posterior ao estágio. Durante a prestação de cuidados, considerei indispensável a transmissão de orientações individualizadas aos pais, especialmente em situações em que a criança tinha sido vítima de algum tipo de acidente, famílias de risco (com base nos resultados da revisão da literatura apresentada no capítulo 1.2, nomeadamente crianças do sexo masculino, mães adolescentes, e famílias numerosas) identificadas através da avaliação do contexto familiar (E1.1.6., OE, 2018) e em situações que detetava comportamentos de risco (E1.2.4., OE, 2018), no sentido de promover a mudança de comportamentos, seguindo o MPS de Nola Pender (Pender et al., 2015) para garantir a segurança das crianças (E1.1.4., OE, 2018). A transferência do conhecimento, obtido em contexto de investigação, para a prática,

permitindo efetuar um diagnóstico e atuando sobre o mesmo, reflete a mobilização da competência de mestre “conhecimento” (DGES, 2011), tendo desenvolvido, aprofundando e expandido conhecimento, aplicando-o em situações práticas.

Em situações de permanência mais longa no SUP, foi também apresentado o livro digital “Viver em Segurança” (ver Apêndice VI) aos pais de crianças com idades entre os 0-5 anos, uma vez que Almeida et al., (2019) identifica os recursos tecnológicos como ferramentas úteis na partilha de informação promotora de saúde.

Atendendo às atividades desenvolvidas, ao feedback obtido por parte dos pais e à avaliação dos orientadores, considero ter cumprido o objetivo no âmbito da promoção da capacitação parental na prevenção de acidentes infantis. Refletindo criticamente sobre a minha prática, considero que teria sido importante ter uma avaliação quantitativa da informação transmitida aos pais. No entanto, por se tratar de um contexto em que o contacto com os pais é curto, apenas foi possível uma avaliação quantitativa por parte das pessoas que estavam presentes no momento (Enf.º Orientador e pais).

O segundo objetivo específico definido para dar resposta ao primeiro objetivo geral foi: contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem, no âmbito da prevenção de acidentes, uma vez que o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enuncia que o Enfermeiro Especialista deve ser “facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p. 4749), nomeadamente na identificação de necessidades formativas, na formação em contexto de trabalho, na gestão de programas e dispositivos formais, no desenvolvimento de competências dos enfermeiros e por fim na avaliação do impacto da formação (OE, 2019).

As atividades realizadas para cumprir este objetivo incluíram o planeamento de uma sessão de formação (ver Apêndice XII), a realização da apresentação (ver Apêndice XIII) à equipa de Enfermagem e a respetiva avaliação da sessão (ver Apêndice XIV) através da aplicação de um questionário. Surgiu a necessidade de realizar esta ação de formação, uma vez que se identificou que os ensinamentos relativamente à segurança infantil eram uma prática pouco comum e exclusivamente realizados aos pais de crianças vítimas de acidente. Na apresentação, transmiti informação sustentada pela evidência científica

(*Scoping Review* presente no capítulo 1.2) relativamente aos fatores de risco, promovendo a identificação da população de risco, permitindo a intencionalidade dos cuidados de Enfermagem objetivando a prevenção de acidentes. As atividades realizadas seguiram o princípio do MPS de Nola J. Pender (Pender et al., 2015), no sentido em que identifiquei a possibilidade e necessidade de mudar um comportamento (neste caso a intervenção dos Enfermeiros do SUP na capacitação parental para a prevenção de acidentes), sensibilizei a equipa sobre a temática e apelei a adoção de um comportamento promotor da saúde, bem-estar e segurança das crianças e famílias alvo dos cuidados no SUP.

Através da análise dos questionários de avaliação da sessão (ver Apêndice XIV) e do feedback da equipa de Enfermagem e do Enf.º Orientador, considero ter atingido este objetivo. As atividades realizadas permitiram-me desenvolver a competência comum de Enf.º Especialista “B1.1 Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019) e “D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2019), identificando necessidades formativas e favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros através de dispositivos formativos (OE, 2019).

Objetivando o desenvolvimento de competências de EESIP, na prestação de cuidados à criança e à família, em situações de especial complexidade (2º objetivo geral), foi definido como objetivo específico: colaborar na prestação de cuidados a crianças em situação de instabilidade das funções vitais, identificado pela Ordem dos Enfermeiros como uma competência de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018). Para concretizar este objetivo, acompanhei o Enf.º Orientador na prestação de cuidados nos 4 postos do SUP: triagem, sala de tratamentos, serviço de observação e sala de reanimação. Na triagem, participei na avaliação inicial da criança e acompanhei a seleção do fluxograma e dos descritores da triagem de Manchester, aprofundando conhecimentos relativamente à atribuição de prioridades na admissão ao SUP. Na sala de tratamentos e no serviço de observação, participei na prestação de cuidados, comunicando e utilizando estratégias adequadas à idade e estadio de desenvolvimento (E1.1.2., OE, 2018), dando especial atenção aos cuidados atraumáticos, através da

utilização de medidas não-farmacológicas durante procedimentos dolorosos, que segundo a Ordem dos Enfermeiros, é um dever e um indicador de boa prática (OE, 2013). Em turnos de maior afluência no circuito Covid do SUP, prestei cuidados a crianças com dificuldade respiratória significativa, em que demonstrei capacidade de identificar o risco de instabilidade vital e atuei de forma antecipatória (D1.2.4, OE, 2019). Em situações de maior afluência, revelei a capacidade de atuar sob pressão (D1.2.3, OE, 2019), de definir prioridades e de gerir os cuidados de forma a dar resposta às necessidades de cada criança e família. Na sala de reanimação, presenciei apenas uma situação de uma lactente que tinha tido uma convulsão prolongada e veio em pós-critico, com estabilidade hemodinâmica. Referindo o autoconhecimento, dado ser o primeiro contacto com os cuidados prestados na sala de reanimação e reconhecendo os limites pessoais e profissionais nesta área (D1.1.3, OE, 2019), optei pela observação da prestação de cuidados nesta situação, seguindo-se de um momento de reflexão com o meu Enf.º Orientador sobre a importância da organização da equipa e da função que cada elemento tem, mobilizando assim a competência de Enfermeiro Especialista “D.1.1 Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2019).

Através destas atividades, desenvolvi e mobilizei as competências de EESIP “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”, “E.2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018).

Importa ainda referir o acompanhamento do Enf.º Orientador nas suas funções de gestão, que me permitiram desenvolver competências importantes na área da gestão de recursos humanos, estilos de liderança, tomada de decisão em equipa, gestão de conflitos e delegação e supervisão de tarefas, espelhadas na reflexão que elaborei acerca desta experiência (ver Apêndice XV). Assim, desenvolvi as competências comuns de Enf.º Especialista “B3.2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou unidades funcionais”, “B3.2.1. definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros”, “C2.1 Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e “C2.2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao

clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (OE, 2019).

Terminei este estágio satisfeita com o meu empenho e dedicação, sobretudo na prestação de cuidados no circuito covid, que embora não fizesse parte dos objetivos do estágio, aconteceu no sentido de colmatar a falta de recursos humanos de Enfermagem, tendo encarado esta situação como um momento de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Gostaria de ter tido mais oportunidades de aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados à criança em situação crítica, mas por não ter sido possível, revelei capacidade de adaptação, flexibilidade e de reorganização, tendo aproveitado para desenvolver competências na área de gestão, contribuindo assim para a minha prática profissional atual, uma vez que assumo a função de chefe de equipa no meu contexto de trabalho.

## **2.3 Neonatologia**

O estágio de Neonatologia decorreu no período entre 12 de outubro e 12 de novembro de 2020, numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, no mesmo hospital em que foram realizados os estágios anteriores, localizado na área de Lisboa. É um serviço que presta cuidados a recém-nascidos com necessidades de saúde especiais, devido a prematuridade, complicações durante o parto e/ou doença aguda, que carecem de vigilância permanente. A unidade tem um total de 15 vagas, destinadas a receber RN entre as 28 semanas de gestação até aos 28 dias de vida, sendo que 5 vagas são de cuidados intensivos neonatais e as restantes 10 são de cuidados intermédios.

### **2.3.1 Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação foi realizado através de vários momentos de reflexão com a equipa de Enfermagem e de uma entrevista informal com a Enfermeira

Orientadora, que é a Enfermeira Responsável pelo serviço, com vista a identificar as áreas que requeriam atenção.

A primeira necessidade identificada foi no âmbito da uniformização dos ensinamentos transmitidos pela equipa de Enfermagem aos pais, relativamente à promoção da segurança do recém-nascido (RN) e prevenção de acidentes.

A segunda necessidade identificada foi a elaboração de uma norma de procedimento relativamente ao teste de apneia do RN no sistema de retenção, no âmbito da preparação para a alta e na deteção precoce do risco de apneia.

Relativamente às necessidades de formação individuais, definiu-se como prioridade a prestação de cuidados a RN prematuros, com vista a desenvolver competências de Enfermeiro Especialista no âmbito dos cuidados neonatais, tendo em conta que, no meu percurso profissional, não tive oportunidade de contactar com este contexto.

### **2.3.2 Objetivos, Atividades e Competências Desenvolvidas**

Dado o primeiro objetivo geral (desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da prevenção de acidentes), definiu-se como primeiro objetivo específico: contribuir para a promoção da literacia em saúde dos Pais, no âmbito da prevenção de acidentes infantis, em ambiente doméstico e de lazer. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o EESIP deve procurar “sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2018, p. 19193) e deve proporcionar “conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências” (OE, 2018, p. 19193).

De forma a atingir este objetivo, priorizei dar continuidade à elaboração do vídeo a que me tinha proposto no estágio anterior. Após uma reunião com a equipa de imagem, foi submetida a proposta do projeto à direção de Enfermagem (ver Apêndice XVI), que contextualiza a importância de intervir nesta temática, as informações e ideias de imagens a serem transmitidas relativamente às medidas de prevenção de acidentes, bem como um documento para ser publicado no site do hospital, com as mesmas informações. Outra atividade realizada no âmbito deste objetivo específico e, para dar resposta a uma das necessidades do serviço identificada no diagnóstico de situação, foi a elaboração da norma de procedimento “Ensinos aos Pais Sobre as Medidas de Segurança” (ver Apêndice XVII), servindo como guia orientador de boa prática, contribuindo para a uniformização dos cuidados de Enfermagem no âmbito da promoção da segurança do RN. Com a realização desta atividade, mobilizei a competência comum de Enf.º Especialista “D2.3 Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2019).

Para atingir este objetivo, foi indispensável a transmissão de orientações individualizadas no âmbito de prevenção de acidentes, sendo que mobilizei os conhecimentos obtidos da *Scoping Review* (apresentada no capítulo 1.2 deste relatório), tendo priorizado a prestação de cuidados a um RN de 35 semanas, do sexo masculino, com condições habitacionais precárias (informação partilhada pela Mãe no dia anterior) e com um irmão, todos estes fatores identificados como sendo de risco para a ocorrência de acidentes. A minha intervenção seguiu o MPS de Nola J. Pender (Pender et al., 2015), com o intuito de identificar fatores e situações de risco para a ocorrência de acidentes, sensibilizar a mãe para a importância de garantir um ambiente seguro, aconselhamento de estratégias e medidas para minimizar os riscos e promover uma mudança de comportamento/adoção de medidas de segurança eficazes.

Assim, desenvolvi e mobilizei a competência de EESIP “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (...)” (OE, 2018) tendo proporcionado “conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas” (E1.1.4., OE, 2018) individualizadas e adequadas às características específicas da família e das condições habitacionais. Com base no percurso descrito, considero ter atingido o

primeiro objetivo específico, uma vez que a informação transmitida à mãe foi validada, confirmando a aquisição dos conhecimentos necessários para poder assegurar a segurança da criança e prevenir os acidentes.

O segundo objetivo específico definido para dar resposta ao primeiro objetivo geral, foi: contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem, no âmbito da segurança do recém-nascido, no contexto de uma necessidade do serviço identificada no diagnóstico de situação. Como o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica enuncia, o EESIP deve “fomentar a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, p. 4747).

Foi-me proposta a elaboração de uma norma de procedimento sobre a realização do teste de apneia do RN no sistema de retenção, objetivando a uniformização da sua realização. Uma vez iniciada a pesquisa para sustentar a norma, identifiquei uma grande lacuna da investigação, tendo sido desafiada pela minha Enfermeira Orientadora a realizar uma *Scoping Review* para mapear e identificar na literatura, o procedimento com as orientações mais atuais. Visto que o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista indica que o Enfermeiro Especialista deve basear a sua praxis clínica em evidência científica e que deve ser agente ativo no campo de investigação (OE, 2019), considerei importante a realização de uma *Scoping Review*, que fundamentou a norma de procedimento “Teste do Recém-Nascido no Sistema de Retenção” (ver Apêndice XVIII), promovendo assim a adoção de boas práticas baseadas em evidência científica, objetivando a excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados no âmbito da deteção precoce do risco de apneia do RN na posição sentada. Os resultados desta investigação foram transmitidos aos Enfermeiros em vários momentos de reflexão conjunta, bem como a sensibilização da equipa de Enfermagem sobre a prevenção de acidentes. No entanto, identifiquei a necessidade de criar um momento mais formal para a partilha de conhecimentos, tendo participado num *webinar online* em que realizei previamente um plano de sessão (ver Apêndice XIX), que fundamentou a apresentação (ver Apêndice XX) realizada no dia 10 de Novembro aos Enfermeiros do departamento de pediatria do hospital, incluindo elementos dos serviços de Neonatologia, Unidade de

Cuidados Intermédios Pediátricos e Internamento de Pediatria. Esta apresentação incluiu: contextualização da incidência de acidentes infantis na população-alvo do hospital, com base nos dados colhidos no estágio do SUP; reforço dos ensinamentos que devem ser realizados aos pais de forma a capacitá-los para garantirem a segurança das crianças; orientações do transporte seguro do RN no sistema de retenção; riscos de acidentes presentes em cada serviço e as devidas intervenções a implementar para os prevenir; e por fim, apresentação da norma de procedimento do teste de apneia do recém-nascido pré-termo no sistema de retenção. As atividades realizadas no âmbito da partilha dos resultados desta investigação, permitiram mobilizar e desenvolver a competência “Capacidades” (DGES, 2011) de grau de mestre, tendo revelado ser capaz de comunicar as conclusões e os conhecimentos a elas subjacentes, de uma forma clara.

De forma a avaliar o contributo da apresentação no desenvolvimento de conhecimentos dos Enfermeiros, foi aplicado um questionário antes da apresentação (ver Apêndice XXI) e outro após a apresentação (ver Apêndice XXII), de forma a comparar a diferença entre os resultados. Através da análise dos questionários (Apêndice XXIII), concluiu-se que a apresentação contribuiu de forma positiva para a aquisição de conhecimentos sobre a realização do teste de apneia do RN no sistema de retenção, uma vez que houve um aumento da percentagem de respostas corretas no questionário final, comparativamente ao inicial. Reconhecendo o contributo da evidência científica na melhoria das práticas profissionais, considerei pertinente partilhar os resultados desta *Scoping Review* no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, tendo submetido um resumo (ver Apêndice XXIV), que após a aprovação, foram expostos em formato de poster científico (ver Apêndice XXV), tendo obtido o referente certificado de participação/apresentação de poster (ver Anexo II).

Assim, considero ter atingido o objetivo específico a que me propus. Com as atividades realizadas, desenvolvi as competências comuns de Enfermeiro Especialista “B2.2 Planeia programas de melhoria contínua” tendo identificado oportunidades de melhoria e elaborei e promovi a implementação de guias e normas de boa prática (OE, 2019); “B2.3 Lidera programas de melhoria contínua” (OE, 2019); “D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho” atuando

como formador, gerindo programas formativos, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e avaliando o impacto da formação (OE, 2019); “D2.2 Suporta a prática clínica baseada em evidência científica”, pois identifiquei lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, investiguei, interpretei, analisei e divulguei os resultados, contribuindo assim para conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (OE, 2019); e ainda, “D2.3 Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”, tendo utilizado métodos de pesquisa adequados na implementação de processos de formação e desenvolvimento da prática clínica (OE, 2019).

Para dar resposta ao segundo objetivo geral (desenvolver competências de EESIP, na prestação de cuidados à criança e à família, em situações de especial complexidade), foi definido como objetivo específico: colaborar na prestação de cuidados a recém-nascidos pré-termo, uma vez que o EESIP deve ser capaz de prestar cuidados em resposta às necessidades dos vários ciclos de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). Tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados a vários RN pré-termo, com idades entre 29 semanas e 34 semanas de gestação. Apercebi-me da importância de promover cuidados humanizados e neuroprotetores (Altimier, 2015), de forma a minimizar as sequelas que o ambiente extrauterino pode causar, com vista a promover o seu crescimento e desenvolvimento saudável. A individualização e personalização de cuidados esteve sempre presente, dando especial atenção às necessidades dos pais. Tendo em conta as competências anteriormente desenvolvidas no curso de Conselheira de Amamentação que realizei, valorizei a promoção da amamentação, realizando ensinamentos, esclarecendo dúvidas e ajudando, por exemplo, com o posicionamento correto do RN, promovendo assim a vinculação entre a mãe e o seu RN.

A prestação de cuidados foi supervisionada pela minha Enfermeira Orientadora e a avaliação dos mesmos foi realizada através de vários momentos de reflexão de forma a mobilizar conhecimentos e identificar oportunidades de melhoria. Com base no feedback da minha Enfermeira Orientadora e das competências de EESIP que desenvolvi (“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da

capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018)), considero ter atingido o objetivo proposto.

Termino este estágio com uma enorme satisfação, sensação de concretização e orgulho por tudo o que desenvolvi. Embora tivesse duvidado ser capaz, superei e dei resposta, atingindo os objetivos delineados. Estou imensamente grata à minha Enfermeira Orientadora pela força e motivação ao longo deste percurso e pelos desafios que me propôs, que me permitiram verificar o excelente contributo da evidência científica na melhoria da prática de Enfermagem, objetivando a excelência dos cuidados prestados que se traduzem em ganhos de saúde. Desenvolvi competências essenciais, tanto comuns de Enfermeira Especialista como de EESIP, que no futuro me irão permitir prestar cuidados diferenciados de saúde infantil.

## **2.4 Unidade de Cuidados na Comunidade**

O estágio de Cuidados de Saúde Primários decorreu no período entre 16 de novembro e 18 de dezembro de 2020, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que pertence a um ACES na área de Lisboa.

Esta UCC desenvolve a sua atividade desde 20 de novembro 2010, abrangendo 103.970 utentes, e presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e implementação de unidades móveis de intervenção, e na participação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local e como prestadora de cuidados (ECCI). A equipa multiprofissional é constituída por 13 Enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 1 psicóloga, 2 assistentes sociais, 1 assistente operacional e 1 terapeuta ocupacional.

A UCC integra e participa em projetos e programas que têm em conta a realidade de saúde e social da sua área de intervenção, com vista a colmatar as necessidades da população, que incluem: preparação para a parentalidade, recuperação pós-parto, massagem ao bebé, núcleo de apoio a crianças e jovens em risco, cozinha eco-criativa, combate à mutilação genital feminina, formação técnica externa, intervenção precoce na infância, comissão de proteção de crianças e jovens, saúde escolar, espaço S, rede de intervenção sociocultural, ECCI, cuidados continuados, vacinação contra a gripe e intervenção sócio-territorial de saúde mental.

Devido à pandemia causada pelo vírus covid-19, os Enfermeiros tiveram que redirecionar a sua intervenção para dar resposta às necessidades da população no âmbito da saúde pública, limitando a sua atuação nos projetos habituais. Dedicam-se maioritariamente a realizar inquéritos epidemiológicos para controlo de contágio, não descartando áreas prioritárias da saúde escolar, nomeadamente as necessidades de saúde especiais das crianças (intervenção precoce, referenciação, avaliação da funcionalidade/adaptação da criança e realização de planos de saúde individuais (PSI)). Dão também continuidade às aulas de preparação para a parentalidade, preparação para o parto e cuidados ao bebé, tendo, no entanto, adaptado o formato das aulas de presencial para online, realizando sessões individuais exclusivamente com cada casal, numa data próxima do parto.

#### **2.4.1 Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação foi realizado através de uma entrevista informal com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira Responsável da UCC, com vista a identificar as áreas que requeriam atenção.

A primeira necessidade identificada foi no âmbito da realização de inquéritos epidemiológicos a pessoas infetadas com covid-19, uma vez que o estágio decorreu num período em que houve aumento progressivo dos casos positivos e havia falta de

profissionais de saúde para realizarem estes rastreios de contacto, uma intervenção importante que objetiva a quebra da cadeia de transmissão.

A segunda necessidade identificada foi a colaboração na realização de planos de saúde individuais, uma vez que, por a equipa estar a dedicar grande maioria do tempo à realização dos inquéritos, havia vários planos pendentes. A realização dos planos de saúde individuais requerem a avaliação das crianças, articulação com as famílias e equipas escolares e elaboração dos documentos orientadores, de forma a capacitar os cuidadores, particularmente nas escolas, para darem resposta às necessidades especiais das crianças.

A terceira necessidade identificada foi a construção de material de suporte para sustentar a informação transmitida nas aulas de preparação para a parentalidade, no âmbito da segurança infantil e prevenção de acidentes.

#### **2.4.2 Objetivos, Atividades e Competências Desenvolvidas**

Considerando o primeiro objetivo geral (desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da prevenção de acidentes), foi definido como objetivo específico: contribuir para a promoção da literacia em saúde dos Pais, no âmbito da prevenção de acidentes infantis, em ambiente doméstico e de lazer. Como está descrito no regulamento, o EESIP deve proporcionar “conhecimento e aprendizagem de habilidades” e procurar oportunidades para trabalhar com as famílias no sentido de promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2018, p. 19193), que neste caso são comportamentos potenciadores da segurança infantil.

Atendendo ao facto do contacto com pais e futuros pais se encontrar extremamente limitado nas atividades da UCC, considerei importante a participação em aulas presenciais (individuais para cada casal) de preparação para a parentalidade, podendo contribuir com a realização de ensinamentos específicos sobre os aspetos mais importantes a ter em conta com um RN, no âmbito da prevenção de acidentes. De igual

forma, solicitei a oportunidade de participar em consultas de saúde infantil numa Unidade de Saúde Familiar (USF), localizada no mesmo prédio que a UCC, uma vez que o EESIP deve prestar “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p.19194), nomeadamente promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, promover a vinculação entre a criança e família e comunicar eficazmente com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (OE, 2018).

Durante as consultas, para além do envolvimento na prestação de cuidados, descrito posteriormente, realizei ensinamentos específicos sobre medidas de prevenção de acidentes adequados à idade de cada criança, facilitando desta forma a aquisição de conhecimentos relativos à segurança da criança (OE, 2018). Outra atividade que realizei, que foi de encontro a uma das necessidades da UCC identificadas no diagnóstico de situação, foi a elaboração de um livro digital sobre a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida (ver Apêndice XXVI) para poder ser disponibilizado nas aulas de preparação para a parentalidade, que estão a decorrer em formato online. Optou-se por um livro digital, essencialmente porque era a única forma de divulgar material informativo devido à situação pandémica, mas também porque segundo Pender et al. (2015) e Almeida e Lopes (2019), é um veículo criativo de transmissão de informação que facilita a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Tendo em conta que no período do estágio, não havia aulas de preparação para a parentalidade a decorrer, fez-se a avaliação desta atividade através de um questionário (ver Apêndice XXVII), que foi preenchido pelas Enfermeiras da UCC com o seu parecer quanto ao interesse e pertinência do conteúdo, metodologia utilizada, utilidade para as aulas, aplicabilidade na UCC e avaliação global do livro. Após realização da análise dos questionários preenchidos (ver Apêndice XXVIII), conclui-se que foi um contributo pertinente e extremamente útil para a partilha de informação relevante no sentido de prevenir a ocorrência de acidentes e conseqüentemente a promoção da saúde infantil, obtendo feedback muito positivo de todos os membros da equipa. Considero assim, ter atingido este objetivo.

Através destas atividades, desenvolvi e mobilizei as competências de EESIP “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018) uma vez que utilizei estratégias motivadoras para a família assumir os seus papéis em saúde (E1.1.3.), procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com as famílias no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.) e proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades (E1.1.4.) (OE, 2018).

De forma a atingir o segundo objetivo geral (desenvolver competências de EESIP, na prestação de cuidados à criança e à família, em situações de especial complexidade), defini como primeiro objetivo específico: colaborar na realização de inquéritos epidemiológicos do vírus covid-19, no sentido de dar resposta à necessidade identificada no diagnóstico de situação. Segundo a DGS (2020), após a identificação de um caso de COVID-19, deve ser assegurada a investigação epidemiológica detalhada pela Autoridade de Saúde e devem ser aplicadas as medidas necessárias (DGS, 2020).

As atividades realizadas para atingir este objetivo incluíram a observação e acompanhamento da realização de inquéritos por parte da equipa de Enfermagem, a leitura e apropriação das normas da DGS relativamente às boas praticas no âmbito do covid-19, a leitura do guia orientador sobre a realização de inquéritos (documento elaborado pela UCC para integrar novos elementos na sua realização) e a realização de inquéritos epidemiológicos, com os respetivos registos no *Trace-covid*, *Sinave* e plataforma da Saúde Pública. Tinha definido como indicador de avaliação, a realização de, no mínimo, 5 inquéritos, tendo realizado um total de 6 (ver Apêndice XXIX). Durante a realização dos inquéritos epidemiológicos, deparei-me com situações complexas, nomeadamente pessoas que tinham testado positivo e que não tinham informado os seus contactos de alto risco, suscitando dúvidas relativamente à decisão ética e forma de proceder. Para dar resposta a estas questões, mobilizei os recursos disponíveis, nomeadamente o Código Deontológico (OE, 2015), mais especificamente o Artigo 106.º do dever do sigilo, e promovi momentos de reflexão com a equipa de Enfermagem de forma a poder esclarecer e dar resposta às necessidade da pessoa, permitindo assim mobilizar e desenvolver as competências comuns de Enfermeiro Especialista “A1.1

Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (OE, 2019), construindo as estratégias de resolução em parceria com a equipa de Enfermagem e com as pessoas com quem estava a contactar, suportando a tomada de decisão baseada no conhecimento, experiência e indicações mais recentes da DGS e selecionando as respostas mais apropriadas (OE, 2019). De acordo com as competências de mestre, neste contexto mobilizei a “Competências”, sendo que revelei capacidade de integrar conhecimentos e de lidar com questões complexas, procurando soluções eticamente corretas (DGES, 2011).

O feedback obtido, tanto da Enfermeira Orientadora, como da restante equipa de Enfermagem foi extremamente positivo, demonstrando agradecimento pelo apoio e disponibilidade que revelei em ajudar a dar resposta a esta necessidade tão emergente. Desta forma, considero ter atingido o objetivo específico a que me propus e ter dado resposta à necessidade previamente identificada.

As atividades desenvolvidas no âmbito da realização destes inquéritos, bem como as diversas situações vivenciadas, permitiram o desenvolvimento e “A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos” (OE, 2019), assegurando o respeito pelo direito dos clientes à informação (A2.1.2) e, simultaneamente, assegurando a privacidade (A2.1.4), o sigilo profissional e a confidencialidade da informação clínica (A2.1.3, OE, 2019). Permitiu também desenvolver a competência de EESIP “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018), demonstrando conhecimentos relativamente à doença e às orientações da DGS, procurando responder e encaminhar as crianças com covid-19, da melhor forma possível para dar resposta às necessidades identificadas.

O segundo objetivo específico definido para cumprir o segundo objetivo geral, foi: colaborar na prestação de cuidados a crianças com necessidades de saúde especiais, de forma a dar resposta a uma das necessidades de intervenção referida pela equipa de Enfermagem no diagnóstico de situação. Como o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica indica, o EESIP deve mobilizar “recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e

família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias” (OE, 2018, p. 19193).

Para atingir este objetivo e potenciar o desenvolvimento do máximo de competências de EESIP possíveis, uma vez que havia muito pouco contacto com crianças, solicitei a oportunidade de participar em consultas de saúde infantil, como foi referido anteriormente. Durante as consultas, para além de ter contribuído com a realização de ensinamentos relativamente à prevenção de acidentes infantis, realizei a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças (com recurso à escala de Mary Sheridan), abordei os temas de conversa preconizados no boletim de saúde infantil adequados a cada idade (DGS, 2016) e colaborei na administração das vacinas e nos respetivos registos nos boletins de saúde infantil e de vacinas, mobilizando as competências de EESIP “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018) em que revelei conhecimentos (E3.1.1.), avaliei o crescimento e desenvolvimento (E3.1.2.) e transmiti orientações antecipatórias à família (E3.1.3.) durante as consultas de saúde infantil (OE, 2018).

Desta experiência, identifiquei a ausência da utilização de estratégias não-farmacológicas durante a vacinação, verificando uma oportunidade de contribuir para a melhoria contínua da prática de Enfermagem. Assim, a minha intervenção envolveu a sensibilização da equipa de Enfermeiras que realizava consultas de saúde infantil na USF, sobre a temática, partilhando os contributos da evidência científica e disponibilizando o Guia Orientador de Boa Prática da OE “Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança” (OE, 2013), permitindo-me desenvolver a competência de EESIP “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018). Considerei necessário refletir sobre esta situação e sobre a minha intervenção, tendo realizado uma reflexão crítica (ver Apêndice XXX), prática sugerida por vários autores na otimização da construção do saber e do desenvolvimento pessoal e profissional (Alarcão, 2001; Pires et al., 2021; Santos, 2009).

No âmbito da prestação de cuidados a crianças com necessidades de saúde especiais, tive a oportunidade de acompanhar uma Enfermeira na realização de visitas domiciliárias de crianças sinalizadas ao núcleo de apoio a crianças e jovens em risco

(NACJR), participei em sessões de avaliação e intervenção precoce com crianças com risco e/ou com atraso de desenvolvimento e elaborei 3 planos de saúde individuais de crianças (ver Apêndice XXXI) com patologias que requerem cuidados especiais, com vista a promover a capacitação dos Profissionais Escolares na prestação de cuidados e administração de terapêutica necessária. Estas atividades permitiram o desenvolvimento das competências de EESIP “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018), avaliando a estrutura e o contexto familiar (E1.1.6.), intervindo em programas no âmbito da saúde escolar (E1.1.8.) e apoiando a inclusão de crianças com necessidades de saúde especiais (E1.1.9.) (OE, 2018). Identifiquei ainda, a necessidade de promover momentos de reflexão conjunta com a equipa de Enfermagem sobre alguns projetos e atividades da UCC, com os quais não tive oportunidade de contactar diretamente, mas sobre os quais tinha interesse em conhecer a dinâmica e o âmbito da intervenção do EESIP, nomeadamente o NACJR e a comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ). Atendendo ao percurso descrito, considero ter cumprido este objetivo e conseqüentemente ter dado resposta à necessidade identificada no diagnóstico de situação.

Terminei este último estágio com uma enorme sensação de satisfação e de missão cumprida. Foi um momento desafiante, principalmente na gestão de expectativas, com necessidade de adaptar o plano de atividades à realidade complexa e difícil do ano vivido em pandemia. No entanto, considero ter aproveitado todas as oportunidades de aprendizagem que me permitiram compreender a importância da intervenção do EESIP nos cuidados de saúde na comunidade. O percurso desenvolvido para atingir os objetivos propostos proporcionou-me o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências de EESIP, essenciais para obtenção deste título e para prestar cuidados enquanto futura Enfermeira Especialista.

## CONCLUSÃO

Termino este percurso formativo e tão enriquecedor de desenvolvimento pessoal e profissional com uma enorme sensação de missão cumprida. Considero, ao longo de todo o Mestrado, ter revelado empenho, dedicação, flexibilidade e capacidade de adaptação, disponibilidade e interesse em beneficiar de todas as situações, mesmo as menos positivas, para aprender e desenvolver novas competências e habilidades. Foi um período extremamente exigente, principalmente neste ano tão atípico devido à pandemia do covid-19, que criou várias adversidades, obstáculos e limitações, essencialmente ao nível das atividades nos campos de estágio, mas também devido à sobrecarga emocional e laboral, que exigiu de mim um esforço indescritível. No entanto, o balanço final é bastante positivo, tendo superado os obstáculos e adaptado as atividades às possibilidades e oportunidades de cada contexto, de forma a atingir os objetivos propostos.

Tendo em conta a síntese e a análise das atividades realizadas ao longo dos estágios, mencionadas e descritas no presente relatório, considero ter cumprido os objetivos gerais de aprendizagem que foram definidos, tendo desenvolvido competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da prevenção de acidentes e na prestação de cuidados à criança e à família, em situações de especial complexidade.

Importa ainda referir a participação no III Seminário do Mestrado em Enfermagem, com um segundo Poster “O Impacto das Tecnologias no Desenvolvimento Infantil” (ver Apêndice XXXII), que foi aprovado baseado no resumo (ver Apêndice XXXIII), e comprovada a participação através da entrega de um certificado (ver Anexo II). Tanto a elaboração dos Posters como o percurso metodológico das *Scoping Reviews*, permitiram analisar e aprofundar temáticas empíricas para a prática de Enfermagem, mobilizando e divulgando os resultados da evidência científica, contribuindo assim para a melhoria contínua da prática clínica.

A utilização e aplicação de um Modelo Teórico de Enfermagem permitiu orientar e fundamentar as intervenções ao longo de todos os estágios, principalmente na área da

promoção da segurança infantil, objetivando a mudança de comportamentos de risco para a adoção de comportamentos seguros e implementação de medidas de prevenção de acidentes, adaptadas ao contexto, estrutura e características de cada família.

A experiência adquirida nos quatro contextos permitiu identificar o contributo tão importante da intervenção do EESIP na prestação de cuidados à criança e família, especialmente na capacidade de dar resposta a situações complexas, mobilizando recursos para atender às suas necessidades, maximizando a sua saúde, o seu crescimento e o seu desenvolvimento. Tem, de igual forma, conhecimentos e competências que lhe permite uma intervenção especializada na gestão da equipa de saúde, gestão de situações complexas e inesperadas que surgem no contexto de trabalho, organização e supervisão da prestação de cuidados, sendo que é um elemento ativo na promoção do envolvimento dos pais e cuidadores no plano de cuidados, promoção da partilha de conhecimentos e de desenvolvimento profissional dos elementos com menos experiência, fomenta a prática baseada na evidência, promove discussões críticas e implementam ações de melhoria e, por fim, promove e motiva a prestação de cuidados humanizados, visando a excelência da qualidade dos cuidados.

Assim, e com base no percurso espelhado ao longo do presente relatório, considero ter assistido “a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde”, cuidado “da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e prestado “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, concluindo assim que estou preparada para assumir a responsabilidade e a prestação de cuidados enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acar, E., Dursun, O. B., Esin, I. S., Ögütlü, H., Özcan, H., & Mutlu, M. (2015). Unintentional Injuries in Preschool Age Children: Is There a Correlation With Parenting Style and Parental Attention Deficit and Hyperactivity Symptoms. *Medicine*, 94(32), e1378.

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência* (6), 53-59.

Almeida, C., & Lopes, C. (2019). *Literacia em Saúde na Prática*. Lisboa: ISPA.

Almeida, C., Silva, C., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., et al. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Altimier, L. B. (Junho de 2015). Neuroprotective Core Measure 1: The Healing NICU Environment. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 91-96.

Alto Comissariado da Saúde. (2011). *Plano de Acção Para a Segurança Infantil 2012-2016*. Lisboa: APSI.

Alves, C. (23 de 05 de 2016). *Prevenir os acidentes na criança e no adolescente*. Obtido em 23 de Setembro de 2020, de Metis:

[http://metis.med.up.pt/index.php/Prevenir\\_os\\_acidentes\\_na\\_crian%C3%A7a\\_e\\_no\\_adolescente](http://metis.med.up.pt/index.php/Prevenir_os_acidentes_na_crian%C3%A7a_e_no_adolescente)

Amann, G., Monteiro, H., & Leal, P. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Amulya, J. (2011). *What is Reflective Practice?* Obtido de Community Science: <https://www.communityscience.com/images/file/What%20is%20Reflective%20Practice.Pdf>

APSI. (2014). *Quedas Com Crianças e Adolescentes*. Obtido de APSI: [https://www.apsi.org.pt/images/PDF/InfoQuedas\\_site-verimpresao.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/PDF/InfoQuedas_site-verimpresao.pdf)

APSI. (2015). *Campanha de Prevenção de Atropelamentos de Crianças*. Obtido de APSI: <https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Noticias/Atropelamentos/RelatorioFinalAtropelamentos2015.pdf>

APSI. (2017). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal*.

APSI. (2018). *Segurança um direito de todos*. Obtido de APSI associação para a promoção da segurança infantil: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoes/campanhas-e-acoes/26-projecto-seguranca-um-direito-de-todos>

APSI. (2020). *Checklist Para os Pais Prevenirem os Acidentes*. Obtido de APSI: <http://apsi.org.pt/images/Documentos/Checklist-Para-Pais.pdf>

Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal*.

Ávila, R. F., Naro, H. M., & Méndez, N. G. (2012). La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico cuando este va a someterse a cirugía ambulatoria. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 59 (2), 83-90.

Barcelos, R. S., Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J., Barros, F. C., França, G. V., et al. (2017). Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (2).

Borges, D. (2015). *A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

- Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança* (Vol. 13a edição). (M. Peixoto, Trad.) Barcarena, Portugal: Editorial Presença.
- Brenner, R. A., Overpeck, M. D., Trumble, A. C., DerSimonian, R., & Berendes, H. (1999). Deaths Attributable to Injuries in Infants, United States, 1983–1991 . *Pediatrics* , 103 (5).
- Brito, M. A., Melo, A. M., Veras, I. C., Oliveira, C. M., Bezerra, M. A., & Rocha, S. S. (2017). Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos . *Revista Gaúcha de Enfermagem* , 38 (3).
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca* , 15 (1).
- Carvalho, A. I. (2016). *A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Protect the Ones You Love: Child Injuries are Preventable*. Obtido a 7 de Janeiro de 2021, de Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/safecild/index.html>
- Child Accident Prevention Trust. (2009). *Accidents and Child Development*. London: Child Accident Prevention Trust.
- Child Accident Prevention Trust. (2020). *Accidents can be prevented - suffocation*. Obtido em 23 de Julho de 2020, de CAPT: <https://www.capt.org.uk/suffocation-prevention>
- Child Accident Prevention Trust. (2020). *Ages and stages*. Obtido de Child Accident Prevention Trust: <https://www.capt.org.uk/ages-and-stages>
- Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2014). *EVITA Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: Relatório 2009-2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Cooper, C. N. (2007). Development of an Evidence-based Pediatric Fall Prevention Program. *Journal of Nursing Care Quality* , 22 (2).

Cordeiro, M. (2009). *O Livro da Criança do 1 aos 5 Anos* (Vol. 4a edição). Lisboa: A Esfera dos Livros.

Cummings, P., Theis, M. K., Mueller, B. A., & Rivara, F. P. (1994). Infant Injury Death in Washington State 1981 Through 1990. *Arch Pediatrics* , 148.

Davey, M., Callinan, S., & Nertney, L. (2019). Identifying Risk Factors Associated with Fatal Drowning Accidents in the Paediatric Population: A Review of International Evidence . *II* (11).

Dedoukou, X., Spyridopoulos, T., Kedikoglou, S., Alexe, D. M., Dessypris, N., & Petridou, E. (2004). Incidence and Risk Factors of Fall Injuries Among Infants . *Arch Pediatrics*.

DGS. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação* (Vol. 2.a edição). Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

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

DGS. (2016). *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/boletim-de-saude-infantil.aspx>

DGS. (2016). *Plano Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Dias, D. F. (2019). *Crianças com diabetes mellitus tipo 1: Conhecimentos dos pais e elementos de referência na gestão do regime terapêutico com perfusão subcutânea contínua de insulina*. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Dicionário de Língua Portuguesa Priberam. (2013). *Dicionário de Língua Portuguesa Priberam*. Obtido em 22 de Junho de 2020, de <https://dicionario.priberam.org/acidente>

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. (2019). *Plano de Ação Para a Literacia em Saúde*. Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*.

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

Direção Geral da Saúde. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação* (Vol. 2.ª edição). Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral do Ensino Superior. (2011). *O QUADRO DE QUALIFICAÇÕES DO*

*ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL* . DGES.

Domingo, A. J., García, E. R., Pardillo, R. M., Constanti, V. A., Haiek, L. A., Arola, M. S., et al. (2016). Epidemiología y factores de riesgo de las lesiones por caídas en niños menores de un año . *Anales de Pediatría* .

Estudantes, 7. C., Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* (15).

European Child Safety Alliance. (2012). *Perfil de Segurança Infantil do País*. APSI.

Fagulha, A., Santos, I., & Mellitus, G. d. (2004). Controlo Glicémico e Tratamento da Diabetes Tipo 1 da Criança e Adolescente em Portugal. *Acta Médica Portuguesa* 2004 , 17, 173-179.

Ferreira, C. I. (2015). *GESTÃO EM ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO EM SERVIÇO: TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E PADRÕES DE QUALIDADE*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M., & Estudantes, 7. C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* (15).

Garzon, D. L. (2005). Contributing Factors to Preschool Unintentional Injury . *Journal of Pediatric Nursing* , 20 (6).

Goes, A. R. (Novembro de 2019). Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções . *Saúde & Tecnologia* , 22, pp. 08-12.

Harris, M. J., & Kotch, J. B. (1994). Unintentional Infant Injuries: Sociodemographic and Psychosocial Factors . *Public Health Nursing* , 11 (2), 90-97.

Heerman, W. J.-B. (2014). Health literacy and injury prevention behaviors among caregivers of infants. *American journal of preventive medicine* , 45 (5), pp. 449–456.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9a edição ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora.

Holder, Y., Peden, M., Krug, E., Lund, J., Gururaj, G., & Kobusingye, O. (2004). *Manual de Vigilância das Lesões*. São Paulo: Organização Mundial de Saúde.

Howe, L. D., Huttly, S. R., & Abramsky, T. (2006). Risk factors for injuries in young children in four developing countries: the Young Lives Study . *Tropical Medicine and International Health* , 11 (10), 1557-1566.

Hyrkäs, K., Tarkka, M. T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Teacher candidates' reflective teaching and learning in a hospital setting - changing the pattern of practical training: a challenge to growing into teacherhood. *Journal of advanced nursing* , 33 (4), 503-511.

Joanna Briggs Institute. (2020). *Appendix 11.1 JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument*. Obtido em 29 de June de 2020, de JBI: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Appendix+11.1+JBI+template+source+of+evidence+details%2C+characteristics+and+results+extraction+instrument>

Kendrick, D., Maula, A., Reading, R., Hindmarch, P., Coupland, C., Watson, M., et al. (2015). Risk and Protective Factors for Falls From Furniture in Young Children Multicenter Case-Control Study . *JAMA Pediatrics* , 169 (2), 145-153.

Khan, S., Tauheed, N., Nawab, S., Afzal, S., & Khalique, N. (2019). Domestic accidents among under-5 year children: a study on the modern day epidemic . *International Journal of Community Medicine and Public Health* , 6 (4), 1529-1535 .

MacKay, M., & Vincenten, J. (2012). *Child Safety Report Card 2012 - Portugal*. Birmingham: European Child Safety Alliance.

Mueller, B. U., Neuspiel, D. R., Fisher, E. R., & Safety, C. O. (2019). Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care . *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics* , 143 (2).

Neto, M., & Rodrigues, E. (2015). Em casa ou no lazer o acidente pode acontecer: resultados preliminares do sistema EVITA apurados para o período 2010-2014. 2 (13).

Nouhjah, S., Kalhori, S. R., & Saki, A. (8 de Janeiro de 2017). Risk factors of Non-fatal Unintentional Home Injuries among Children under 5 Years Old; a Population-Based Study . *Emergency* , 5 (1).

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE* , 1 (3), p. 69.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 48.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2017*. International Council of Nurses. Artmed Editora S.A.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Diário da República, 2.a série — N.o 26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Dia Internacional da Literacia*. Obtido em 22 de 03 de 2021, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dia-internacional-da-literacia/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 26 .
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República.
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano* (Vol. 12ª edição). (A. E. Ltda., Ed., C. Monteiro, & M. C. Silva, Trads.) Portalegre, Brasil: Artmed.
- Passos, D. A., & Santos, W. L. (2016). O enfermeiro como educador para a prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância. *Rev. Cient. Sena Aires* , 5 (2), 124-135.
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, et al. (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva: World Health Organization.
- Peck, M. D. (2011). Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors . *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries* , 37 (7), 1087–1100.

- Pena, I. C. (2016). *Preparação Pré-Operatória da Criança em Idade Escolar para Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa: ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7ª edição ed.). Pearson Education, Inc.
- Pereirinha, R. I. (2017). *A Aplasia Medular da Pessoa com Doença HematoOncológica – Intervenção do Enfermeiro na Gestão da Transição*. Lisboa: ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Peres, A. M., Freitas, L., Calixto, R., Rieira, J. R., & Quiles, A. (2013). Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, III (10), 153-160.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Estratégias de Supervisão Clínica: Análise Crítico-Reflexiva das Práticas. *Millenium*, 2 (14), 47-55.
- Ramos, A. L. (2012). *Construção de um Instrumento de Medição de Risco de Lesão Não Intencional em Ambiente Doméstico/Familiar, em Crianças Até Aos Quatro Anos*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Ramos, A. L., & Nunes, R. M. (2014). Criança em ambiente doméstico/ familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1), pp. 45-54.
- Ramos, C. L., Barros, H. M., Stein, A. T., & Costa, J. S. (2010). Risk factors contributing to childhood poisoning. *Jornal de Pediatria*, 86 (5), 435-440.
- Ramos, T. (2017). *Prevenção de acidentes domésticos na criança: comportamento parental*. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Reading, R., Jones, A., Haynes, R., Daras, K., & Elmond, A. (2008). Individual factors explain neighbourhood variations in accidents to children under 5 years of age. *Social science & medicine*, 67 (6), 915–927.
- Santos, E. M. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Universidade de Aveiro.

- Santos, M. I., Coelho, I., Rosário, F., Machado, P., Nery, L., Ribeiro, J., et al. (2011). Referenciação aos cuidados de saúde secundários em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* , 27 (5), 422-432.
- Schmertmann, M., Williamson, A., Black, D., & Wilson, L. (2013). Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1–3 years in NSW Australia: a case–control study . *BMS Pediatrics* , 13 (88).
- Silva, M. F. (14 de Fevereiro de 2017). Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância . *Journal of Human Growth and Development* , 27 (1).
- Silva, M. F., Fontinele, D. R., Oliveira, A. V., Bezerra, M. A., & Rocha, S. S. (2017). Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância . *Journal of Human Growth and Development* , 27 (1), 10-18.
- Silvestre, M. (2012). *Integração de Enfermeiros em instituições hospitalares: estudo de caso*. Universidade de Aveiro. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). *Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente (SMSL)*. Obtido em 23 de Julho de 2020, de SPP: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?Idn=116&ID=132&op=2>
- Sousa, A. (2015). *Cuidar da Criança/Família em Processo de Doença Aguda: A Comunicação Como Intervenção Terapêutica de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Tapadas, C. S. (2018). *Promoção da segurança infantil: prevenção de acidentes domésticos e de lazer em crianças dos 0 aos 4 anos de idade* . Évora: Universidade de Évora.
- UNICEF. (1989). The United Nations Convention on the Rights of the Child.
- UNICEF. (2020). *Sobrevivência e Desenvolvimento*. Obtido de UNICEF Portugal para todas as crianças: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/%C3%A1reas-de-actuacao/sobrevivencia/>
- Weber, F. S. (2010). A influência da atividade lúdica sobre a ansiedade da criança durante o período pré-operatório no centro cirúrgico ambulatorial. *Jornal de Pediatria* , 86 (3), 209-214.

Wicklund, K., Moss, S., & Frost, F. (1984). Effects of Maternal Education, Age, and Parity on Fatal Infant Accidents . *Public Health Briefs* , 74 (10).

World Health Organization. (2009). *Glossary of Patient Safety Concepts and References*.

Obtido em 28 de Junho de 2020, de [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_technical\\_annex2.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_technical_annex2.pdf)

World Health Organization. (2010). *Unintentional Child Injuries: Children's Health and the Environment*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (s.d.). *Violence and Injury Prevention*. Obtido em 28 de Junho de 2020, de World Health Organization: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/en/)

Yin, H. S. (2009). The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics* , 124 (Suppl 3), pp. S289–S298.

# **APÊNDICES**



**APÊNDICE I – Tabela de Extração de Dados  
da *Scoping Review***

<b>Título Autores Ano de publicação País</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Método</b>	<b>População/ Amostra</b>	<b>Fatores de risco</b>	<b>Principais conclusões</b>
A1 Deaths Attributable to Injuries in Infants, United States Ruth Brenner, Mary Overpeck, Ann Trumble, Rebecca DerSimonian, Heinz Berendes Maio 1999 Estados Unidos	Descrever os fatores de risco de lesões resultando em óbito, em crianças com menores 1 ano de idade.	Analisada base de dados americana da relação nascimentos/ mortalidade infantil entre os anos 1983- 1991.	10370 mortes de crianças menores de 1 ano por lesões, no período de 9 anos (EUA).	<u>Asfixia por ingestão de corpo estranho</u> Crianças cujas Mães tiveram uma gravidez não vigilada e sem cuidados pré- natais; partos anteriores; idade jovem da Mãe. <u>Acidentes viação</u> Mães Native American. <u>Queimaduras</u> Crianças cujas Mães tiveram uma gravidez não vigilada e sem cuidados pré- natais; Mães com < 12 anos de escolaridade; Mães de raça negra; Mães Native American; 2º filho ou >. <u>Afogamento</u> Crianças cujas Mães tiveram uma gravidez não vigilada e sem cuidados pré- natais; Mãe Native American; Mães com < 20 anos de idade; > 1 filho; Mãe solteira.	Idade materna < 20 anos; escolaridade inferior ao 9º ano; raça Americana Nativa; 2 ou > filhos.
A2 Unintentional Infant Injuries: Sociodemograp hic and Psychosocial Factors Mary Harris, Jonathan Kotch Abril 1994 Estados Unidos	Identificar fatores de risco, nomeadamente sociodemográfi cos e psicossociais, de lesões não intencionais em crianças, em ambiente doméstico; verificar se apoio social	Estudo prospetivo em 2 momentos: 6-8 semanas depois de bebés saírem da maternidade e 1 ano depois. Recolha de dados através de entrevistas às mães.	367 mães entrevistad as em ambas as fases, com 132 crianças lesionadas (EUA).	<u>Sociodemográfico</u> ; Mães desempregadas; 1 ou 2 filhos. <u>Psicossocial</u> Mães sob stress; Mães com síndromes depressivas; Conflitos familiares. Mães com menor apoio social;	A ocorrência de lesões não intencionais em crianças foi superior em Mães com baixo rendimento económico. A principal conclusão deste estudo foi a identificação da

	tem impacto no stress materno e lesões infantis.			Mães com menor apoio espiritual.	relação estatisticamente relevante entre o conflito familiar e as lesões não intencionais infantis, quanto mais conflito, mais crianças lesionadas. A segunda grande conclusão deste estudo foi que quanto maior apoio social a família tiver, menor a incidência de acidentes infantis.
A3 Effects of Maternal Education, Age and Parity of Fatal Infant Accidents Kristine Wicklund, Sheila Moss, Floyd Frost 1984 Estados Unidos	Examinar a relação entre fatores parentais e o risco de acidente resultando em óbito.	Análise de base de dados americana da relação nascimentos/mortalidade entre 1968 e 1980	Crianças mortas (EUA). Estudo não refere mais detalhes.	Raça negra; Escolaridade materna inferior (< 9º ano/menos do que 8 anos de estudos); Mãe jovem; Número de filhos (mais filhos, maior o risco de lesão);	Análise de dados revela que a baixa escolaridade, idade jovem materna e > número de filhos são fatores de risco para morte infantil por lesão acidental.
A4 Epidemiología y factores de riesgo de las lesiones por caídas en niños menores de un año A. Jiménez de Domingo*, E. Rubio García, R. Marañón Pardo, V. Arias Constantib, L.A. Frontado Haieck, M. Soriano Arolad, F. Ripoll	Descrever as características epidemiológicas das quedas em crianças < 1 ano de idade e analisar os fatores de risco associados.	Estudo multicêntrico, observacional e transversal de crianças menores de 1 ano que recorreram às urgências de 8 hospitais em Espanha, em consequência de quedas, entre 1 de Março de 2014 e 28 Fevereiro 2015	1022 crianças que correspondem em ao grupo descrito no método (Espanha).	Sexo masculino; 9-12 meses de idade; utilização de dispositivos infantis; crianças que ficam sozinhas em cima de superfícies elevadas.	Conclusões deste estudo são que as quedas têm maior incidência em crianças com 9-12 meses, no domicílio, e de dispositivos infantis.

Oliverase, C. Remón García, G. Estopin a Ferrerg y J. Lorente Romero Dezembro 2015 Espanha					
A5 Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos Mychelangelo de Assis Britoa Anastacia Maria Nunes Melo Iara de Carvalho Verasa Celia Maria Soares de Oliveirab Maria Augusta Rocha Bezerraa Silvana Santiago da Rochac 2017 Brasil	Analisar os fatores de risco no ambiente doméstico para a ocorrência de quedas em crianças menores de cinco anos.	Estudo transversal realizado entre Maio e Junho de 2016. Utilizado formulário referente a questões socioeconómicas e uma check-list para observação do ambiente.	344 cuidadores de crianças menores de 5 anos de idade (Brasil).	Rede alta; Escadas ou degraus sem corrimão; Brinquedos, móveis, caixas e outros objetos no caminho de passagem, famílias numerosas (> 4 membros), desemprego parental.	Os fatores de risco identificados no ambiente doméstico foram utilização de redes altas, presença de degrau ou escadas sem corrimão, saídas e passagens obstruídas. A altura do dia mais predominante foi à tarde e o local onde ocorreram mais quedas foi na sala e no quintal. Ambiente domiciliar propicia a ocorrência das quedas e isso exige que os cuidadores tomem conhecimento dos riscos para poder prevenir.
A6 Risk factors contributing to childhood poisoning Carla Luiza Job Ramos1, Helena Maria Tannhauser Barros2, Airton Tetelbom	Identificar se a falta de conhecimento dos agentes tóxicos nos domicílios é fator de risco para a ocorrência de acidentes na infância.	Estudo de controlo de casos; aplicados questionários.	25 cuidadores de crianças menores de 60 meses que sofreram evento tóxico acidental oral (em	Idade média de ocorrência entre 1- 2 anos; famílias com menor apoio social; famílias com mais de um filho; distração dos cuidadores; armazenamento inadequado de produtos tóxicos	A eliminação do fator distração dos cuidados e armazenamento dos agentes tóxicos em superfícies inferiores em altura aos 150cm,

Stein3, Juvenal Soares Dias da Costa4 Agosto 2010 Brasil			cada grupo, de caso e de controle) (Brasil)	(menos de 150cm de altura);	representam uma prevenção de 12 a 19% de eventos tóxicos em crianças dos 0 aos 4 anos.
A7 Criança em ambiente doméstico/ familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional Ana Lúcia Caeiro Ramos*; Lucília Rosa Mateus Nunes 2014 Portugal	Identificar os fatores considerados relevantes na influência do risco de lesão não intencional em ambiente doméstico em crianças até aos 4 anos.	Painel de 15 a 23 peritos multidisciplina res com recurso à técnica Delphi.	Crianças até aos 4 anos (Portugal).	<u>Este foi todo refeito Criança</u> Idade (até 4 anos) e desenvolvimento da criança; algum tipo de incapacidade, epilepsia, perturbação de hiperatividade e défice de atenção. <u>Cuidador principal/ Família</u> Supervisão inadequada dos cuidadores Mãe jovem; consumo frequente de álcool e outras substâncias; menores habilitações literárias, nível socioeconómico mais baixo; residência em áreas mais desfavoráveis <u>Ambiente</u> Riscos existentes na habitação; ausência de equipamentos de proteção <u>Comportamentos de risco</u> Incapacidade de perceção e identificação de riscos presentes no ambiente por parte dos cuidadores.	De acordo com os peritos, a dimensão de maior relevância é a dos comportamento s de risco. O painel de Delphi levou à consolidação dos fatores envolvidos no risco de lesão por acidente em crianças dos 0- 4 anos.
A8 Incidence and risk factors of burn injuries among infants, Finland 1990– 2010	Estudar a incidência, mecanismos, tratamento e fatores de risco de queimaduras em crianças < 1	Utilizadas 3 bases de dados: crianças queimadas entre 1990 e 2011,	1842 crianças menores de 1 ano (Finlândia).	Sexo masculino da criança; Primeiros filhos; Mães jovens < 25 anos; Situação socioeconómica baixa.	Identificou-se que primeiros filhos rapazes de Mães jovens, de status socioeconómico baixo têm

Elina Laitakari a,*, Virve Koljonen b, Risto Rintala a, Sari Pyörälä a, Mika Gissler Maio 2014 Finlândia	ano de idade.	nascimentos e fatores relacionados com a mãe e mortalidade infantil por lesão.			maior risco de lesões infantis por queimadura.
A9 Incidence and Risk Factors of Fall Injuries Among Infants Xanthi Dedoukou, MD; Themis Spyridopoulos, MD; Simon Kedikoglou, MD; Delia Marina Alexe, MD; Nick Dessypris, MSc; Eleni Petridou, MD, MPH 2004 Grécia	Avaliar a incidência de quedas em crianças com < 1 ano de idade, associadas a dispositivos infantis.	Utilizada base de dados sobre lesões. Questionário aplicado pessoalmente a cuidadores de crianças.	2672 crianças menores de 1 ano lesionadas por quedas. (Grécia).	8-11 meses de idade; sexo masculino; Utilização de andarilhos; Utilização de carrinhos de transporte e troca-fraldas.	1/3 das quedas registadas na Grécia durante o período do estudo estiveram associadas à utilização de dispositivos infantis como andarilhos e troca-fraldas; outro 1/3 está associado a mobília da casa, implicando que é desadequada para crianças ou que há supervisão parental insuficiente.
A10 Infant and toddler drowning in Australia: Patterns, risk factors and prevention recommendations Fellon J Gaida1 and James E Gaida2 2016 Australia	Analisar os afogamentos em crianças dos 0-4 anos na Austrália e identificar padrões e fatores de risco.	Revisão literatura	20 crianças entre 0 e 4 anos que sofreram afogamentos (Austrália).	Crianças com idades 0-4, especialmente nos primeiros 2 anos de vida; fatores fisiológicos das crianças com < 4 anos relacionados com a pobre musculatura e falta de equilíbrio; sexo masculino; presença de piscina em casa; status socioeconómico baixo; Rendimento parental baixo; Escolaridade materna baixa; Idade materna > 30 anos (maior probabilidade de terem mais filhos e a atenção e supervisão durante o contacto com a	Recomenda-se que o governo se encarregue financeiramente de instalar cercas protetoras à volta das piscinas, criação de campanhas de sensibilização sobre a legislação de segurança com piscinas, obrigatoriedade de obter um curso de suporte básico de vida para Pais e cuidadores com piscinas em casa, sensibilização

				<p>água estar comprometida); Pais imigrantes; épocas de verão/ temperaturas elevadas; fins de semana, feriados e férias; entre as 16h-18h e durante refeições (Pais distraídos); crianças com patologias cardíacas, epilepsia, autismo.</p>	<p>parental sobre a importância de supervisionar as crianças durante o contacto com a água.</p>
<p>All Infant Injury Death in Washington State, 1981 through 1990 Peter Cummins, Beth Mueller 1994 Estados Unidos</p>	<p>Medir o rácio anual de morte infantil por lesões e identificar potenciais fatores de risco.</p>	<p>Estudo de controlo de casos baseado na população utilizando um ficheiro ligado de certidões de nascimento e óbito entre os anos de 1981 a 1990.</p>	<p>207 crianças até 1 ano de idade, vítimas de acidentes mortais (EUA).</p>	<p>Sexo masculino; baixo peso à nascença; baixo score de Apgar à nascença; Mães jovens com &lt; 20 anos; 2 ou &gt; filhos; cuidados pré-natais tardios; Mães solteiras; Mães fumadoras; condições precárias de habitação; habitar em zonas rurais; raça negra e/ou Native American;</p>	<p>Os fatores de risco identificados neste estudo estão maioritariamente e associados com o comportamento materno e com o ambiente que rodeia a família. Parece pouco provável que o facto da Mãe ser fumadora ou não ter tido cuidados pré-natais aumentem o risco da criança ser vítima de um acidente. É mais provável que indiquem outros comportamentos parentais e circunstâncias de habitação que aumentem o risco de lesões infantis. Conclui-se que a idade jovem materna e Mães com partos/filhos anteriores estão altamente</p>

					relacionados com acidentes infantis.
A12 Identifying Risk Factors Associated with Fatal Drowning Accidents in the Paediatric Population: A Review of International Evidence Martin Davey, Sean Callinan, and Leona Nertney 2019 Irlanda	Rever a evidência internacional sobre os fatores de risco associados a afogamentos na população pediátrica e guidelines existentes.	Revisão estruturada de várias bases de dados.	Crianças entre 0-18 anos, sendo possível analisar fatores de risco por faixas etárias (Irlanda).	<u>Ambiente</u> Supervisão desadequada por parte dos adultos, durante o contacto com água. <u>Co-morbilidades</u> Crianças com epilepsia, patologias que causam atraso do desenvolvimento e autismo. <u>Dados demográficos</u> Sexo masculino; crianças com idades 1-4 anos. <u>Natação</u> Crianças com < 4 anos não têm competências motoras para	Na Irlanda, os afogamentos são atualmente a segunda causa de morte acidental na população Pediátrica. Os principais fatores de risco identificados foram o sexo e certas faixas etárias. Há poucas guidelines específicas para prevenir afogamentos na idade pediátrica.
A13 Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1–3 years in NSW Australia: a case–control study Marcia Schmertmann1*, Ann Williamson2, Deborah Black3 and Leigh Wilson 2013 Australia	Investigar fatores de risco associados a intoxicações acidentais em crianças com idades entre os 1-3 anos de vida.	Estudo de controlo de casos em 4 grupos de crianças e mães, às quais foram aplicados vários questionários.	123 crianças com idades entre 1 e 3 anos (Austrália).	Controlo maternal positivo; Pouco rigor no cumprimento de regras estabelecidas pelos pais; Pouco stress parental relacionado com a parentalidade/cuidados às crianças (“pais relaxados”); Pouca supervisão parental (intoxicações deste estudo ocorreram quando os pais estavam noutra divisão da casa); Alto stress psicológico parental; Mães medicadas com antidepressivos e calmantes; Tóxicos arrumados em locais acessíveis (altura menos de 1.4 metros);	Este estudo indica que o controlo maternal, o lugar onde os tóxicos são arrumados, o stress parental e os distúrbios psicológicos são fatores de risco que contribuem para as intoxicações infantis.

<p>A14 Contributing Factors to Preschool Unintentional Injury Dawn Lee Garzon 2005 Estados Unidos</p>	<p>Discussão de fatores de risco potenciadores de lesões acidentais em crianças pré- escolares com recurso a teorias epidemiológica s e ao modelo “health belief”.</p>	<p>Discussão baseada na combinação da teoria em epidemiologia e o <i>Health Belief Model</i>.</p>	<p>Crianças com idades entre 1 e 5 anos (EUA).</p>	<p><u>Fatores Agentes</u> Velocidade dos carros; objetos e brinquedos pontagudos; temperatura do fogo; velocidade de uma bala saída e de uma arma; efeito da gravidade durante uma queda; puxadores de cortinas e estores; janelas mal fechadas e/ou objetos altos que não estejam protegidos. <u>Fatores Ambientais</u> Status socioeconômico baixo; viver num sítio/ zona residência com muito movimento de veículos/ com trânsito intenso; ausência de locais seguros para as crianças brincarem; acesso a serviços de urgência pediátricos <del>emergentes</del>; escadas inseguras (corrimão); corredores com pouca iluminação; aglomerações de pessoas; contaminações por chumbo; ausência de equipamento antifogo; tipo de trabalho parental e hobbies; supervisão parental; capacidade parental apropriada. <u>Fatores infantis</u> Competências motoras ainda em</p>	<p>Conhecer os fatores que contribuem para os acidentes infantis permite desenvolver e delinear intervenções de Enfermagem no sentido de minimizá-los.</p>
---	--	---	--	---	--

				desenvolvimento; tamanho e peso da cabeça das crianças (aumenta a probabilidade de cair de cabeça e de não se conseguir levantar, p.exemplo, numa poça com uns cm de água); Via aérea mais estreita (aumenta a possibilidade de asfixia com objetos pequenos); processo de ossificação imaturo; estadio de desenvolvimento cognitivo incapaz de identificar o perigo.	
A15 Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors Michael D. Peck Junho 2011 Estados Unidos	Revisão da epidemiologia e fatores de risco de queimaduras a nível mundial.	Artigo de revisão. Sumário dos dados disponíveis de países de alto e baixo rendimento.	Dados mundiais de todas as faixas etárias. Extraída informação relativamente a crianças entre os 0-4 anos de idade (mundo).	Crianças com < 4 anos; sexo masculino; raça caucasiana; viver em zonas mais pobres; Mães que não terminaram o secundário; crianças cujas mães têm 3 filhos ou >; Mães com < 20 anos de idade; estadio de desenvolvimento cognitivo incapaz de identificar o perigo e adotar comportamentos de prevenção (da criança?).	A prevenção de queimaduras é uma prioridade. Em alguns países, há falta de conhecimento dos fatores de risco que potenciam as lesões e mortes por queimadura. É necessário realizar mais estudos epidemiológicos, informar sobre os fatores de risco e criar programas e projetos de prevenção de queimaduras.
A16 Risk and Protective Factors for Falls From Furniture in Young Children Denise	Associar fatores de risco e fatores de proteção de quedas de mobília em crianças com idades entre os 0-4 anos.	Estudo de controlo de casos.	672 crianças vítimas de quedas de mobílias e 2648 crianças do grupo de controlo,	Ausência de utilização de cancelas protetoras; deixar as crianças em cima de superfícies altas; trocar a fralda em superfícies altas;	De acordo com este estudo, algumas quedas de mobília podem ser evitadas através da inclusão de ensinamentos relacionados

<p>Kendrick, DM; Asiya Maula, MPH; Richard Reading, MD; Paul Hindmarch, MA; Carol Coupland, PhD; Michael Watson, PhD; Mike Hayes, PhD; Toity Deave 2015 Reino Unido (Gui, estava errado)</p>			<p>com idades entre 0 e 4 anos. (Reino Unido).</p>	<p>colocar cadeira de transporte ou espreguiçadeira em cima de superfícies altas; permitir que as crianças subam ou brinquem em cima de superfícies altas; falta de ensino ou de regras sobre as crianças subirem para cima de móveis e superfícies altas.</p>	<p>com este tipo de acidentes nas consultas de vigilância de saúde infantil, avaliação domiciliar e durante outros contactos com crianças e as suas famílias.</p>
<p>A17 Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância Manalde Ferreira da Silva<sup>1</sup>, Danilo Rafael da Silva Fontinele<sup>2</sup>, Alex Vandro Silva de Oliveira<sup>3</sup>, Maria Augusta Rocha Bezerra<sup>4</sup>, Silvana Santiago da Rocha<sup>5</sup> 2017 Brasil</p>	<p>Identificar os fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância.</p>	<p>Estudo exploratório e descritivo transversal, realizado no município de Teresina-PI, no Hospital de Urgência, no período de janeiro a março de 2016.</p>	<p>21 cuidadores de crianças menores de 5 anos de idade internadas por terem sido vítimas de acidente doméstico (Brasil).</p>	<p>Idade pré-escolar (3-&lt;5 anos); Sexo masculino; Situação socioeconómica baixa; Idade jovem materna; Menores habilitações literárias dos cuidadores; Não considerar o domicílio seguro para crianças; Pais considerarem que os acidentes são normais na infância; Cuidadores não serem informados sobre prevenção de acidentes domésticos.</p>	<p>Os fatores de risco mais comuns são a idade, o sexo, a renda e o nível de escolaridade. O estudo conclui que a maioria dos cuidadores não foi informada previamente sobre prevenção de acidentes. Torna-se essencial que os Profissionais de Saúde sensibilizem e forneçam informação aos cuidadores sobre esta problemática.</p>
<p>A18 Domestic accidents among under-5 year children: a study on the modern day epidemic Samreen Khan<sup>1</sup>*, Nazia Tauheed<sup>2</sup>, Sana Nawab<sup>1</sup>, Suboohi</p>	<p>Estudar a prevalência de lesões não intencionais em crianças com &lt; 5 anos e descrever o perfil das lesões.</p>	<p>Estudo transversal. Aplicado questionário semiestruturado a mães e /ou cuidadores.</p>	<p>160 famílias com crianças menores de 5 anos de idade (Índia).</p>	<p>Sexo masculino; 3-&lt;4 anos; crianças em cima da cama/mobília alta sem supervisão; Mãe desempregada; Escolaridade materna até ao 12º ano.</p>	<p>Este estudo demonstra que a entre a situação laboral da Mãe, escolaridade, sexo da criança e idade da criança, a educação parental (Mãe) é de maior importância</p>

Afzal1, Najam Khaliq 2019 India					para prevenir os acidentes domésticos.
A19 Individual factors explain neighbourhood variations in accidents to children under 5 years of age Richard Reading a, *, Andrew Jones b, Robin Haynes b, Konstantinos Daras b, Alan Emond 2008 UK	Identificar a influência da zona de residência no risco de acidente infantil.	Utilizados dados do estudo longitudinal Avon Parents and Children cruzados com dados sociais e de desenvolvimento recolhidos através de questionário administrados aos pais e com dados censitários e geográficos.	14062 crianças menores de 5 anos de idade (Reino Unido).	<b>Nível Crianças:</b> desenvolvidas (de desenvolvimento mais avançado); Crianças com problemas de conduta e comportamento <b>Nível parental:</b> Mães jovens (<19 anos); Mães desempregadas, Raça não-caucasiana; Mães fumadoras; Mães com consumos alcoólicos frequentes; Mães com síndromes depressivas; Menor apoio social; Mães com melhores resultados escolares; Rendimentos económicos baixos; 4 ou > (+) adultos; cuidadores; situação adversa recente; stresse financeiro. <b>Nível habitacional:</b> opinião materna de problemas ambientais na zona de residência; opinião materna de residir num bairro “pobre”.	Os resultados deste estudo revelam a possibilidade da zona de residência ser um risco para os acidentes infantis, entre os outros identificados, nomeadamente Pais jovens, menos suporte social, baixo estatuto socioeconómico, vulnerabilidade financeira.
A20 Risk factors for injuries in young children in four developing countries: the Young Lives Study L. D. Howe, S.	Avaliar a ocorrência de lesões infantis em 4 países em desenvolvimento (Etiópia, Perú, Vietnam e India) e estudar potenciais	Estudo longitudinal (Young Lives); Colheita de dados através de questionário administrado por	Grupos de 2000 crianças com idades entre 6-17 meses. (Etiópia, Perú, Vietnam e India).	Pais/cuidadores com doença mental; criança com doença crónica; cuidadora principal não ser a Mãe (creche/ama); deixar a criança sozinha ou sob a supervisão de outra	Os resultados deste estudo indicam que os fatores de risco associados a lesões acidentais infantis deveriam ser estudados mais

R. A. Huttly and T. Abramsky 2006 UK	fatores de risco de lesões.	entrevistador com o principal cuidador da criança		criança com < 5 anos; estatuto socioeconómico baixo; escolaridade baixa; famílias monoparentais; habitar em zonas rurais.	aprofundadamente, particularmente a associação entre doença mental do cuidador e o aumento da probabilidade de lesões.
A21 Maternal depression is associated with injuries in children aged 2–4 years: the Pelotas 2004 Birth Cohort Raquel Siqueira Barcelos,1 Iná da Silva dos Santos,1 Alicia Matijasevich,2 Luciana Anselmi,1 Fernando Celso Barros 2018 Brasil	Investigar a associação entre síndrome depressivo materno e a incidência de lesões durante a infância.	Estudo de coorte de nascimento baseado na população	3533 crianças com idades entre os 2 e 4 anos (Brasil).	Mães adolescentes; escolaridade baixa (< 4 anos ensino formal); consumos tóxicos (tabaco e álcool) durante a gravidez; síndrome depressivo materno.	Este estudo comprova o que já está descrito na literatura sobre a associação de patologia depressiva com o aumento de lesões infantis. Sugere-se estudos mais específicos sobre este tema. O reconhecimento e gestão da depressão materna pode ajudar a promover bem-estar materno e diminuir a incidência de lesões por acidente em crianças.
A22 Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 Raquel Siqueira Barcelos 1 Iná S. Santos 1 Alicia Matijasevich 2 Aluísio J. D. Barros 1	Descrever a incidência de quedas, cortes e queimaduras até aos 4 anos de idade, associada à situação económica da família, idade e escolaridade materna.	Estudo de coorte prospetivo.	Crianças entre 0 e 4 anos de idade (Brasil).	<u>1º ano de vida</u> Sexo masculino; Mães adolescentes; baixa escolaridade materna (0-4 anos de estudos); estatuto económico baixo. <u>2º ano de vida</u> Sexo masculino; Mães adolescentes; baixa escolaridade materna. <u>Entre 2º-4º ano de vida</u> Sexo masculino; Mães com < 30 anos; estatuto económico baixo;	Ser filho de mãe adolescente, baixa escolaridade materna e baixa renda familiar são fatores que contribuem para os acidentes (quedas, cortes e queimaduras) infantis.

Fernando C. Barros 1 Giovanny Vinicius Araújo França 1 Vera Lúcia Schmidt da Silva 2017 Brasil				baixa escolaridade materna (< 8 anos).	
---	--	--	--	--	--

## **APÊNDICE II – Cartaz Quarto Seguro - Berçários**

# SEGURANÇA PARA TODOS

De forma a garantir um ambiente seguro e prevenir os acidentes, aconselhamos os Pais a seguir estas indicações para garantir a vossa segurança, a do vosso bebé, e a de todos os profissionais desta instituição.

<b>Travar</b> o berço, cadeirão, mesa de cabeceira, suporte de medicação e monitor.		<b>Deitar</b> o bebé no berço para dormir, nunca adormeça com o bebé ao colo no cadeirão.	
<b>Elevar</b> SEMPRE as grades do berço.		<b>Manter</b> proximidade do bebé no troca-fraldas e NUNCA o deixar sozinho.	
<b>Arrumar</b> o quarto e retirar objetos que possam obstruir o caminho de passagem.		<b>Colocar</b> suporte de medicação e monitor junto à parede.	
<b>Manter</b> o comando da campainha próximo.		<b>Acender</b> luz de presença quando o quarto está escuro.	
<b>Utilizar</b> sapatos antiderrapantes.		<b>Ter atenção</b> à presença destas sinaléticas e evitar caminhar em piso molhado.	
<b>Transportar</b> o bebé SEMPRE no ovo ou no carrinho.		<b>Referências bibliográficas</b> Cooper, C., Nolt, J. (2007). Development of an Evidence-based Pediatric Fall Prevention Program. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , 22 (2) Gurgel, S., Ferreira, M., Sandoval, L., Araújo, P., Galvão, M., Lima, F. (2017). Competências do Enfermeiro na Prevenção de Quedas em Crianças à Luz do Consenso de Galway. <i>Texto &amp; Contexto - Enfermagem</i> , 26 (4).	

**Imagens**  
<https://www.dreamstime.com/stock-illustration-toddler-wearing-seatbelt-car-seat-tuasBonn-road-safety-child-car-seat-image6038268>  
<https://www.babystudy.org.uk/safe-sleep-advice/feeding-position/>  
[https://pngtree.com/free-vector/healthy-baby-cot-illustration\\_451243.html](https://pngtree.com/free-vector/healthy-baby-cot-illustration_451243.html)  
<https://www.shutterstock.com/search/changing-diaper-vector>  
<https://digitalartmedia.com/2020/04/09/playhome-hospital-to-a-fun-interactive-journey-through-the-its-a-hospital-and-its-fun-for-kids-tool/>  
[https://23art.com/photo\\_52898594\\_1466-d-1962984841-pital-salle-de-clinique-illustration-enc328A8eur.html](https://23art.com/photo_52898594_1466-d-1962984841-pital-salle-de-clinique-illustration-enc328A8eur.html)  
<https://www.shutterstock.com/search/nurse-call-button>  
<https://www.shutterstock.com/search/children-shoes-car-toon>  
<https://www.clearing.com/png-telephony-line-angle-hammer-nutrition-yellow-wet-c-728930/>

Cartaz elaborado por Enfermeira Margarida Costa, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Orientado por EESIP R.P. e Professora Doutora Margarida Lourenço. Julho 2020

**APÊNDICE III – Cartaz Quarto Seguro –  
Quarto Grande**

# SEGURANÇA PARA TODOS

De forma a garantir um ambiente seguro e prevenir os acidentes, aconselhamos os Pais a seguir estas indicações para garantir a vossa segurança, a segurança do vosso filho(a), e a de todos os profissionais desta instituição.

<b>Travar</b> a cama, cadeirão, mesa de cabeceira, suporte de medicação e monitor.		<b>Deitar</b> o vosso filho na cama, não adormeça com ele(a) ao colo no cadeirão.	
<b>Baixar</b> a cama até à altura mínima.		<b>Elevar</b> as grades da cama.	
<b>Arrumar</b> o quarto e retirar objetos que possam obstruir o caminho de passagem.		<b>Colocar</b> suporte de medicação e monitor junto à parede.	
<b>Manter</b> o comando da campainha próximo.		<b>Acender</b> luz de presença quando o quarto está escuro.	
<b>Utilizar</b> sapatos antiderrapantes.		<b>Ter atenção</b> à presença destas sinaléticas e evitar caminhar em piso molhado.	
<b>Transportar</b> as crianças pequenas em carro de transporte ou cadeira de rodas.		<b>Referências bibliográficas</b> Cooper, C., Nolt, J. (2007). Development of an Evidence-based Pediatric Fall Prevention Program. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , 22 (2) Gurgel, S., Ferreira, M., Sandoval, L., Araújo, P., Galvão, M., Lima, F. (2017). Competências do Enfermeiro na Prevenção de Quedas em Crianças à Luz do Consenso de Galway. <i>Texto &amp; Contexto - Enfermagem</i> , 26 (4).	

## Imagens

<https://www.shutterstock.com/image-vector/illustration-child-getting-good-new-doctor-9142404>  
<https://pngtree.com/iso/hospital-bed>  
<https://www fotosearch.com/CP/903034874869/>  
<https://digitaljavelina.com/2016/04/ny-playhome-hospital-is-a-fun-immersive-journey-through-life-in-a-hospital-and-its-fun-for-kids-too/>  
[https://i23.com/photos\\_5389894\\_salle-d-h%C3%A9pital-salle-de-clinique-illustration-inkC3NA9neur.html](https://i23.com/photos_5389894_salle-d-h%C3%A9pital-salle-de-clinique-illustration-inkC3NA9neur.html)  
<https://www.shutterstock.com/search/nurse-call-button>  
<https://thenounproject.com/term/right-right/88223/>  
<https://www.shutterstock.com/search/child-in-wheeled-chair-cartoon>  
<https://www.clearpng.com/png-telephony-line-angle-hammer-nutrition-yellow-wet-c-729930/>  
<https://www.pngitem.com/png-image-6666/>

Cartaz elaborado por Enfermeira Margarida Costa, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Orientado por EESIP R.P. e Professora Doutora Margarida Lourenço. Julho 2020

## **APÊNDICE IV – Avaliação dos Cartazes**

De forma a avaliar a qualidade dos cartazes informativos em termos de apresentação gráfica, conteúdo e pertinência para a aplicabilidade clínica no serviço, foi aplicado o questionário (ver Apêndice I.) aos Enfermeiros após ter-lhes sido apresentados os cartazes.

Dos 11 Enfermeiros que fazem parte da equipa (incluindo a Enfermeira Chefe), os cartazes foram apresentados presencialmente a 10, porque um elemento esteve de férias durante 3 semanas. Dada a importância de divulgar os cartazes a todos os membros da equipa de forma a ter a opinião unânime para implementar o seu uso, realizei uma videochamada com o 11º elemento, em que apresentei os cartazes e apliquei o questionário de satisfação.

Relativamente ao cartaz Quarto Seguro - Quarto Grande, 100% dos Enfermeiros consideraram que a apresentação física estava excelente, o conteúdo estava excelente e a pertinência no serviço era excelente. Ainda deixaram comentários como “tema pertinente, chamativo e boa exposição do tema, muito útil e pertinente para reforçar os nossos ensinos, muito bom, conteúdo muito importante”.

Relativamente ao cartaz Quarto Seguro - Berçário, 100% dos Enfermeiros consideraram que a apresentação física estava excelente, o conteúdo estava excelente e a pertinência no serviço era excelente. Também deixaram comentários como “excelente trabalho, conteúdo muito importante, muito bom com informação pertinente”.

Posto isto, considero ter atingido o meu objetivo específico “contribuir para a criação de um ambiente seguro no internamento”, sendo que elaborei dois documentos que irão ser afixados e implementados no serviço e utilizados todos os dias como apoio aos ensinos que realizamos sobre medidas de prevenção de acidentes no Internamento.

Apêndice I.

De acordo com o **cartaz informativo para o berçário**, avalie de 1-5, sendo 1 insuficiente e 5 excelente:

	1	2	3	4	5
Apresentação física					
Conteúdo					
Pertinência no serviço					

Comentários ou sugestões \_\_\_\_\_

---

De acordo com o **cartaz informativo para os quartos grandes**, avalie de 1-5, sendo 1 insuficiente e 5 excelente:

	1	2	3	4	5
Apresentação física					
Conteúdo					
Pertinência no serviço					

Comentários ou sugestões \_\_\_\_\_

---



## **APÊNDICE V – Guia de Preparação e Administração de Terapêutica**

MEDICAMENTO	INDICAÇÕES	PREPARAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DOSE/ ESTABILIDADE	INCOMPATIBILIDADE/ outros	EFEITOS ADVERSOS
<b>Aciclovir Hikma 250mg</b>	Infecções por vírus Herpes simplex; Encefalite hepática; herpes genital; Varicela; prevenção de infecções por vírus Herpes simplex.	Reconstituir em 10mL de água ou soro fisiológico Diluir até pelo menos 50mL de soro fisiológico.	Perfusão de 1h.	Neonatos 10 mg/kg de 8/8h. Crianças 250-500 mg/m <sup>2</sup> de superfície corporal de 8/8h. Estável 12h < 25°C		Fiebres, náuseas, vômitos, prurido, erupção cutânea, alteração da função renal e hepática.
<b>Amoxicilina + Ácido Clavulânico Atral 500+50mg</b>	Infecções do tracto respiratório inferior, tracto respiratório superior, tracto urinário, da pele, infecções ginecológicas, dos ossos e das articulações.	Reconstituir em 10mL de água ou soro fisiológico	Lentamente 3-4min OU Perfusão em 50mL durante 30-40min	< 3meses 50mg/kg de 12/12h. > 3meses 50mg/kg de 8/8h. Crianças > 40kg 1000-2000mg de 8-12h.	Associado a alopurinol aumenta a probabilidade de reacção alérgica.	Candidíase e diarreia.
<b>Amoxicilina + Ácido Clavulânico Generis 1000+200mg</b>	Infecções do tracto respiratório inferior, tracto respiratório superior, tracto urinário, da pele, infecções ginecológicas, dos ossos e das articulações.	Reconstituir em 10mL de água/soro fisiológico Diluir até 20mL de água/soro fisiológico.	Crianças < 3meses Perfusão 30-40min Crianças > 3meses lentamente 3-4min OU Perfusão em 50mL durante 30-40min.	Crianças 50mg/kg de 8/8h.	Associado a alopurinol aumenta a probabilidade de reacção alérgica. Associado a probenecida a absorção da amoxicilina. Pode alterar a absorção dos contraceptivos orais	Prurido, erupção cutânea, candidíase, diarreia, náuseas, vômitos, alterações da função hepática.
<b>Amoxicilina + Ácido Clavulânico Normon 2000+200mg</b>	Infecções do tracto respiratório inferior, tracto respiratório superior, tracto urinário, da pele, infecções ginecológicas, dos ossos e das articulações.	Reconstituir em 20mL de água Diluir em 100mL de soro fisiológico.	Perfusão 30min.	<3meses 50mg/kg de 12/12h. >3meses 50mg/kg de 8/8h. Crianças > 40kg 2000-2000mg de 8/8h	Incompatível succinato de hidrocortisona, sangue ou plasma, soluções de ácidos aminados, hidrolisados de proteínas, emulsões lipídicas, cloridrato de fenilefrina, soluções de manitol.	Prurido, erupção cutânea, candidíase, diarreia, náuseas, vômitos, alterações da função hepática.

Fonte: INFARMED (elaborado por EnFª Margarida Costa)

Page 1

MEDICAMENTO	INDICAÇÕES	PREPARAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DOSE/ ESTABILIDADE	INCOMPATIBILIDADE/ outros	EFEITOS ADVERSOS
<b>Ampicilina Labesfal 500mg</b>	Infecções do ouvido, garganta e sinusite; abscessos dentários; Infecções respiratórias, Infecções urinárias, Gonorréia, Infecções intestinais causadas por bactérias como Salmonella enterica ou Shigella spp.	Reconstituir em pelo menos 5mL de água ou soro	<b>Até 1000mg</b> lentamente 3-5min. <b>&gt;1000mg</b> Perfusão 10-15min.	Crianças < 20kg 12,5-25mg/kg de 6/6h. Crianças > 20kg 250-500mg de 6/6h. Estável de 1h < 25°C.	Incompatibilidade com aminoglicosídeos	Dor no local de administração, rubor cutâneo, náuseas e diarreia
<b>Cefotaxima Labesfal 1000mg</b>	Infecções por bactérias gram negativas das vias respiratórias inferiores, Otorrinolaringológicas, genitourinárias, abdominais, das vias biliares e gastro-intestinais, da pele, tecidos moles, osteoarticulares, meningite, dentárias, imunitárias e na prevenção de infecções pós-cirúrgicas.	Reconstituir em pelo menos 4mL de água ou soro	<b>Até 1000mg</b> Lentamente 3-5min <b>Até 2000mg</b> Diluir em 40mL soro Perfusão 15-20min <b>&gt;2000mg</b> Diluir em 100mL Perfusão 60min	<12 anos 50-200mg/kg/dia >12 anos 2 a 6g/dia (consoante patologia) Estável 24 horas < 25°C	Incompatível com bicarbonato de sódio  Na combinação com aminoglicosídeos, polimixina B e colistina, a nefrotoxicidade é potenciada.	Fiebre, exantema, prurido, alterações hematológicas, náuseas, vômitos, diarreia,
<b>Ceftazidima Hikma 1000mg</b>	Infecções respiratórias, meningite, ouvido, trato urinário, pele e tecidos moles, peritonite, ossos e articulações	Diluir em 10mL de água ou soro	<b>Até 1000mg</b> Lentamente 3-5min <b>&gt;1000mg</b> Diluir em 50mL Perfusão 15-30min	0-2 meses 25-60mg/kg/dia >2 meses 100-150mg/kg/dia >40kg 1-2gramas 3x/dia Estável 18h <25°C ou 7 dias de 2 – 8°C	Incompatível com bicarbonato de sódio	Reação alérgica, febre e dor no local, diarreia, eosinofilia e trombocitose
<b>Ceftriaxone Fresenius 1000mg</b>	Várias infecções; gonorreia, sífilis; doentes infectados com neutropenia; doença de Lyme; profilaxia cirúrgica	Diluir em 10mL de água estéril ou soro fisiológico	<b>&lt;12 anos ou doses &gt;50mg/kg</b> Diluir em 20mL Perfusão 30min Restantes Lentamente 5min	50-80 mg/kg, uma dose dia  Estável 12 horas < 25°C ou 24h de 2°C a 8°C	Incompatível: ampicilina, vancomicina, fluconazol e aminoglicosídeos e labetalol; soluções com cálcio	Erupções cutâneas graves; diarreia; Infecções fúngicas; granulocitopenia; anemia; cefaleia; tonturas; dor no local;

MEDICAMENTO	INDICAÇÕES	PREPARAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DOSE/ ESTABILIDADE	INCOMPATIBILIDADE/ outros	EFEITOS ADVERSOS
<b>Cefuroxima Labesfal 750mg</b>	Infecções de pulmões ou peito; trato urinário; pele e tecidos moles; abdômen	Diluir em pelo menos 6mL de água estéril ou soro fisiológico	<750mg Lentamente 3- 4min >750mg Diluir 1500mg em 50-100mL Perfusão 20-30min	RN e crianças 30-100mg/kg 2-4 doses/dia Adolescentes 750mg-1500mg 2-4 doses/dia Estável 5h <25°C ou 48h 2°C – 8°C	Incompatível com aminoglicosídeos	Flebite e dor no local, reações alérgicas, cutâneas; candidíase;
<b>Clindamicina Labesfal 600mg/4mL</b>	Infecções das vias respiratórias; da pele e tecidos moles; osses ou articulares; ginecológicas; intra-abdominais; Septicemia e endocardites; dentárias; por <i>Plasmodium falciparum</i>	Diluição não exceder 12mg/ml (em 50 a 100mL)	Perfusão: não exceder os 30 mg/minuto (30-60min)	20 a 40 mg/kg/dia, em 3 ou 4 doses iguais Estável 32 dias a 4°C	Incompatível: ampicilina, difenil-hidantoína sódica, barbitúricos, aminofilina, gluconato de cálcio e sulfato de magnésio	náuseas, vômitos e diarreia; eritema maculopapular; dermatites; neutropenia (leucopenia), trombocitopenia, flebite
<b>Flucloxacilina Labesfal 500mg</b>	Infecções localizadas: tórax, ouvidos, pele, feridas, queimaduras, ossos e sangue; septicemias estafilocócicas e na endocardite	Diluir em 10 a 20ml de água estéril ou soro	Lentamente 3- 4min OU Perfusão 30min (1%; 1g/100mL)	20 a 50 mg/kg/dia, em 3 a 4 doses Estável 30 min 25°C ou 24h no frigorífico	Com outros antibióticos β-lactâmicos foi observado angiodema e anafilaxia Interação com alguns antibióticos, especialmente tetraciclínas	náuseas, diarreia; icterícia hepática e colestática; erupções cutâneas; nefropatia; convulsões; neutropenia e trombocitopenia; flebite,
<b>Gentamicina Labesfal 80mg/2mL</b>	Infecções a <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Serratia</i> , <i>proteus</i> indole-, <i>proteus</i> indole+, <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> , estafilococos, meningococos, <i>Treponema pallidum</i> , germes anaeróbios, estreptococos dos quais pneumococos	Diluir pelo menos 1mg/mL de soro	Perfusão 30-60min	Recém-nascidos 4-7mg/kg Crianças e adolescentes 3-6 mg/kg	Com outros aminoglicosídeos, vancomicina, algumas cefalosporinas, ciclosporina, cisplatina, fludarabina aumenta toxicidade	Nefrotoxicidade; Ototoxicidade; Rash, urticária

Fonte: INFARMED (elaborado por Enfª Margarida Costa)

MEDICAMENTO	INDICAÇÕES	PREPARAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DOSE/ ESTABILIDADE	INCOMPATIBILIDADE/ outros	EFEITOS ADVERSOS
<b>Metronidazol Labesfal 5mg/mL</b>	Abcesso cerebral e abcesso amebiano; Bacterémia e endocardite por anaeróbios; Infecções intra-abdominais e intrapélvicas Inf a Trichomonas vaginalis, Entamoeba histolytica, Giardia Lamblia, Bacteroides fragilis e Clostridium difficile.		Perfusão 5ml/min (500mg em 1h40)	<15 anos 20mg/kg/dia >15 anos 500mg-1000mg		náuseas; vômito, gosto metálico e escurecimento da urina; hepatite
<b>Piperacilina + Tazobac Fresenius Kabi 4000+500mg</b>	Infecções vias respiratórias inferiores, vias urinárias, vesícula biliar, abdômen, pele ou sangue	Diluir em pelo menos 50mL de água ou soro	Perfusão 30min	<2 anos Não recomendado 2 -12 anos 100 mg/12,5 mg/kg 3doses/dia >12 anos 4 g/0,5 g 3-4 doses/dia	Incompatível com aminoglicosídeos, lactato de Ringer, bicarbonato de sódio, sangue e albuminas	Prurido, erupção cutânea, diarreia e alterações trato GI, cefaleia, trombocitopenia e anemia
<b>Vancomicina Hikma 500mg</b>	Infecções da pele, ossos e das articulações, pulmões, endocardite, infecção a Clostridium difficile	Reconstituir em 10mL de água Diluir em 100mL de soro	Perfusão pelo menos 60min (máx 10mg/min)	1 mês -12 anos 10-15mg/kg 4doses/dia >12 anos 15-20mg/kg 2-3doses/dia	Associado a aminoglicosídeos, agentes anti-inflamatórios não esteróides e anfotericina B aumenta neurotoxicidade	Hipotensão, dispnéia, prurido, urticária, nefrotoxicidade, estomatite



**APÊNDICE VI – Livro Viver Uma Vida Mais  
Segura**

# VIVER UMA VIDA MAIS SEGURA



## PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOS 0 - 5 ANOS

Documento elaborado por Enfermeira Margarida Costa, no âmbito do  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da  
Universidade Católica Portuguesa.  
Orientado por EESIP R.P. e Professora Doutora Margarida Lourenço.

JULHO 2020

## SABIA QUE.....



MORREM CERCA DE 2.300 CRIANÇAS NO MUNDO, POR DIA, DEVIDO A ACIDENTES.



OS ACIDENTES SÃO A MAIOR CAUSA DE MORTE E DE INCAPACIDADE NAS CRIANÇAS EM PORTUGAL.



É NO PRIMEIRO ANO DE VIDA QUE SE VERIFICA A MAIOR TAXA DE MORTALIDADE POR ACIDENTE.



O LOCAL MAIS FREQUENTE ONDE OCORREM OS ACIDENTES É EM CASA.



80% DOS ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTIL SÃO EVITÁVEIS.

## FATORES DE RISCO QUE CONTRIBUEM PARA OS ACIDENTES



CONDIÇÕES AMBIENTAIS, FÍSICAS, CULTURAIS, SOCIAIS E ECONÓMICAS DA FAMÍLIA

- SEXO MASCULINO DA CRIANÇA
- IDADE JOVEM DA MÃE
- NÍVEL DE ESCOLARIDADE BAIXO
- STATUS SOCIOECONÓMICO BAIXO
- FAMÍLIAS NUMEROSAS
- FALTA DE SUPERVISÃO DOS PAIS/CAIDADORES

# ACIDENTES MAIS COMUNS EM CRIANÇAS DOS 0-5 ANOS, EM PORTUGAL

1

QUEDAS



2

INTOXICAÇÕES



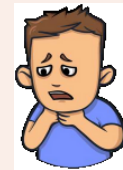
3

ACIDENTES DE VIAÇÃO



4

ASFIXIA/ CORPO ESTRANHO



5

QUEIMADURAS



6

AFOGAMENTOS



## QUEDAS



MORREM TODOS OS ANOS 1500 CRIANÇAS NA EUROPA NA SEQUÊNCIA DE UMA QUEDA.

EM PORTUGAL, AS QUEDAS SÃO A MAIOR CAUSA DE IDA À URGÊNCIA E DE INTERNAMENTOS POR ACIDENTE.

É UMA CAUSA FREQUENTE DE INCAPACIDADE COM UM RISCO SIGNIFICATIVO DE SEQUELAS A CURTO E LONGO PRAZO.

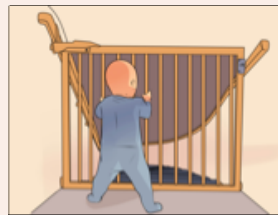
A MAIOR PARTE DAS QUEDAS OCORREM EM CASA E NA ESCOLA.

DE ACORDO COM A OMS, 90% DAS QUEDAS PODEM SER EVITADAS.

# QUEDAS- COMO PREVENIR?

## CASA

- ✓ ORGANIZAR MOBÍLIA DA CASA E RETIRAR OBJETOS QUE POSSAM OBSTRUIR O CAMINHO DAS CRIANÇAS;
- ✓ FIXAR AS ESTANTES E PRATELEIRAS À PAREDE;
- ✓ COLOCAR GRADES DE PROTEÇÃO NO INÍCIO E NO FIM DAS ESCADAS;
- ✓ COLOCAR MATERIAL DE SEGURANÇA NAS JANELAS PARA PREVENIR QUE ABRAM MAIS DO QUE 6.5CM, OU MANTER AS JANELAS FECHADAS;
- ✓ RETIRAR OBJETOS QUE PERMITAM QUE A CRIANÇA SUBA, PRINCIPALMENTE AO PÉ DE JANELAS E SUPERFÍCIES ALTAS;



## QUEDAS – COMO PREVENIR?

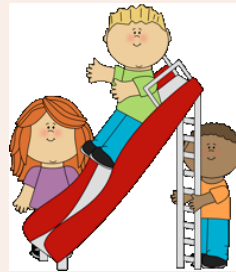
- ✓ COLOCAR CANCELAS OU FECHOS DE SEGURANÇA NAS PORTAS QUE DÃO ACESSO ÀS VARANDAS;
- ✓ EVITAR USO DE BELICHES EM CRIANÇAS COM MENOS DE 6 ANOS;
- ✓ GARANTIR QUE O BEBÉ NÃO FICA SOZINHO EM CIMA DA CAMA, SOFÁ, TROCA FRALDAS OU QUALQUER SUPERFÍCIE ALTA;
- ✓ ELEVAR SEMPRE AS GRADES DO BERÇO;
- ✓ APERTAR SEMPRE OS CINTOS DE SEGURANÇA DO OVO E CARRO DE TRANSPORTE;
- ✓ COLOCAR SEMPRE O OVO DE TRANSPORTE E A ESPREGUIÇADEIRA NO CHÃO E NUNCA EM CIMA DE SUPERFÍCIES ALTAS (MESAS/CADEIRAS);
- ✓ MANTER A VIGILÂNCIA PERMANENTE DA CRIANÇA SEMPRE QUE ESTÁ SENTADA NUMA CADEIRA ALTA (CADEIRA DE REFEIÇÃO) E ENCOSTÁ-LA À PAREDE, PARA NÃO CAIR PARA TRÁS;

## QUEDAS- COMO PREVENIR?

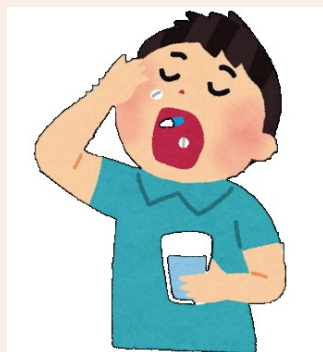
- ✓ PROMOVER A UTILIZAÇÃO DE SAPATOS ANTIDERRAPANTES EM CASA;
- ✓ EVITAR A UTILIZAÇÃO DE ANDARILHOS (PELA SUA INSTABILIDADE);
- ✓ ENSINAR AS CRIANÇAS A AGARRAREM-SE AO CORRIMÃO ENQUANTO SOBEM E DESCEM AS ESCADAS, DEVAGAR, SEM CORRER, SALTAR OU BRINCAR;
- ✓ DESACONSELHAR AS CRIANÇAS A PEGAR EM CRIANÇAS MAIS NOVAS.

### RUA

- ✓ PROMOVER O USO DE CAPACETE SEMPRE QUE A CRIANÇA ANDE DE BICICLETA OU TRICICLO;
- ✓ PROMOVER A CORRETA E SEGURA UTILIZAÇÃO DOS TRAMPOLINS E ESCORREGAS (UMA CRIANÇA DE CADA VEZ E COM SUPERVISÃO DE ADULTOS).



## INTOXICAÇÕES



AS INTOXICAÇÕES REPRESENTAM A SEGUNDA PRINCIPAL CAUSA DE INTERNAMENTO POR ACIDENTE, EM CRIANÇAS DOS 0-5 ANOS.

65% DAS INTOXICAÇÕES OCORREM EM CRIANÇAS ENTRE O 1º E 4º ANO DE VIDA, DEVIDO À SUA CURIOSIDADE E SEM DE NOÇÃO DO PERIGO.

O LOCAL DE MAIOR OCORRÊNCIA DAS INTOXICAÇÕES É EM CASA.

OS AGENTES MAIS COMUNS DAS INTOXICAÇÕES SÃO MEDICAMENTOS, PRODUTOS DE LIMPEZA, PLANTAS TÓXICAS E PICADAS DE INSETO.

## INTOXICAÇÕES- COMO PREVENIR?

- ✓ GUARDAR MEDICAMENTOS E PRODUTOS TÓXICOS (BEBIDAS ALCÓOLICAS, PRODUTOS DE LIMPEZA, PESTICIDAS) LONGE DO ALCANCE DAS CRIANÇAS (ARMÁRIOS ALTOS E TRANCADOS);
- ✓ MANTER SEMPRE OS PRODUTOS NAS SUAS EMBALAGENS ORIGINAIS;
- ✓ EVITAR COLOCAR PESTICIDAS EM LOCAIS ACESSÍVEIS ÀS CRIANÇAS;
- ✓ EVITAR ADMINISTRAR MEDICAMENTOS ÀS ESCURAS;
- ✓ NÃO TER PLANTAS TÓXICAS EM CASA NEM NO JARDIM;
- ✓ NÃO DEVE APANHAR NEM INGERIR COGUMELOS DO CAMPO SEM OS SABER DISTINGUIR COM EXATIDÃO.



# ACIDENTES DE VIAÇÃO



OS ACIDENTES DE VIAÇÃO SÃO A MAIOR CAUSA DE MORTE INFANTIL A NÍVEL MUNDIAL.

É TAMBÉM UMA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA NAS CRIANÇAS E JOVENS.

EM PORTUGAL, TODAS AS SEMANAS, MAIS DE 20 CRIANÇAS MORREM OU FICAM FERIDAS NA SEQUÊNCIA DE UM ATROPELAMENTO.

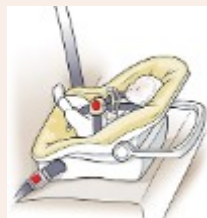
EM PORTUGAL, TODOS OS ANOS, CERCA DE 3.000 CRIANÇAS SÃO VÍTIMAS DE ACIDENTES RODOVIÁRIOS.

OS ACIDENTES DEVEM-SE, NA MAIORIA DAS VEZES, A COMPORTAMENTOS DE RISCO COMO EXCESSO DE VELOCIDADE, O NÃO CUMPRIMENTO DO CÓDIGO DA ESTRADA E O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, SENDO EVITÁVEIS.

# ACIDENTES DE VIAÇÃO– COMO PREVENIR?

## CRIANÇA ENQUANTO PASSAGEIRO

- ✓ O CONDUTOR DEVE CUMPRIR O CÓDIGO DA ESTRADA;
- ✓ USAR SISTEMA DE RETENÇÃO ADAPTADO AO TAMANHO E PESO DA CRIANÇA;
- ✓ A CADEIRA DE BEBÉ DEVE ESTAR VOLTADA PARA TRÁS ATÉ AOS 18 MESES;
- ✓ TRANSPORTAR AS CRIANÇAS NO BANCO DE TRÁS, SENTADAS E COM O CINTO APERTADO DURANTE TODO O TRAJETO;
- ✓ AS BRINCADEIRAS NÃO DEVEM INTERFERIR COM A VISIBILIDADE, CONCENTRAÇÃO E MOBILIDADE DO CONDUTOR;
- ✓ AS CRIANÇAS DEVEM MANTER SEMPRE A CABEÇA E OS BRAÇOS DENTRO DO VEÍCULO;
- ✓ ENTRAR E SAIR DO VEÍCULO PELO LADO DO PASSEIO;



# ACIDENTES DE VIACÃO- COMO PREVENIR?

## CRIANÇA ENQUANTO PEÃO

- ✓ ANDAR SEMPRE PELO PASSEIO O MAIS AFASTADO POSSÍVEL DA FAIXA DE RODAGEM;
- ✓ ATRAVESSAR A ESTRADA SEMPRE NA PASSADEIRA, OLHANDO PARA A ESQ<sup>a</sup>, PARA A DTA E NOVAMENTE PARA A ESQ<sup>a</sup> PARA GARANTIR QUE PODE PASSAR;
- ✓ ATRAVESSAR A PASSADEIRA SEM CORRER;
- ✓ ENSINAR AS CRIANÇAS A INTERPRETAREM OS SINAIS LUMINOSOS E ATRAVESSAR APENAS QUANDO SE ENCONTRA O SINAL VERDE;
- ✓ ENSINAR AS CRIANÇAS QUE DEVEM ANDAR PELO LADO ESQUERDO, DE FRENTE PARA O TRÂNSITO;
- ✓ UTILIZAR ROUPA CLARA COM ADEREÇOS REFLETORES SE ANDAREM NA RUA À NOITE.



## ASFIXIA/ CORPO ESTRANHO



A ASFIXIA É A PRINCIPAL CAUSA DE MORTE ACIDENTAL NO 1º ANO DE VIDA DA CRIANÇA.

A ASFIXIA/INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO REPRESENTA A 4ª CAUSA DE INTERNAMENTO POR ACIDENTE EM PORTUGAL, EM CRIANÇAS DOS 0-4 ANOS.

RECORREM, EM MÉDIA, 40 CRIANÇAS POR DIA COM MENOS DE 5 ANOS, AO SERVIÇO DE URGÊNCIA POR ASFIXIA/INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO.

A MAIOR PARTE DOS CORPOS ESTRANHOS CORRESPONDEM A OBJETOS PEQUENOS, NOMEADAMENTE PEÇAS DE BRINQUEDOS, BALÕES, TAMPAS DE CANETA, FEIJÕES, AMENDOINS, MILHO, BOTÕES, ANÉIS, MOEDAS E BRINCOS.

## ASFI XI A/ CORPO ESTRANHO- COM O PREVENIR?

- ✓ RETIRAR OBJETOS PEQUENOS DO ALCANCE DOS BEBÉS;
- ✓ COLOCAR OS BEBÉS A DORMIR NO BERÇO (E NÃO NA CAMA DOS PAIS), NUM COLCHÃO FIRME, EM DECÚBITO DORSAL (DE COSTAS), TAPADOS APENAS ATÉ AOS OMBROS E COM OS PÉS A TOCAR NO FUNDO DO BERÇO;
- ✓ RETIRAR FRALDA DE PANO, ALMOFADA E BRINQUEDOS/PELUCHES DO BERÇO DO BEBÉ;
- ✓ OFERECER BRINQUEDOS ADEQUADOS À IDADE;
- ✓ ENSINAR AS CRIANÇAS QUE OS BRINQUEDOS SÃO PARA BRINCAR E NÃO PARA COMER OU COLOCAR NO NARIZ;
- ✓ COLOCAR SACOS DE PLÁSTICO E BALÕES FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS;
- ✓ NÃO OFERECER OBJETOS PEQUENOS TAIS COMO BERLINDES, BOTÕES, ANEIS E MOEDAS ÀS CRIANÇAS.



## ASFI XI A/ CORPO ESTRANHO- COM O PREVENIR?

### ENGASGAMENTO

SINAIS: TOSSE, CONGESTÃO FACIAL (COLORAÇÃO AVERMELHADA DA FACE), CIANOSE BOCAL OU FACIAL (COLORAÇÃO AZULADA/ROXA À VOLTA DA BOCA E FACE), DIFICULDADE EM RESPIRAR OU PARAGEM RESPIRATÓRIA.

### O QUE FAZER?

MANTER A CALMA;

ENCORAJAR A TOSSE E VIGIAR CONTINUAMENTE;

SE A TOSSE SE TORNAR INEFICAZ OU NÃO TOSSIR, VIRAR O BEBÉ DE BARRIGA PARA BAIXO, COM A CABEÇA LIGEIRAMENTE MAIS BAIXA QUE O CORPO, SUPORTANDO A CABEÇA COM A MÃO E O RESTANTE CORPO APOIADO NO ANTEBRAÇO, E APLICAR ATÉ 5 PANCADAS INTERESCAPULARES (PANCADAS SECAS COM A BASE DA MÃO).



SE NÃO REVERTER, CONTACTAR IMEDIATAMENTE O 112 E INICIAR MANOBRAS DE REANIMAÇÃO.

## QUEIMADURAS



MORREM TODOS OS ANOS 17000 CRIANÇAS NA EUROPA VÍTIMAS DE QUEIMADURAS.

UMA QUEIMADURA OCORRE QUANDO ALGUMAS OU TODAS AS CÉLULAS DA PELE OU DE OUTROS TECIDOS SÃO DESTRUÍDOS POR LÍQUIDOS QUENTES, SÓLIDOS QUENTES, CHAMAS, RADIAÇÃO, RADIOATIVIDADE, ELETRICIDADE, FRICÇÃO OU CONTACTO QUÍMICO.

CERCA DE 70% DAS QUEIMADURAS SÃO PROVOCADAS POR LÍQUIDOS QUENTES E VAPORES, NA COZINHA E NA CASA-DE-BANHO, COM ADULTOS POR PERTO.

75% DAS QUEIMADURAS PODIAM SER EVITADAS.

# QUEI MADURAS- COMO PREVENIR?

## COZINHA

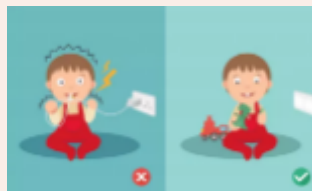
- ✓ COLOCAR AS PEGAS DOS TACHOS NO FOGÃO, PARA DENTRO;
- ✓ COLOCAR PANELAS/ COMIDA QUENTE NA BANCADA A UMA DISTÂNCIA NÃO-ACESSÍVEL PARA A CRIANÇA;
- ✓ NÃO COMA/BEBA NEM TRANSPORTE ALIMENTOS QUENTES COM A CRIANÇA AO COLO;
- ✓ NÃO PASSE ALIMENTOS QUENTES POR CIMA DAS CRIANÇAS;
- ✓ DESACONSELHAR BRINCAR NA COZINHA;
- ✓ ENSINAR AS CRIANÇAS QUE A PORTA DO FORNO AQUECE MUITO E ENQUANTO ESTÁ LIGADO NÃO SE DEVEM APROXIMAR DO MESMO;
- ✓ VERIFICAR SEMPRE A TEMPERATURA DOS ALIMENTOS ANTES DE OS OFERECER.



# QUEI MADURAS- COMO O PREVENIR?

## QUARTO E ESPAÇOS DE CONVÍVIO

- ✓ PROTEGER AS TOMADAS ELÉTRICAS;
- ✓ COLOCAR OS AQUECEDORES EM LOCAIS LONGE DA PASSAGEM DAS CRIANÇAS;
- ✓ ARRUMAR O FERRO DE ENGOMAR NUM SÍTIO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS ASSIM QUE TERMINA DE USAR;
- ✓ PROTEGER A LAREIRA E NUNCA A DEIXAR ACESA SEM SUPERVISÃO;
- ✓ MANTER VELAS, FÓSFOROS E ISQUEIROS FORA DE ALCANCE (PREFERÊNCIA POR UM LOCAL TRANCADO).



# QUEI MADURAS- COMO O PREVENI R?

## CASA DE BANHO

- ✓ COLOCAR A ÁGUA FRIA ANTES DA QUENTE, NA PREPARAÇÃO DO BANHO;
- ✓ VERIFICAR A TEMPERATURA DA ÁGUA COM O COTOVELO OU COM UM TERMÓMETRO;
- ✓ VIGIAR O BANHO DA CRIANÇA DO INÍCIO AO FIM.

## RUA (PARQUE, PRAIA)

- ✓ EVITAR A EXPOSIÇÃO SOLAR ENTRE AS 11H-17H;
- ✓ UTILIZAR FATO DE BANHO, CHAPÉU E PROTETOR SOLAR À PROVA DE ÁGUA;
- ✓ APLICAR PROTETOR SOLAR DE 2/2H E SEMPRE APÓS A CRIANÇA IR À ÁGUA.



# AFOGAMENTOS



OS AFOGAMENTOS SÃO A SEGUNDA CAUSA DE MORTE ACIDENTAL NAS CRIANÇAS EM PORTUGAL.

O RESULTADO PODE SER FATAL OU NÃO, CAUSANDO SEQUELAS NEUROLÓGICAS GRAVES.

OS PRINCIPAIS LOCAIS ONDE OCORREM OS AFOGAMENTOS EM CRIANÇAS SÃO EM PISCINAS, PRAIAS, RIOS, LAGOAS, TANQUES E POÇOS.

OS AFOGAMENTOS PODEM SER EVITADOS.

## AFOGAMENTOS- COMO PREVENIR?

- ✓ MANTER SEMPRE A SUPERVISÃO DA CRIANÇA DURANTE O CONTACTO COM ÁGUA (BANHO, PISCINA, PRAIA, A BRINCAR NUMA POÇA);
- ✓ DESPEJAR A ÁGUA DO BALDE, ALGUIDAR, BANHEIRA E PISCINA INSUFLÁVEL IMEDIATAMENTE APÓS A SUA UTILIZAÇÃO;
- ✓ COLOCAR VEDAÇÃO COM TRINCO FECHADO À VOLTA DAS PISCINAS E DOS TANQUES E COBRIR OS POÇOS COM REDES PESADAS;
- ✓ OPTAR POR PRAIAS E PISCINAS VIGIADAS E RESPEITAR AS BANDEIRAS;
- ✓ COLOCAR SEMPRE BRAÇADEIRAS ÀS CRIANÇAS EM ÁGUAS PARADAS, TRANSPARENTES E POUCO FUNDAS;
- ✓ COLOCAR COLETE SALVA-VIDAS EM ÁGUAS AGITADAS, TURVAS OU PROFUNDAS;



## AFOGAMENTOS- COMO PREVENIR?

- ✓ INFORMAR AS CRIANÇAS QUE NÃO DEVEM IR NADAR SOZINHAS E QUE SE DEVEM MANTER PERTO DAS MARGENS;
- ✓ VERIFICAR A PROFUNDIDADE DA ÁGUA ANTES DE PERMITIR QUE AS CRIANÇAS SALTEM;
- ✓ ENSINAR AS CRIANÇAS A NADAR O MAIS CEDO POSSÍVEL;
- ✓ APÓS LONGOS PERÍODOS AO SOL, EVITAR ENTRAR DE REPENTE NA ÁGUA;
- ✓ APRENDER TÉCNICAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA.





EM CASO DE EMERGÊNCIA, CONTACTAR O

112

EM CASO DE SUSPEITA OU DE INTOXICAÇÃO  
CONTACTAR O CENTRO DE INFORMAÇÃO  
ANTIVENENO

800 250 250

EM CASO DE LESÃO OU DOENÇA AGUDA  
NÃO-EMERGENTE, CONTACTAR A LINHA SNS  
24

808 24 24 24

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal. Acedido a 20 de Julho de 2020, em: [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)



Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. Segurança Infantil. Acedido a 20 de Julho de 2020, em APSI: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/seguranca-infantil>



Barcelos, R. S., Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J., Barros, F. C., França, G. V., et al. (2017). Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 . Cadernos de Saúde Pública , 33 (2).



Brenner, R. A., Overpeck, M. D., Trumble, A. C., DerSimonian, R., & Berendes, H. (1999). Deaths Attributable to Injuries in Infants, United States, 1983-1991 . Pediatrics , 103 (5).



Brito, M. A., Melo, A. M., Veras, I. C., Oliveira, C. M., Bezerra, M. A., & Rocha, S. S. (2017). Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos . Revista Gaúcha de Enfermagem , 38 (3).



Child Accident Prevention Trust. Accidents can be prevented - suffocation. Acedido a 22 de Julho de 2020, em: CAPT: <https://www.capt.org.uk/suffocation-prevention>



Cummings, P., Theis, M. K., Mueller, B. A., & Rivara, F. P. (1994). Infant Injury Death in Washington State 1981 Through 1990. Arch Pediatrics , 148.



Davey, M., Callinan, S., & Nertney, L. (2019). Identifying Risk Factors Associated with Fatal Drowning Accidents in the Paediatric Population: A Review of International Evidence . 11 (11).



Dedoukou, X., Spyridopoulos, T., Kedikoglou, S., Alexe, D. M., Dessypris, N., & Petridou, E. (2004). Incidence and Risk Factors of Fall Injuries Among Infants . Arch Pediatrics .



Domingo, A. J., García, E. R., Pardillo, R. M., Constanti, V. A., Haiek, L. A., Arola, M. S., et al. (2016). Epidemiología y factores de riesgo de las lesiones por caídas en niños menores de un año . Anales de Pediatría .



Garzon, D. L. (2005). Contributing Factors to Preschool Unintentional Injury . Journal of Pediatric Nursing , 20 (6).



Harris, M. J., & Kotch, J. B. (1994). Unintentional Infant Injuries: Sociodemographic and Psychosocial Factors . Public Health Nursing , 11 (2), 90-97.



Howe, L. D., Huttly, S. R., & Abramsky, T. (2006). Risk factors for injuries in young children in four developing countries: the Young Lives Study . Tropical Medicine and International Health , 11 (10), 1557-1566.



Instituto Nacional de Emergência Médica, Departamento de Formação em Emergência Médica. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Kendrick, D., Maula, A., Reading, R., Hindmarch, P., Coupland, C., Watson, M., et al. (2015). Risk and Protective Factors for Falls From Furniture in Young Children Multicenter Case-Control Study . *JAMA Pediatrics* , 169 (2), 145-153.



Khan, S., Tauheed, N., Nawab, S., Afzal, S., & Khaliq, N. (2019). Domestic accidents among under-5 year children: a study on the modern day epidemic . *International Journal of Community Medicine and Public Health* , 6 (4), 1529-1535 .



Martins, C. B. (2006). Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem* , 59 (3), 344-348.



Peck, M. D. (2011). Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors . *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries* , 37 (7), 1087-1100.



Ramos, A., Nunes, L. (2012). Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças. *Revista Percursos* , 26.



Ramos, A. L., & Nunes, R. M. (Março de 2014). Criança em ambiente doméstico/ familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional . *Revista de Enfermagem Referência* , IV (1), pp. 45-54.



Ramos, C. L., Barros, H. M., Stein, A. T., & Costa, J. S. (2010). Risk factors contributing to childhood poisoning . *Jornal de Pediatria* , 86 (5), 435-440.



Reading, R., Jones, A., Haynes, R., Daras, K., & Elmond, A. (2008). Individual factors explain neighbourhood variations in accidents to children under 5 years of age . *Social science & medicine* , 67 (6), 915-927.



Rebelo, J., Campos, T. A., Gonçalves, A., Trindade, E., Dias, J. A. (2012). Onde está o corpo estranho? Dois casos clínicos. *Acta Pediátrica Portuguesa* , 43 (1), 21-3.



Rodrigues, M. T. (2016). Aspiração de corpo estranho na criança: um perigo escondido. (Nascer e Crescer, Ed.) *Scielo Portugal* , 25 (3).



Schmertmann, M., Williamson, A., Black, D., & Wilson, L. (2013). Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1-3 years in NSW Australia: a case-control study . *BMS Pediatrics* , 13 (88).



Silva, M. F. (14 de Fevereiro de 2017). Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância . *Journal of Human Growth and Development* , 27 (1).



Silva, M. F., Fontinele, D. R., Oliveira, A. V., Bezerra, M. A., & Rocha, S. S. (2017). Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância . *Journal of Human Growth and Development* , 27 (1), 10-18.



Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente (SMSL). Acedido a 23 de Julho de 2020 em SPP: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?Idn=116&ID=132&op=2>

# IMAGENS

<https://www.dn.pt/tag/afogamento.html>

<https://www.radiovaledominho.com/arcos-crianca-5-anos-sofre-queimaduras-graves-piquenique/>

<https://www.jn.pt/local/noticias/setubal/almada/crianca-de-cinco-anos-em-estado-grave-apos-despiste-de-moto4-12310150.html>

<https://www.google.com/search?>

q=baby+poisoning+cartoon&tbm=isch&ved=2ahUKEwi35Kmp1oPrAhVngM4BHYnJCYYQ2-cCegQIABAA&oq=baby+poisoning+cartoon&gs\_lcp=CgNpbWcQAzoECCMQJzoCCAA6CagAELEDEIMBOgUJABCxAzoECAAQAzoECAAQzQzoHCAAQsQMzQzoECAAQHjoECAAQEzoLCAAQCBAeEBM6BggAEAgQHIDSjQRyMaUEYImmBGgCcAB4AoABYwOIAcwtkgEKMS41LjE1LjluMZgBAKABAaoBC2d3cy13aXotaW1nwAEB&scient=img&ei=eHEqX7fFOeAur4PiZOnsAg&bih=742&biw=1257#imgrc=VFPB33-HCwHgCM

<https://www.kissclipart.com/childrens-health-and-safety-clipart-child-care-saf-met5yd/>

<https://www.google.com/search?>

q=cartoon+child+fall&tbm=isch&ved=2ahUKEwjC3v2WkebqAhUV0OAKHdOICD0Q2-cCegQIABAA&bih=742&biw=1257#imgrc=C-A0iuzkD0rdxM

<https://imgbin.com/png/KEimkDXb/drinking-pharmaceutical-drug-therapy-erectile-dysfunction-medicine-png>

<https://www.google.com/search?>

q=cartoon+child+car+accident&tbm=isch&ved=2ahUKEwiW1bi7nObqAhVHdBoKHdsMAZEQ2-cCegQIABAA&oq=cartoon+child+car+accident&gs\_lcp=CgNpbWcQAzoECAAQzQzoECCMQJzoFCAAQsQM6AggAOgQIABAAeOgQIABATogglABAIEB4QEzoGCAAQCBAeULXdkliffhStg9oUraAZwAHgCgAHwAogBmSCSAQgxNy4yLjYuM5gBAKABAaoBC2d3cy13aXotaW1nwAEB&scient=img&ei=swAbX9avC8foadvNhlGJ&bih=742&biw=1257#imgrc=6x\_jgrhBoycS-M

<https://www.shutterstock.com/search/child+burn+injury>

<https://www.wikihow.com/Prepare-For-the-Birth-of-a-Child-As-a-Father>

<https://parachute.ca/en/injury-topic/fall-prevention-for-children/>

<https://www.cleanpng.com/png-traffic-collision-car-child-accident-insurance-amp-6830085/>

<https://www.mountnittany.org/articles/healthsheets/34915>

<https://img.blogs.es/circulaseguropt/wp-content/uploads/2017/01/Crian%C3%A7asSeguran%C3%A7a.jpg>

<http://beatrizsosa99.blogspot.com/2013/06/sinais-luminosos-o-que-e-aquilo-e-um.html>

<https://www.kissclipart.com/burn-child-first-aid-patient-z3bnez/>

<http://safekidsfoundation.org/home/fire-safety-tips/>

<https://pixers.uk/wall-murals/cartoon-home-fireplace-38689721>

<https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/wrong-and-right-for-safety-electric-shock-risk-vector-13945597>

<https://www.dreamstime.com/illustration/children-sunscreen.html>

<https://www.google.com/search?>

q=cartoon+child+drowning&sxsr=AleKk00oEesQNyCdK8kduY5qaGKGFxjptQ:1595605168860&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjXpKq6nObqAhVS6uAKHXOPB0QQ\_AUoAXoEAsQAw&biw=1257&bih=742#imgrc=cciUPFcSeGLLM&imgdii=If4wxa8OCa8CmM

## **APÊNDICE VII – Avaliação do Livro “Viver Uma Vida Mais Segura”**

De forma a avaliar a qualidade do livro em termos de apresentação gráfica, conteúdo e pertinência para a aplicabilidade clínica no serviço, foi aplicado o questionário (presente no anexo I.) aos Enfermeiros após ter-lhes sido apresentados o livro.

Dos 11 Enfermeiros que fazem parte da equipa (incluindo a Enfermeira Chefe), o livro foi apresentado presencialmente a 10 porque um elemento esteve de férias durante 3 semanas. Dada a importância de divulgar o livro a todos os membros da equipa de forma a ter a opinião unânime para implementar o seu uso, o livro foi enviado por email ao 11º membro da equipa de Enfermagem, tendo posteriormente solicitado a sua avaliação.

Todos os elementos da equipa (100%) pontuaram o livro como excelente nas categorias de apresentação física, conteúdo e pertinência do serviço. Deixaram comentários como “excelente trabalho, informação muito completa, útil para o nosso serviço para promover a saúde da criança para além da razão do internamento”. Houve uma colega que sugeriu, num próximo trabalho ou se tivesse oportunidade de reformular este livro, de organizar os conteúdos por faixas etárias segundo as consultas de saúde infantil e houve outra colega que achou que na parte da técnica de desengasamento do lactente, deveria reformular a linguagem porque alguns pais podiam não entender. Tomei em consideração as sugestões e irei posteriormente fazer a alteração.

O livro foi apresentado também a 8 pais de crianças com idades entre os 0-5 anos, em que foi aplicado o questionário presente no anexo II.

Relativamente à primeira grelha de avaliação da apresentação física, conteúdo e pertinência do livro, 100% dos Pais pontuou o livro como excelente. Relativamente à segunda grelha, coloquei algumas questões que considerei pertinentes de forma a averiguar se a criança daqueles Pais que tinham lido o livro já tinha sofrido algum acidente do qual tivesse resultado lesão, se tinham conhecimento do conteúdo do livro e se iriam mudar algum aspeto/comportamento em casa. 100% dos Pais mencionou que o filho(a) já tinha sofrido um acidente; 100% dos Pais mencionou que desse acidente tinha resultado uma lesão por mais minor/ligeira que tivesse sido (p. ex. nódoa negra). Relativamente ao conteúdo do livro, 5 de 8 pais referiram que já tinham conhecimento de pelo menos metade das medidas de prevenção sugeridas, o que demonstra que 37.50%

dos Pais tinha menos de 50% de conhecimento sobre as medidas de prevenção apresentadas neste livro. Relativamente à questão “vai mudar alguma coisa/comportamento/aspecto em casa depois de ter lido o livro”, 6 de 8 Pais afirmaram que sim (75%), sendo que as outras 2 Mães são Enfermeiras e trabalham com crianças por isso pressupõe-se que têm acesso a esta informação e estão mais despertas para os riscos.

Posto isto, considero ter atingido o meu objetivo específico “informar os Pais de crianças com idades entre 0-5 anos sobre a prevenção de acidentes”, sendo que elaborei um livro com conteúdos importantes que relata as medidas de prevenção a adotar de forma a garantir a segurança das crianças.

## Anexo I. Avaliação para Enfermeiros

De acordo com o **livro**, avalie de 1-5, sendo 1 insuficiente e 5 excelente:

	1	2	3	4	5
Apresentação física					
Conteúdo					
Pertinência no serviço					

Comentários ou sugestões \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo II. Avaliação para pais

De acordo com o **livro sobre prevenção de acidentes dos 0-5 anos**, avalie de 1-5, sendo 1 insuficiente e 5 excelente:

	1	2	3	4	5
Apresentação física					
Conteúdo					
Pertinência do livro					

Responda às seguintes questões:

	Sim	Não
O seu filho(a) já foi vítima de algum acidente?		
Se sim, desse acidente resultou alguma lesão (por mais ligeira que tenha sido (p. ex nódoa negra))		
Tinha conhecimento de pelos menos metade das medidas de intervenção sugeridas neste livro?		
Vai mudar alguma coisa/comportamento/aspecto em casa depois de ter lido este livro?		

Comentários ou sugestões \_\_\_\_\_

---



## **APÊNDICE VIII – Reunião Referenciação**

07/07/2020

### **Referenciação** Como, Quando, Porquê, Para Quem?

Reunião entre Mestranda Margarida Costa e Chefe de Serviço (encarregue de realizar as referenciações das crianças)

Situações que exigem referenciação e continuidade de cuidados:

- Criança com diabetes (inaugural ou situação de descompensação), referencia-se para Saúde Escolar (há uma norma da DGS que nos obriga a preferenciar a saúde escolar), Enfermeiro de Família, Enfermeiro da Consulta de Pediatria do Hospital. Hospital faz parte da rede de apoio (hospital + escola + família) por isso articulamos primeiro com a saúde escolar e depois a saúde escolar encaminha para Enfermeiro de Família. Podemos referenciar para todos mas preferencialmente sempre primeiro pela saúde escolar porque se não conseguirmos falar com todos, temos o apoio da saúde escolar para garantir que os restantes profissionais são informados. Agendamos uma reunião com a saúde escolar para vir ao serviço conhecer a criança e a família, conhecer o plano terapêutico (alimentar e esquema de insulina), estabelecer estratégias para o regresso à escola e expor/esclarecer dúvidas que possam existir. No momento da alta da criança, elaboramos a nota de alta com o resumo do internamento, todos os cuidados a ter, competências adquiridas pelos familiares, consultas que estão agendadas, material de apoio fornecido e documentos de apoio. Podemos realizar depois um segundo contacto após a alta de forma a verificar a adaptação da criança e família ao dia-a-dia.

- Criança com doença crónica que necessite de continuidade de cuidados (patologias raras, doenças degenerativas, doença crónica, síndrome nefrótico), referenciamos para o Enfermeiro de Família e for necessário referenciamos para o serviço social.

- Situações de necessidade de continuidade de cuidados (casos cirúrgicos que necessitam de realizar pensos ou outras intervenções no centro de saúde, recém-nascido baixo peso/ prematuro/ perda ponderal significativa que necessite vigilância)

contactamos Enfermeiro de Família ou de referência do Centro de Saúde no qual a criança/família está inscrita; No caso de não ter Médico de Família atribuído, referenciamos para a UCSP.

- Situações de negligência, situações de risco social ou suspeita de maus-tratos, normalmente são referenciados no momento de admissão no hospital, no serviço de urgência, por isso quando são internados no internamento habitualmente já está o caso sinalizado, mas durante todo o internamento, articulamos com o serviço social, núcleo de apoio a criança e jovem em risco, com a CPCJ (transmitir informação sobre competências parentais, sobre situação da criança), com a psicologia, com a equipa Médica, articulamos com as instituições de apoio/acolhimento de crianças em perigo dentro e fora da área de influencia hospitalar e referenciamos para UCC quando é necessário visita domiciliaria.

No final desta reunião verificou-se a necessidade de atualizar contactos de referencia de Enfermeiros da saúde infantil do ACES C e S.

Contactei o ACES C. e o ACES S., que ficaram de enviar a lista atualizada dos contactos dos Enfermeiros de Referência de cada unidade de saúde do agrupamento.



## **APÊNDICE IX – Referenciação**

## Nota de Alta/Transferência

2020-06-19 14:56



Data de Nascimento: 2004-04-18[16 anos], Sexo: Feminino

Episódio: Internamentos

Admissão: 2020-06-12 15:25 Serviço: Pediatria	Alta/Transferência: 2020-06-19 14:56
--	--------------------------------------

Avaliação Inicial	
<b>Motivo de Admissão:</b>	
<b>Antecedentes Pessoais:</b>	ALERGIAS_ALIMENTOS: nega;   DOENCAS_SINTOMAS: Diabetes tipo 1;   MEDICACAO_HABITUAL: Insulino-dependente;
<b>Pessoa/Contacto de referência</b>	mãe- Padrasto
<b>Centro de Saúde</b>	
<b>Vigilância de Saúde (local)</b>	Centro de Saúde
<b>Enfermeiro de referência</b>	desconhece
<b>Plano Nacional de Vacinação</b>	Desatualizado
<b>Médico de referência (família)</b>	
<b>Observações</b>	Falta a Td+ Men C

Histórico de diagnósticos de enfermagem	Data Início	Data Fim
Capacidade para Melhorar Parentalidade, Efectivo	2020-06-13 18:16	2020-06-19 14:55
CAPACIDADE PARA MELHORAR PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO, Efectivo	2020-06-13 18:16	2020-06-16 19:12
Capacidade para Melhorar Cair, Efectivo	2020-06-13 18:17	2020-06-16 19:12
CONHECIMENTO SOBRE UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE, Efectivo	2020-06-13 18:17	2020-06-16 19:12
PARENTALIDADE, Comprometida	2020-06-10 17:17	2020-06-19 14:55
CAIR, Risco Elevado	2020-06-10 17:17	2020-06-12 15:24
CAPACIDADE PARA MELHORAR PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO, Potencial	2020-06-10 17:17	2020-06-13 18:15
CONHECIMENTO SOBRE UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE, Ausente	2020-06-10 17:17	2020-06-13 18:16
Capacidade para Melhorar Cair, Potencial	2020-06-10 17:17	2020-06-13 18:16
Capacidade para Melhorar Parentalidade, Potencial	2020-06-10 17:17	2020-06-13 18:15
CAIR, Risco Moderado	2020-06-12 15:25	2020-06-19 14:55
DOR, Risco	2020-06-12 15:25	2020-06-19 14:55
ÚLCERA DE PRESSÃO NO HOSPITAL, Risco Baixo	2020-06-12 15:25	2020-06-19 14:55
Capacidade para Melhorar Adesão, Potencial	2020-06-16	2020-06-19 14:55

	09:10	
ADESÃO, Comprometido	2020-06-12 15:25	2020-06-19 14:55

Aprendizagens	Data	Utilizador	Observações
Treinar: sobre adesão	19-06-2020 09:00	W092399	Caracterização:Regime medicamentoso,Destinatário:
Ensinar: sobre adesão	19-06-2020 09:00	W092399	Destinatário:Indivíduo Caracterização:Contrato terapêutico. realizados ensinios sobre necessidade de cumprir o esquema insulínico estabelecido
Validar: capacidade para melhorar sobre adesão	19-06-2020 09:00	W092399	
Ensinar: sobre regime medicamentoso	19-06-2020 09:00	W092399	?
Validar: capacidade para melhorar a parentalidade	16-06-2020 09:00	W046584	
Validar: conhecimento sobre Unidade de Cuidados de Saúde	14-06-2020 21:00	W048211	
Validar: conhecimento sobre contaminação	14-06-2020 21:00	W048211	
Validar: capacidade para melhorar sobre o cair	14-06-2020 21:00	W048211	
Treinar: sobre o cair	14-06-2020 21:00	W048211	?
Treinar: sobre capacidade parental	14-06-2020 09:00	W048174	Sem acompanhante
Ensinar: sobre papéis profissionais	13-06-2020 21:00	W048057	
Ensinar: sobre padrão alimentar	13-06-2020 21:00	W048057	Caracterização:Dieta.
Ensinar: sobre presença da família	13-06-2020 21:00	W048057	
Ensinar: sobre lavar das mãos	13-06-2020 21:00	W048057	
Ensinar: sobre direitos e deveres	13-06-2020 21:00	W048057	
Ensinar: sobre unidade de saúde (espaço físico)	13-06-2020 21:00	W048057	
Ensinar: sobre capacidade parental	13-06-2020 21:00	W048057	Caracterização:Cuidados de higiene,Medidas de segurança,Alimentação,Sinais de alarme.
Ensinar: sobre vestuário	13-06-2020 21:00	W048057	
Ensinar: sobre o cair	13-06-2020 21:00	W048057	Dispositivo e medidas de segurança:Dispositivo de chamada,Cama nível mínimo de altura,Rodas da cama travadas,Grades elevadas,Contenção ambiental.

Diagnósticos de Enfermagem Ativos	Data Início

Atitudes Terapêuticas Ativas	Data Início

Intervenções de enfermagem activas	Data Início	Frequência	Horário	Calend.

Últimos Parâmetros Avaliados	Valor	Data/Hora
Temperatura	36	2020-06-19 09:00
Glicemia capilar (corpos cetónicos)	0	2020-06-19 08:00
Escala de coma de Glasgow	15	2020-06-16 15:00
Pressão Sanguinea Sistólica	110	2020-06-15 09:00
Pressão Sanguinea Diastólica	71	2020-06-15 09:00
Frequência Cardíaca	81	2020-06-15 09:00
Peso Corporal	61.35	2020-06-14 10:51
Score Dor	0	2020-06-19 09:00
PAM (Pressão Arterial Média)	84	2020-06-15 09:00

Vigilâncias	Data	Registo
Vigiar defecação	2020-06-19 12:00	Caracterização: Sem defecações.
Treinar sobre o cair	2020-06-14 21:00	Dispositivo e medidas de segurança: Dispositivo de chamada, Cama nível mínimo de altura, Rodas da cama travadas, Grades elevadas, Cadeirão travado, Luz de presença, Calçado antiderrapante, Luzes do quarto, Mesa-de-cabeceira travada.
Treinar sobre adesão	2020-06-19 09:00	Caracterização: Regime medicamentoso, Destinatário: [REDACTED]
Vigiar Estado de Consciência	2020-06-16 15:00	Caracterização: Vigil.
Vigiar o sono	2020-06-19 12:00	Caracterização: Sono: Não dormiu.
Vigiar mucosas	2020-06-19 09:00	Caracterização: Coloração das mucosas: Coradas, Hidratação das mucosas: Hidratadas, Integridade: Inteira.
Vigiar actividade da criança	2020-06-19 09:00	Atividade da criança: Activo.
Ensinar sobre o regime medicamentoso	2020-06-19 09:00	Reforço da toma da medicação e do cumprimento do esquema terapêutico: Sim Esclarecimento de dúvidas sobre o esquema terapêutico: Sim. validados ensinios sobre conversão de gramas de comida para gramas de hidratos de carbono e contas do esquema de insulina
Vigiar a pele	2020-06-19 09:00	Coloração da pele: Corada Hidratação da pele: Hidratada Integridade: Inteira Temperatura da pele: Quente.
Ensinar sobre padrão alimentar	2020-06-13 21:00	Caracterização: Dieta.
Aplicar medidas de segurança	2020-06-19 09:00	Caracterização: Dispositivo de chamada, Cama nível mínimo de altura, Rodas da cama travadas, Grades elevadas, Cadeirão travado, Luz de presença, Calçado anti-derrapante, Luzes do

Vigiar eliminação urinária	2020-06-19 12:00	quarto, Mesa-de-cabeceira travada. Caracterização: Aspecto: Límpida, Cor: Amarelo.
Vigiar a refeição	2020-06-19 12:00	Refeição: Quantidade ingerida: Totalidade.
Ensinar sobre adesão	2020-06-19 09:00	Destinatário: Indivíduo Caracterização: Contrato terapêutico. realizados ensinamentos sobre necessidade de cumprir o esquema insulínico estabelecido
Ensinar sobre capacidade parental	2020-06-13 21:00	Caracterização: Cuidados de higiene, Medidas de segurança, Alimentação, Sinais de alarme.
Treinar sobre capacidade parental	2020-06-14 09:00	Sem acompanhante
Identificar risco de queda	2020-06-19 09:00	Caracterização: Pulseira: Laranja.
Ensinar sobre o cair	2020-06-13 21:00	Dispositivo e medidas de segurança: Dispositivo de chamada, Cama nível mínimo de altura, Rodas da cama travadas, Grades elevadas, Contenção ambiental.
Vigiar Padrão Respiratório	2020-06-16 15:00	Caracterização: Tipo: torácico, Amplitude: Boa expansão torácica, Simetria: Simétrico, Padrão Respiratório: Eupneico.

#### Quadros Específicos

Glicemia	2020-06-19 12:00 (Glic.) 220 (Tip Insul.) Insulina Ultra Rápida (Unid.) 7 (Loc.) Abdômen Direito
----------	--

Balanço Hídrico	Total das últimas 24h: 0; Total acumulado do internamento: 0
-----------------	--

Terapêutica Ativa	Dose	Via	Data Início	Frequência	Horário	Prox. Adm.
Insulina glargina 100U/mL Accao prolong Sol Inj Cartu 3mL SC	15.00 Unidade	Via Sub-Cutanea	2020-06-12 16:57	1xdia	23h	
Insulina lispro (soluvel) 100 U/ml Acçao curta Sol inj Cartu 3 ml IV SC	1.00 Unidade	Via Sub-Cutanea	2020-06-12 16:00	SOS	SOS (até 4xdia)	2020-06-19 06:00
Paracetamol 500 mg Comp	1000.00 MG	Via Oral	2020-06-14 10:45	SOS	SOS (até 3xdia)	2020-06-16 00:00

#### Dieta Atual

DIETA PERSONALIZADA [Obs: peso 60kg. Dieta personalizada ]
--

#### Observações/Cuidados Especiais

A \_\_\_\_\_, nascida no dia 18/04/2004, recorreu ao serviço de urgência no dia 10/06/2020 por dor abdominal em cinturão e vômitos incoercíveis.

AP: diagnosticada com diabetes mellitus tipo 1.

História do episódio: Recorre sozinha ao SUP, segundo refere, teve uma discussão com a Mãe, saindo da própria casa para casa do primo onde não tinha insulina e por essa razão não administrou insulina durante cerca de 48h.

Fica diagnosticada com cetoacidose diabética, tendo sido transferida dia 11/06 para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital \_\_\_\_\_ durante 24h. Dia 12/06 regressa para o Hospital \_\_\_\_\_ e ficou internada no internamento de Pediatria até 19/06.

Durante o internamento demonstrou falta de conhecimento/falta de adesão relativamente à contagem de hidratos de carbono. Realizados ensinamentos e reforçada a importância de cumprir do plano alimentar e de insulina.

É autónoma nas avaliações de glicemia e cetonemia e administração de insulina humalog e lantus. Alimentou-se bem e cumpriu o esquema proposto.

Não teve acompanhante permanente, no entanto recebeu visitas (quase) diárias do padrasto, Sr. \_\_\_\_\_.

No dia 18/06 a \_\_\_\_\_ reuniu com a \_\_\_\_\_ (serviço social) e o padrasto, Sr. \_\_\_\_\_, juntamente com a \_\_\_\_\_. Ficou combinado que o Padrasto e a Mãe vão acompanhar e supervisionar o cumprimento do esquema de alimentação e insulina. No final da reunião foi acordado com a \_\_\_\_\_ que iria cumprir o plano.

A \_\_\_\_\_ solicitou acompanhamento da pedopsiquiatria pelo que foi feito pedido de consulta e aguarda marcação e fica com consulta de seguimento marcada no dia 24/06/2020 na consulta de Pediatria do Hospital de Cascais.

Tem alta clínica dia 19/06/2020, leva para casa o esquema alimentar, documento de conversão de gramas de alimentos para gramas de hidratos de carbono (porções) e esquema de insulina actualizado, o qual foi confirmado que compreende e sabe aplicar.

Foi disponibilizado o número de telefone do internamento de Pediatria para contactarem sempre que precisarem e em caso de qualquer dúvida.

Sai do serviço pelas 13h, acompanhada pelo padraço.

Envio em anexo os valores de glicemia e cetonemia que teve durante o internamento e as doses de insulina que fez, o esquema de insulina, o esquema alimentar e documento orientador de conversão de gramas de alimentos para gramas de hidratos de carbono.

***O Enfermeiro,***

---

Margarida Tavares Costa

## **APÊNDICE X – Reflexão Referenciação**



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Reflexão Crítica Referenciação**

**Discente:** Margarida Tavares Costa, N° 192019009

**Docente:** Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2020

No âmbito da unidade curricular *A Saúde da Criança e Família- Vigilância e Decisão Clínica*, inserida no 1º ano e 2º semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que está a decorrer no serviço de Internamento de Pediatria, e tendo em conta um dos meus objetivos específicos para este ensino clínico “adquirir conhecimento e competências na referenciação de crianças para outras unidades de saúde e serviços do hospital” identifiquei a necessidade de refletir sobre a minha prestação de cuidados a uma criança que necessitou de ser referenciada para outros profissionais e unidades de saúde. Esta reflexão foi elaborada tendo por base o ciclo refletivo de Gibbs.

### **1. Descrição da situação**

Durante as primeiras duas semanas de ensino clínico tive a oportunidade de prestar cuidados à J, uma adolescente de 16 anos diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo 1. A J. tinha recorrido ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) no dia 10/06/2020 por dor abdominal em cinturão e vômitos incoercíveis. Tinha recorrido sozinha ao serviço de urgência, e segundo o que referiu, tinha tido uma discussão com a Mãe, pelo que saiu à pressa da própria casa para casa do primo, onde não tinha insulina e por essa razão não administrou insulina durante cerca de 48h.

Para além da dor abdominal e dos vômitos, apresentava, à entrada no SUP, hiperglicemia e cetonemia positiva, entre as várias alterações analíticas, pelo que foi diagnosticada com cetoacidose diabética, tendo sido transferida no dia 11/06/2020 para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de outro hospital da área de Lisboa, onde permaneceu durante 24h. Dia 12/06 regressou para o Hospital onde tinha recorrido inicialmente e ficou internada no internamento de Pediatria até 19/06.

Durante o internamento a J. demonstrou falta de conhecimento relativamente à contagem de hidratos de carbono e revelou alguma falta de vontade/adesão em aprender a fazer a contagem correta pelo que deu a entender que já há muito tempo que não cumpria o plano alimentar e conseqüentemente o esquema de insulina que estava preconizado para a mesma e que não valorizava a sua condição clínica. Segundo Fagulha et al. (2004), a adolescência é um período particularmente difícil em virtude das alterações fisiológicas e

psicossociais que ocorrem neste período. Nesta fase são grandes as dificuldades para a obtenção de um bom controlo metabólico e de adesão à terapêutica.

Foram realizados os ensinamentos relativamente ao esquema e plano, contagem de hidratos de carbono e ainda reforçada a importância da gravidade da situação que tinha passado e que não poderia de alguma maneira deixar de cumprir o esquema de insulina. Após vários dias de ensinamentos e supervisão, a J. adquiriu autonomia na correta avaliação de glicemia, contagem de hidratos de carbono, contagem e aplicação do esquema da insulina e administração de insulina.

Para além do foco dos cuidados ser direccionado para a promoção da adesão ao plano e cumprimento do esquema, senti a necessidade de aprofundar a razão por trás do comportamento dela e compreender a realidade familiar da J. Primeiramente, porque verifiquei que nos primeiros 2 dias de internamento, a J. não recebeu visitas. Em segundo lugar porque não tendo recebido visitas, seria natural que os cuidadores ligassem para saber informações da filha e não foi isso que verifiquei. É uma realidade que as entradas e as visitas ao hospital estão limitadas tendo em conta a pandemia que vivemos. No entanto, por ser menor, tem sempre direito a ter um acompanhante presente e a J. não tinha acompanhante nem sequer tinha recebido uma visita. A J. explicou-me que vivia com a sua Mãe, com o seu Padrasto e com os 3 irmãos sendo que o mais novo tinha 2 meses de idade. Não tinha relação nem contacto com o Pai biológico. Entre vários momentos de conversa informal com a J., percebi e interpretei que haviam sentimentos de negligência, tristeza e falta de atenção por parte da Mãe e do Padrasto. Referiu que o Padrasto trabalhava muito e que a Mãe estava sempre ocupada com o bebé. Percebi que a J. se estava a sentir sozinha, isolada, sem apoio nenhum e muito triste por estar internada e por ninguém querer “saber dela”.

No terceiro dia de internamento, passou a receber visitas pontuais do Padrasto, de curta duração.

A primeira coisa que fiz foi contactar a Mãe da J. e solicitar que viesse ao hospital visitar a filha e conversar com a equipa de Enfermagem para podermos identificar as limitações familiares a fim de tentar ajudar a ultrapassá-las. A Mãe da J. referiu que não podia vir ao hospital porque não queria arriscar ficar doente e transmitir o vírus ao bebé,

mas que podia ir o Padrasto da J, o Sr. M., com quem a J. tinha uma relação próxima e o identificava como uma figura paternal.

Depois contactei a Dr<sup>a</sup>. S., a psicóloga que dá apoio à Pediatria, expliquei a situação clínica da J. e a situação familiar e pedi a sua intervenção tanto no internamento como para depois da alta (e formalizei o pedido, solicitando às Pediatras que fizessem um pedido informático no sistema do Hospital).

Fui também ao encontro da Dr<sup>a</sup> E. do Serviço Social, que já tinha conhecimento da situação da J. (pois tinha sido sinalizada à entrada na Urgência) mas senti a necessidade de expor a situação familiar e os sentimentos verbalizados pela J. relativamente à falta de apoio e supervisão que tem por parte dos seus cuidadores. A Dr<sup>a</sup>. E. referiu que o caso da J. já estava sinalizado no núcleo de apoio a crianças e jovens em risco e que iria transmitir a informação que lhe tinha dado mas que também queria reunir com os familiares da J.

Depois solicitei os contactos dos Enfermeiros de Referência dos Centros de Saúde do ACES da área de residência da J. à minha Chefe Enfermeira Margarida. Contactei a Enfermeira H. da Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade, que é a Enfermeira de referência da escola da J., e que acompanhava a sua situação na escola, a fim de informá-la das ocorrências e solicitar o seu apoio no seguimento desta situação após a J. ter alta.

Em conjunto com a minha orientadora Enfermeira Rita e chefe de serviço Enfermeira Margarida, contactámos também as Enfermeiras da consulta de Pediatria do Hospital no sentido de referenciar a J. para as consultas de Enfermagem.

Foi então agendada uma reunião com a J., com o Sr. M. (padrasto), com a assistente social, com a Enfermeira Margarida (chefe de serviço), comigo e com a Dr<sup>a</sup>. S. (psicóloga). Nesta reunião foram abordados vários temas, dos quais importa salientar que o Sr. M. foi informado que sendo a J. menor de idade, tinha que ter acompanhamento e supervisão por parte dos Pais (cuidadores) no cumprimento do esquema de insulina e plano alimentar e que teriam que garantir o bem-estar e a segurança da J. Foi também abordada a necessidade que a J. sente de se sentir incluída na família, de se sentir

acompanhada, que sabemos que um bebé novo exige muita atenção e muito trabalho mas que a J., sendo adolescente e todas as alterações hormonais que isso envolve, a passar por uma pandemia mundial e um isolamento social obrigatório, que também necessita de algum acompanhamento. Nesta reunião, a própria J. solicitou apoio da pedopsiquiatria pelo que foi feito um pedido de agendamento de consulta. A Dr<sup>a</sup>. S disse que iria agendar consultas semanais de psicologia para a J. O Sr. M comprometeu-se a tentar reorganizar os horários de trabalho e referiu que ia, em conjunto com a Mãe, cumprir o plano alimentar, supervisionar todas as avaliações de glicemia, contagem de hidratos de carbono e administrações de insulina da J. A Dr<sup>a</sup>. E. referiu que a comissão de proteção de crianças e jovens em risco iria seguir o caso e articular com todos os profissionais envolvidos a fim de estarem atualizados relativamente à situação da J. e da sua família.

No dia da reunião e no dia a seguir, o Sr. M. esteve sempre presente à hora das refeições para acompanhar e supervisionar a J. Foram reforçados os ensinamentos sobre como fazer a contagem de hidratos de carbono, plano alimentar e esquema de insulina na presença do Sr. M. para garantir que estava familiarizado com o esquema. A J. estava visivelmente mais satisfeita e feliz por se sentir mais acompanhada.

Posto isto, as Pediatras, equipa de Enfermagem e Dr<sup>a</sup>. E do serviço social decidiram que a J. podia ter alta, tendo em conta o compromisso que todos fizeram de tentar facilitar a situação da J. e de dar seguimento a este caso pós-alta.

No dia 19/06/2020 a J. teve alta. Eu tratei de reunir todos os documentos relativos ao plano alimentar da J., esquema de insulina atualizado e folha de contagem de hidratos de carbono, de digitalizá-los e colocá-los anexados à nota de alta de Enfermagem que elaborei. Posteriormente validei com a Enfermeira Margarida o conteúdo da nota de alta e se faltava algum documento importante. Após a validação com a Enfermeira Margarida, enviei a nota de alta e documentos anexados para a Enf<sup>a</sup> H. da Saúde Escolar e entreguei em mão os documentos à Enf<sup>a</sup> C. da consulta de Pediatria do Hospital. Antes da J. sair acompanhada pelo seu padrasto, Sr. M., validei os ensinamentos relativamente ao esquema de insulina, contagem de hidratos de carbono, sinais de alarme, o que fazer em caso de hipoglicemia, esclareci as dúvidas que tinham e disponibilizei o número de telefone do internamento de Pediatria para poderem contactar sempre que precisassem, com dúvidas,

mesmo que fosse a meio da noite. Informei ainda a J. que se algum dia precisasse de ajuda e/ou de falar, que podia contactar o internamento e que alguém havia de ajudá-la no que fosse necessário, com a intenção de fazê-la perceber que a vida dela é importante e que tem muitos apoios aos quais pode recorrer sempre que precisar.

## **2. Pensamentos e sentimentos**

Considero-me ser uma pessoa e uma profissional perspicaz e muito atenta aos sentimentos das crianças a quem presto cuidados. Sinto que, através dos momentos de conversa, escuta ativa, partilha e apoio que proporcionei à J., tive a oportunidade de perceber muito mais acerca da situação que a J. estava a viver, para além do que ela inicialmente tinha intenção de partilhar, e sinto-me orgulhosa por isso mesmo. Fiquei feliz de saber que dei o meu máximo e tentei recorrer aos recursos que considerei necessários para darem resposta às necessidades da J. e da família.

Senti alguma dificuldade e reconhecimento que fiquei ligeiramente nervosa no momento em que abordei a falta de acompanhamento durante o internamento com o Padrasto da J. porque não sabia como este ia encarar a minha abordagem, no entanto tento sempre lembrar-me que tudo o que fazemos é para o bem das crianças de quem cuidamos e isso é mais importante de tudo.

## **3. Avaliação**

Considero ter tido um papel ativo e bastante positivo na referenciação desta adolescente e em todo o processo de prestação de cuidados durante o internamento da mesma. Em primeiro lugar porque me dediquei em tentar perceber a origem do problema, a ouvir as suas angustias e preocupações, apoiei-a e tentei ir de encontro ao problema. Sinto que fui para “além” da razão clínica pela qual a J. estava lá, que era estabilizar os valores de glicemia e cetonemia, e tentei compreender a razão que a levou a sair de casa repentinamente, a deixar de tomar insulina e de uma certa forma desvalorizar a sua saúde e segurança. Em segundo lugar porque, após ter identificado a falta de acompanhamento familiar desta jovem, e por haver a necessidade de acompanhamento e supervisão não só por ser menor mas por ter uma doença crónica que exige bastante atenção e controlo, mobilizei os recursos a meu dispor (com a ajuda indispensável da minha Enfermeira

Chefe e Enfermeira Orientadora), contactei vários profissionais multidisciplinares e o padrao da J. e agendámos uma reunião para podermos decidir como poderíamos atuar para combater as dificuldades e para agilizarmos a situação de forma positiva para satisfazer as necessidades da J. e garantir o seu bem-estar, a sua segurança e a sua saúde e crescimento saudável.

#### **4. Análise**

A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) pode manifestar-se em qualquer idade. No entanto, é nas crianças e jovens que se verifica mais frequentemente o aparecimento desta doença crónica (Caramalho et al. citado por Dias, 2019). Esta patologia é causada por um processo autoimune mediado por anticorpos específicos que levam à destruição das células  $\beta$  do pâncreas, responsável pela produção de insulina, sendo por esta razão fundamental o tratamento com insulina injetável (Ferreira et al. citado por Dias, 2019).

Os sintomas iniciais da cetoacidose diabética são sede excessiva, débito urinário aumentado, náuseas, vômitos, cansaço, sinais de desidratação, hálito cetónico e hiperventilação (Dias, 2019).

Devido a descompensações metabólicas, as crianças podem enfrentar um défice de desenvolvimento, quer pela ocorrência de hipoglicemias graves, quer de hiperglicemia crónica, resultando em internamentos hospitalares frequentes, que foi o caso da J.

A introdução de esquemas insulínicos e o aumento da prevalência da diabetes tipo 1 em idades cada vez mais jovens, justificam o reforço da necessidade de estabelecer um plano de parceria de cuidados entre a família, criança, escola e os serviços de saúde de forma a providenciar a informação e capacitar todas as pessoas que cuidarem da criança sejam elas docentes, não docentes, familiares e profissionais de saúde que necessitem de formação sobre a diabetes (Dias, 2019).

Numa altura em que cada vez mais se procura melhorar a qualidade dos cuidados prestados à comunidade e ao mesmo tempo gerir os recursos humanos e tecnológicos, é importante haver a interação entre os intervenientes do serviço nacional de saúde e que a mesma seja eficaz. Dada a complexidade de vários problemas de saúde, é extremamente

importante haver uma comunicação e articulação adequada entre os Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Secundários (Santos, et al., 2011).

A CIPE define referenciar como “coordenar: encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa” (CIPE, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

Posto isto, a referenciação torna-se um dos aspetos fundamentais da prestação de cuidados à criança com diabetes porque compete aos Enfermeiros e a todas as pessoas que contactem com a criança, esforços conjuntos para que se consiga um bom controlo metabólico e para se minimizarem as complicações que podem resultar a longo prazo, promovendo assim a qualidade das crianças que sofrem desta doença crónica.

## **5. Conclusão**

Com a experiência que obtive a referenciar a J. para outros serviços e unidades de saúde, considero ter atingido o meu objetivo específico deste ensino clínico “adquirir conhecimento e competências na referenciação de crianças para outras unidades de saúde e serviços do hospital”. Através do reforço positivo que obtive por parte da minha Chefe e da minha Enfermeira Orientadora, sobre toda a minha dedicação e prestação de cuidados a esta jovem e família, na gestão de recursos e articulação com outros Profissionais que pudessem contribuir para a resolução dos problemas e necessidades desta família, considero ter adquirido os conhecimentos necessários para me tornar autónoma na referenciação de crianças no futuro.

Considero ter adquirido competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica ao implementar e gerir em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, em que fomentei a capacidade de gestão do regime e da reinserção social da criança/jovem, e mais especificamente negocieei a participação da criança e família em

todo o processo de cuidar, comuniquei com a criança utilizando estratégias adequadas e motivadoras, proporcionei conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à jovem e família facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, procurei a oportunidade de trabalhar com a família e com a criança no sentido de promover a adoção de comportamentos promotores de saúde, avaliei a estrutura e o contexto familiar e estabeleci redes de recurso comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. Demonstrei também capacidade de identificar situações de risco, trabalhar em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde em que encaminhei a J. para outros profissionais, e ainda promovi a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica referenciando crianças/jovens com doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade.

## **6. Plano de Ação**

No futuro, gostaria de me sentir menos nervosa quando lido com situações em que tenho que abordar assuntos sensíveis. Tenho que me recordar que é para o bem das crianças a quem presto os cuidados e que se não me envolver nestas situações, corro o risco de negligenciar aspetos que necessitam de atenção e intervenção e que são fulcrais para a segurança e bem-estar da criança. Através da referenciação que fiz da J. considero ter adquirido as competências que referi anteriormente e que posso passar a ser um elemento de referência no serviço no processo de referenciação de crianças. Sinto que não fiquei totalmente autónoma mas irei aproveitar todas as oportunidades que surgirem para referenciar crianças e terei a iniciativa de tratar do processo todo.

Futuramente gostaria de tentar formar os meus colegas no processo de referenciação a fim de aliviar a minha Enfermeira Chefe dessa responsabilidade, até porque considero que todos deveriam conhecer os procedimentos de referenciação para podermos, enquanto equipa, garantir a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados às crianças e famílias, utilizando e gerindo os recursos de saúde disponíveis para maximizar a saúde e bem-estar da população alvo dos nossos cuidados.

## **Referencias Bibliográficas**

CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2017. International Council of Nurses. Artmed Editora S.A.

Dias, D. F. (2019). Crianças com diabetes mellitus tipo 1: Conhecimentos dos pais e elementos de referência na gestão do regime terapêutico com perfusão subcutânea contínua de insulina. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Fagulha, A., Santos, I., & Mellitus, G. d. (2004). Controlo Glicémico e Tratamento da Diabetes Tipo 1 da Criança e Adolescente em Portugal. Acta Médica Portuguesa 2004 , 17, 173-179.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República.

Santos, M. I., Coelho, I., Rosário, F., Machado, P., Nery, L., Ribeiro, J., et al. (2011). Referenciação aos cuidados de saúde secundários em idade pediátrica. Revista Portuguesa de Clínica Geral , 27 (5), 422-432.




## **APÊNDICE XI – Cartaz Sobre Prevenção de Acidentes no SUP**

# Como garantir a segurança do seu filho(a)?

## Serviço de Urgência Pediátrico



- 1 Acompanhe sempre a criança, não a deixe sozinha;
- 2 Transporte a criança em ovo/carro de transporte, SEMPRE com os cintos apertados;
- 3 Coloque o ovo no chão, nunca em superfícies altas;
- 4 Mantenha proximidade da criança no trocador de fraldas, macas de observação e cadeiras da sala de espera;
- 5 Ter atenção à presença desta sinalética  e evite caminhar em piso molhado;
- 6 Evite ingerir alimentos e líquidos quentes com a criança ao colo.

#### Referências Bibliográficas

Cooper, C., Nolt, J. (2007). Development of an Evidence-based Pediatric Fall Prevention Program. *Journal of Nursing Care Quality*, 22 (2)  
Gurgel, S., Ferreira, M., 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).  
Imagem obtida de [https://www.kindpng.com/imgv/xxRfo\\_hand-drawn-cartoon-children-happy-decoration-vector-children/](https://www.kindpng.com/imgv/xxRfo_hand-drawn-cartoon-children-happy-decoration-vector-children/)

Cartaz elaborado por Enfermeira Margarida Costa, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Orientado por EESIP G. S. e Prof.ª Doutora Margarida Lourenço.

Setembro 2020

## **APÊNDICE XII – Plano de Sessão “Acidentes Infantis”**



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório  
2º Ano, 1º Semestre

**Plano de Sessão – Acidentes Infantis**  
**Serviço de Urgência Pediátrica**

**Discente:** Margarida Tavares Costa, N° 192019009

**Docente:** Professora Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeiro Orientador:** G. S.

Lisboa, Setembro 2020

## **ÍNDICE**

1. Planificação da Sessão.....	3
2. Plano da Sessão.....	4
3. Avaliação da Sessão.....	5

## **ANEXOS**

Anexo I. Questionário de Avaliação da Sessão de Formação.....	6
Anexo II. Dispositivos da Apresentação “Acidentes Infantis” .....	7

## 1. Planificação da Sessão

<p><b>Data:</b> 2-8 de Outubro de 2020;</p> <p><b>Hora:</b> Antes ou depois da passagem do turno da manhã para a tarde;</p> <p><b>Local:</b> Sala de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica;</p> <p><b>Destinatários:</b> Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica;</p> <p><b>Duração:</b> 30 min;</p> <p><b>Instituição/Serviço:</b> Serviço de Urgência Pediátrica.</p>
<p><b>Organização</b></p> <p>Margarida Costa – Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Universidade Católica Portuguesa – <b>Formadora</b></p> <p>Gonçalo Silva – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica</p>
<p><b>Metodologia da Formação</b></p> <p>Expositiva</p>
<p><b>Fundamentação da Pertinência do Tema</b></p> <p>Os acidentes são a maior causa de morte e de incapacidade nas crianças Portuguesas (European Child Safety Alliance, 2012). Em 2019, representaram 1/5 dos atendimentos totais no SUP. É importante conhecer e compreender os fatores de risco dos acidentes para que se possa implementar estratégias eficazes na sua prevenção (Ramos, 2012).</p>
<p><b>Objetivos:</b> Sensibilizar os Enfermeiros do SUP sobre a problemática dos acidentes infantis;</p> <p>Informar sobre fatores de risco dos acidentes;</p> <p>Promover a identificação destes fatores de risco e a intervenção especializada com estas crianças e famílias para a prevenção de acidentes na população pediátrica.</p>

## 2. Plano da Sessão

<b>Fases da Sessão e Conteúdos Programáticos</b>	<b>Método</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b> Apresentação da formanda e contextualização do tema; Apresentação do sumário e objetivos da sessão.	Expositivo	Computador e powerpoint	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b> Enquadramento dos acidentes; Epidemiologia dos acidentes no SUP do Hospital; Fatores de risco identificados na literatura; Importância da identificação dos fatores de risco; Sensibilização e promoção para a identificação dos fatores de risco em crianças e famílias.	Expositivo	Computador e powerpoint	20 minutos
<b>Conclusão</b> Considerações finais (resumir a pertinência deste conteúdo para o SUP); Reflexão da sessão; Esclarecimento de dúvidas e/ou questões; Avaliação da sessão (aplicar questionário de avaliação); Preenchimento da folha de	Expositivo & Interativo	Computador e powerpoint	10 minutos

presenças do Hospital.			
------------------------	--	--	--

### **3. Avaliação da Sessão**

O questionário apresentado no ANEXO I. serve para avaliar a sessão de formação realizada, quanto ao interesse dos conteúdos, a metodologia utilizada, a utilidade que os Enfermeiros atribuírem para a sua prática, se recomendariam a formação a outros colegas e a avaliação global da formação.

É importante que os formandos avaliem a formação realizada para o formador saber os aspetos que pode melhorar em futuras sessões.

Este questionário foi elaborado para o seu preenchimento ser realizado durante, no máximo, dois minutos, e é anónimo. As respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos.

## ANEXO I.



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

### Avaliação da Sessão de Formação “Acidentes Infantis”

De acordo com a apresentação, classifique, sendo 1 insuficiente e 5 excelente:

	1	2	3	4	5
Interesse dos conteúdos					
Metodologia utilizada					
Utilidade para a prática do serviço de urgência					
Recomendação da formação a outros					
Avaliação global da formação					

Comentários ou sugestões \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE XIII – Sessão de Formação  
“Acidentes Infantis”**



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

# ACIDENTES INFANTIS

Serviço de Urgência Pediátrica

Enf<sup>a</sup> Margarida Costa  
Enf<sup>a</sup> G. S.  
Professora Doutora Margarida Lourenço

Setembro de 2020



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

## SUMÁRIO

---

**Enquadramento**

**Epidemiologia dos acidentes no Serviço de Urgência Pediátrica**

**Fatores de risco**

**Considerações finais**



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

## Enquadramento

Morrem cerca de 2.300 crianças no mundo, por dia, devido a acidentes.

Os acidentes são a maior causa de morte e de incapacidade nas crianças em Portugal.



<https://observador.pt/2020/07/28/10-casos-de-accidentes-que-ocorrem-em-sintra-que-tinham-ido-ao-supermercado/>



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

## Enquadramento

É no primeiro ano de vida que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidentes.

O local mais frequente onde ocorrem os acidentes é em casa.

80% dos acidentes na população infantil são evitáveis.



## ESTE SUP

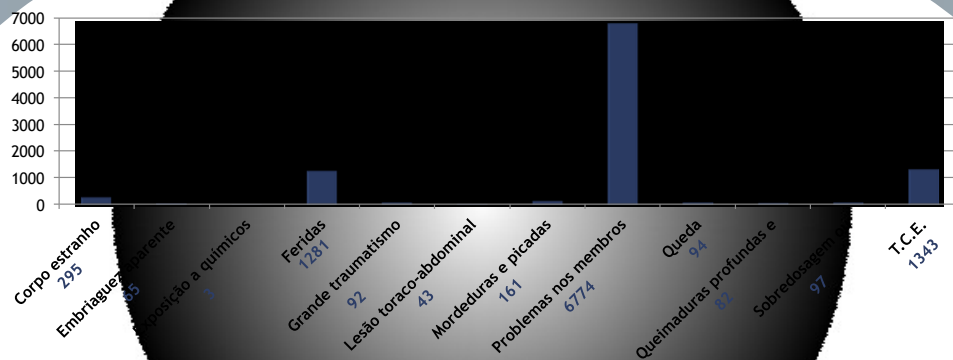
- Em 2019, o número de atendimentos no Serviço de Urgência Pediátrico do Hospital foi **54.998**.
- Desses 54.998, **10.330** foram triados através de fluxogramas que representam lesões acidentais.
- Os acidentes representam aproximadamente **1/5** das vindas à urgência.

BI- Sistemas de Informação do Hospital, 2020



## ESTE SUP

### Fluxograma da Triagem de Manchester relativos aos Acidentes em 2019



BI- Sistemas de Informação do Hospital, 2020



## Fatores de Risco

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/R1111299>

### Criança em ambiente doméstico/ familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional

The child in a domestic/family environment: consensus on risk factors for unintentional injuries  
Niño en el hogar/la familia: consenso en torno a los factores de riesgo de lesión no intencional.

Ana Lúcia Caeiro Ramos\*, Lucília Rosa Mateus Nunes\*\*

2014

A origem/causa dos acidentes é multifactorial.

Deve-se analisar um conjunto de fatores que interagem entre si.

4 dimensões:

- ↳ Criança
- ↳ Cuidador principal/família
- ↳ Comportamentos de risco
- ↳ Ambiente



## Fatores de Risco

Revisão da literatura + painel de delphi

### Cuidador principal/família

Nível de ensino;  
Situação laboral;  
Tipologia familiar;  
Tipo de supervisão;  
Rotina diária;  
Idade materna;  
Consumo regular de substâncias;  
Vinculação criança-cuidador;  
Número de horas de sono por dia.

### Comportamentos de risco

Conhecimento da criança;  
Conhecimento de segurança;  
Conhecimento dos recursos de saúde;  
Acessibilidade ao perigo;  
Opinião acerca das lesões na infância;  
Perceção do risco;  
Atitude de risco;  
Exposição a riscos.

### Criança

Idade;  
Sexo;  
História anterior de lesão;  
Número de horas de sono por dia;  
Uso regular de medicamentos;  
Desenvolvimento infantil.

### Ambiente

Utilização adequada dos sistemas de proteção;  
Perceção de casa segura;  
Organização do espaço doméstico.



# Fatores de Risco

Revisão da literatura + painel de delphi

## Cuidador principal/família

- Nível de ensino
- Situação labora.
- Tipologia familia.
- Tipo de supervisã
- Rotina diária;
- Idade materna;
- Consumo regular de sub
- Vinculação criança-cuidador;
- Número de horas de sono por dia.

→ Habilitações literárias  
 → Pais desempregados  
 → Família monoparental, 3 filhos ou mais  
 → Menor supervisão

→ Mães adolescentes  
 → Mãe com problemas de saúde

## Comportamentos de risco

- Conhecimento da criança;
- Conhecimento de segurança;
- Conhecimento dos recursos de saúde;
- Acessibilidade ao perigo;
- Opinião acerca das lesões na infância;
- Perceção do risco;
- Atitude de risco;
- Exposição a riscos.

### Criança

- Idade;
- Sexo;
- História anterior de lesão;
- Número de horas de sono por dia;
- Uso regular de medicamentos;
- Desenvolvimento infantil.

### Ambiente

- Utilização adequada dos sistemas de proteção;
- Perceção de casa segura;
- Organização do espaço doméstico.



# Fatores de Risco

Revisão da literatura + painel de delphi

## Cuidador principal/família

- Nível de ensino;
- Situação laboral;
- Tipologia familiar;
- Tipo de supervisão;
- Rotina diária;
- Idade materna;
- Consumo regular de substâncias;
- Vinculação criança-cuidador;
- Número de horas de sono por dia.

## Comportamentos de risco

- Conhecimento da criança;
- Conhecimento de segurança;
- Conhecimento dos recursos de saúde;
- Acessibilidade ao perigo;
- Opinião acerca das lesões na infância;
- Perceção do risco;
- Atitude de risco;
- Exposição a riscos.

### Criança

- Idade
- Sexo
- História anterior de lesões;
- Número de horas de sono por dia;
- Uso regular de medicamentos;
- Desenvolvimento infantil.

→ É após 4 anos, maior risco  
 → Masculino

→ Até aos 4 anos, muitas alterações/ desenvolvimento na criança, maior risco

### Ambiente

- Utilização adequada dos sistemas de proteção;
- Perceção de casa segura;
- Organização do espaço doméstico.



# Fatores de Risco

Revisão da literatura + painel de delphi

## Cuidador principal/família

- Nível de ensino;
- Situação laboral;
- Tipologia familiar;
- Tipo de supervisão;
- Rotina diária;
- Idade materna;
- Consumo regular de substâncias;
- Vinculação criança-cuidador;
- Número de horas de sono por dia.

## Comportamentos de risco

- Conhecimento da criança;
- Conhecimento de segurança;
- Conhecimento dos recursos de saúde;
- Acessibilidade ao perigo;
- Opinião acerca das lesões na infância;
- Perceção do risco;
- Atitude de risco;
- Exposição a riscos.

- Criança, no "processo de descobrir o mundo"
- Medidas de prevenção de acidentes
- medidas a tomar e recursos de saúde disponíveis em caso de lesão
- Acesso a objetos e zonas de risco
- Incapacidade de percepção e identificação do risco por parte dos cuidadores: maior o risco de acidente

## Criança

- Idade;
- Sexo;
- História anterior de lesão;
- Número de horas de sono por dia;
- Uso regular de medicamentos;
- Desenvolvimento infantil.

## Ambiente

- Utilização adequada dos sistemas de proteção;
- Perceção de casa segura;
- Organização do espaço doméstico.



# Fatores de Risco

REVISÃO



## Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção

Accidents and violence in childhood and adolescence: risk and protective factors  
Accidentes y violencias en la infancia y adolescencia: factores de riesgo y de protección

Christine Baccarat de Godoy Martins<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Mestrado em Enfermagem, Cuiabá-MT, Brasil.

Submissão: 11-04-2011 Aprovação: 26-03-2013

- ✧ Fatores Socioeconómicos;
- ✧ Constituição/estrutura familiar;
- ✧ Ambiente doméstico;
- ✧ Idade e características da personalidade da vítima;
- ✧ Sexo da vítima;
- ✧ Etnia da vítima;
- ✧ Uso de bebidas alcoólicas e substâncias químicas;
- ✧ Fatores biológicos;
- ✧ Fatores multicausais;
- ✧ Fatores de proteção e vulnerabilidade.

# Revisão da Literatura

CINAHL Complete, MedLatina, MEDLINE, PubMed, Scielo



child, preschool, infant, newborn

AND

risk factors, accidents

traf@ accidents, falls, burns, poisoning, drowning

# Revisão da Literatura

## Fatores de Risco Identificados



“(...) fundamental conhecer os fatores de risco que contribuem para o risco de lesões não-intencionais, pois seria-se a possibilidade de poder medir objetivamente esse risco e tomar decisões em saúde.”

Através da identificação do risco de lesão não intencional na criança, surge a possibilidade de negociar um plano de intervenção de enfermagem adaptado a cada criança e família.”

“Intervindo na criança, na família, nos comportamentos de risco adotados no ambiente doméstico/familiar, poder-se-á contribuir para a capacitação dos cidadãos e enfermeiros, respondendo a uma das áreas de intervenção propostas no Plano Nacional de Prevenção de Acidentes.”

Ramos, 2014

IDENTIFICAR

as famílias e situações de risco

SENSIBILIZAR

os cuidadores e as crianças para a ocorrência de acidentes

INFORMAR

sobre medidas de prevenção de acidentes

PREVENIR

a morbidade e mortalidade infantil

“Os enfermeiros podem constituir agentes facilitadores ativos de mudança, pois reúnem condições características únicas.”

“Os enfermeiros que trabalham na urgência pediátrica podem contribuir para aumentar o conhecimento acerca das causas que estão na origem dos acidentes (...).”

“Possuem fortes competências para contribuir para a prevenção de acidentes, através da avaliação da existência, ou não, de certos fatores de risco.”

Ramos, A.; Nunes, L., 2014

## VI VER UMA VI DA MAI S SEGURA



### PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOS 0-5 ANOS

Documento elaborado por Enfermeira Margarida Costa, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa.  
Orientado por EESIP R.P. e Professora Doutora Margarida Lourenço.

JULHO 2020



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, Carlos. (2020). *Triança de nove meses em estado grave após sofrer queimaduras em Fafe*. Jornal de Notícias. (Acedido a 26 de Setembro de 2020, em <https://www.jornaldenoticias.pt/noticias/1a/afe/afe-trianca-de-9-meses-em-estado-grave-apos-sofrer-queimaduras-em-fafe-12512293.html>)

Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal*. (Acedido a 20 de Julho de 2020, em [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf))

Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2020). *Segurança Infantil*. (Acedido a 20 de Julho de 2020, em APSI: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/seguranca-infantil>)

Barcelos, R. S., Santos, I. S., Matijasevic, A., Barros, A. J., Barros, F. L., França, E. V., et al. (2017). *Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: oorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004*. Cadernos de Saúde Pública, 33(2).

Brenner, R. A., Overpeck, M. D., Truhy, A. E., DerSimonian, R., & Berendes, H. (1999). *Deaths Attributable to Injuries in Infants, United States, 1981-1991*. Pediatrics, 103(5).

Brito, M. A., Melo, A. M., Veras, L. E., Moreira, T. M., Bezerra, M. A., & Rocha, S. S. (2017). *Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(3).

Child Accident Prevention Trust. (2020). *Accidents can be prevented: Suffocation*. (Acedido a 22 de Julho de 2020, em: APT: <https://www.capt.org.uk/suffocation-prevention>)

Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2011). *VITA Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: Relatório 2009-2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Cummings, P., Theis, M. K., Muel, J. A., & Rivara, F. P. (1994). *Infant Injury Death in Washington State 1981 Through 1990*. Arch Pediatrics, 349.

Davey, M., Callinan, S., & Nertney, P. (2019). *Identifying Risk Factors Associated with Fatal Drowning Accidents in the Paediatric Population: A Review of International Evidence*. 1 (11).

Dedoukou, K., Spyridopoulos, T., Tsakoglou, S., Alexe, D. M., Dessypris, N., & Petridou, E. (2004). *Incidence and Risk Factors of Fall Injuries Among Infants*. Arch Pediatrics, 349.

Diário de Notícias. (2017). *Dois bebês gravemente feridos em acidente de viação*. (Acedido a 26 de Setembro de 2020, em <https://www.dn.pt/sociedade/acidente-de-voacao-em-gondomar-foam-voagem-5752489.html>)

Domingo, A. J., Garcia, E. R., Pardillo, M., Constanti, V. A., Haiek, L. A., Arola, M. S., et al. (2016). *Epidemiologia y Factores de Riesgo de las Lesiones por Quedas en Niños Menores de un año*. Anales de Pediatría.

European Child Safety Alliance. (2011). *Plano de Segurança Infantil do País, 2012, Portugal*.

Ferreira, M. (2020). *Morreu a triança de cinco anos que caiu do 9.º andar em Sintra, País em hamão do supermercado*. Observador. (Acedido a 20 de Setembro de 2020, em <https://observador.pt/2020/09/28/trianca-de-cinco-anos-caiu-do-9-o-andar-em-sintra-pais-nulm-ido-ao-supermercado/>)

Garzon, D. L. (2005). *Contributing Factors in Preschool Intentional Injury*. Journal of Pediatric Nursing, 20(6).

Harris, M. J., & Roth, G. B. (1994). *Intentional Infant Injuries: Sociodemographic and Psychosocial Factors*. Public Health Nursing, 11(2), 97.



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Howe, L. D., Huttly, S. R., & Abramsky, T. (2006). *Risk factors for injuries in young children in four developing countries: the Young Lives Study*. Tropical Medicine and International Health, 11(10), 1557-1566.

Instituto Nacional de Emergência Médica, Departamento de Formação em Emergência Médica. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*.

Kendrick, D., Maula, A., Reading, R., Hindmarch, P., Coupland, L., Watson, M., et al. (2015). *Risk and Protective Factors for Falls from Furniture in Young Children: Multicenter Case-Control Study*. PAMA Pediatrics, 69(2), 149-153.

Khan, S., Tauheed, N., Nawab, S., Afzal, M., & Alique, M. (2019). *Domestic accidents among under-5 year children: A study on the modern day epidemic*. International Journal of Community Medicine and Public Health, 6(4), 1529-1535.

Martins, Christine Accarato Godói. (2013). *Acidentes de violência na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção*. Revista Brasileira de Enfermagem, 66(4), 578-584. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400017>

Notícias do Minuto. (2020). *Menino de dois anos morre afogado numa piscina em Palmela*. (Acedido a 26 de Setembro de 2020, em <https://www.noticiasaminuto.com/pais/1533493/menino-de-dois-anos-morre-afogado-numa-piscina-em-palmela>)

Peck, M. D. (2011). *Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors*. Burns, 37(7), 1087-1100.

Ramos, A., Nunes, I. (2012). *Pasado e futuro da prevenção de acidentes domésticos em Portugal*. Acta Pediatrica Portuguesa, 32(1), 21-3.

Ramos, A. L., & Nunes, R. M. (2014). *Triança em ambiente doméstico/familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional*. Revista de Enfermagem Referência, 4(1), pp. 5-54.

Ramos, E. L., Barros, H. M., Steiner, T., & Costa, J. S. (2010). *Risk factors contributing to childhood poisoning*. Journal de Pediatría, 6(5), 335-440.

Reading, R., Jones, A., Haynes, R., Jones, K., & Immond, A. (2008). *Individual factors explain neighbourhood variations in child accidents in the UK*. Social Science & Medicine, 67(6), 915-927.

Rebello, I., Campos, T. A., Gonçalves, A., Trindade, E., Dias, J. A. (2012). *Onde está o corpo estranho? Dois casos clínicos*. Acta Pediatrica Portuguesa, 32(1), 21-3.

Rodrigues, M. T. (2016). *Aspiração de corpo estranho à triança: um perigo escondido*. Nascer e Crescer, Ed. SciELO Portugal, 25(3).

Schmertmann, M., Williamson, A., & Wilson, L. (2013). *Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1-3 years in NSW Australia: a case-control study*. BMJ Pediatrics, 3(788).

Silva, M. (2014). *Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância*. Journal of Human Growth and Development, 24(1), 1-10.

Silva, M. F., Fontinele, D. R., Oliveira, A. F., Bezerra, M. A., & Rocha, S. S. (2017). *Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância*. Journal of Human Growth and Development, 27(1), 10-18.

Sociedade Portuguesa de Pediatría. (2009). *Como prevenir o risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)*. (Acedido a 23 de Julho de 2020 em SPP: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?cat=116&id=132&op=2>)

World Health Organization. (n.d.). *Violence and Injury Prevention*. (Acedido a 20 de Setembro de 2020, em <https://www.who.int/violence-injury-prevention/en/>)



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA



<https://img2.gratipng.com/20180810/ayu/kisopng-clip-art-child-vector-graphics-image-illustration-app-506d29ab35db46-1604247815338807472206.jpg>

## **APÊNDICE XIV – Avaliação da Sessão de Formação “Acidentes Infantis”**

## **Avaliação da Sessão de Formação “Acidentes Infantis”**

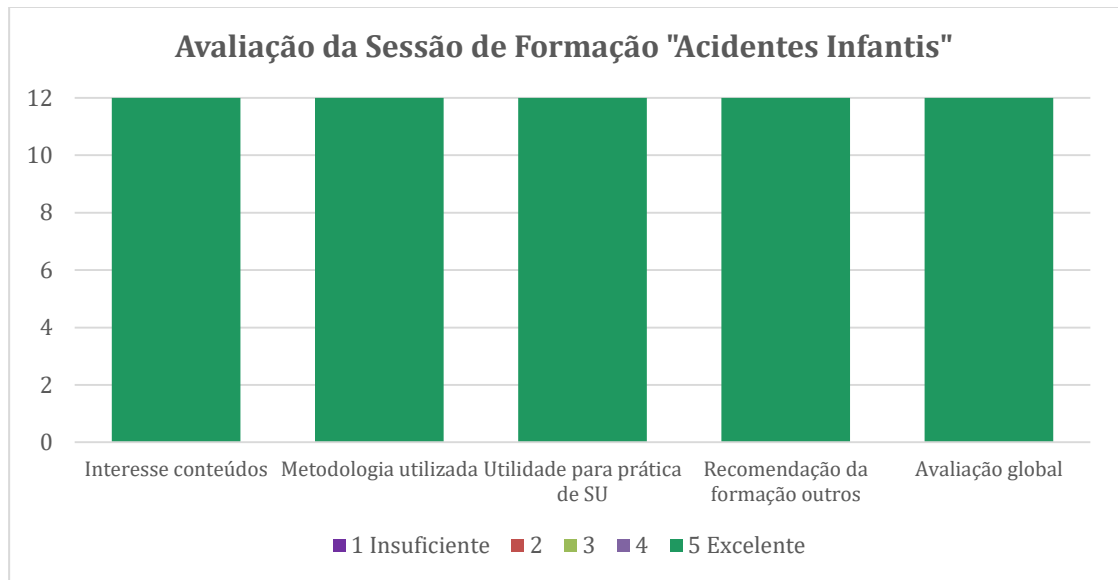
A sessão de formação “Acidentes Infantis” foi realizada a um total de 12 Enfermeiros do SUP. A formação decorreu em vários momentos distintos, uma vez que no hospital estão proibidas as formações e agrupamentos de pessoas.

No final de cada sessão foi aplicado um questionário de avaliação com o objetivo de determinar o grau de apreciação de cinco itens por parte dos formandos: interesse dos conteúdos, metodologia utilizada, utilidade para a prática do serviço de urgência, recomendação da formação a outros e avaliação global da formação. Utilizou-se uma escala de 5 pontos em que 1 significa insuficiente e 5 corresponde a excelente.

A análise das respostas evidencia apreciação muito positiva por parte dos 12 formandos, tendo os cinco itens sido avaliados no ponto mais positivo da escala, correspondendo a excelente, como se pode observar no Gráfico 1.

Salienta-se ainda o facto de 7 indivíduos terem registado comentários ou sugestões, também estes muito positivos, centrados na pertinência do tema para profissionais de saúde e familiares, na clareza da exposição e na necessidade de se aplicar com mais regularidade

Dada a elevada pontuação nos itens: utilidade para a prática do SUP e recomendação da formação a outros, conclui-se assim ter cumprido o objetivo específico “contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem, no âmbito da prevenção de acidentes”.



**Gráfico 1 - Pontuação dos itens**



## **APÊNDICE XV – Reflexão Crítica Competências de Gestão**



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório

2º Ano, 1º Semestre

**Reflexão Crítica – A Função do Enfermeiro  
Responsável na Gestão de um Serviço de Saúde  
Serviço de Urgência Pediátrica**

**Discente:** Margarida Tavares Costa, N° 192019009

**Docente:** Professora Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeiro Orientador:** G. S.

Lisboa, Outubro 2020

No âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, inserida no 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que está a decorrer atualmente no serviço de Urgência Pediátrica, propus-me refletir sobre a importância que o Enfermeiro Especialista tem, na gestão e supervisão de um serviço. Isto porque, o meu Enfermeiro orientador, é o Enfermeiro responsável pelo serviço de urgência Pediátrico, e portanto, para além da prestação de cuidados, é responsável pelas funções de gestão e supervisão do serviço, bem como da equipa de Enfermeiros e Assistentes Operacionais.

Esta reflexão será elaborada tendo por base o ciclo refletivo de Gibbs.

## **1. Descrição**

Ao longo do ensino clínico no serviço de urgência pediátrica, tive a oportunidade de observar, acompanhar e participar nas funções que o meu Enfermeiro orientador exerce no seu dia-a-dia, enquanto Enfermeiro Responsável pela urgência pediátrica (sendo que assume a prestação de cuidados como qualquer outro elemento mas tem à sua responsabilidade o correto funcionamento do serviço).

Começávamos o dia pela divisão da equipa. O meu Enfermeiro Orientador decidia, com base nos elementos presentes (tendo em conta enfermeiras com horário de amamentação e nível de experiência), quem ia nas primeiras 4h para o serviço covid, para poder ir render a pessoa da noite.

De seguida, começava a passagem de turno no serviço não-covid, em que era transmitida a informação sobre as crianças que estavam internadas em SO (sala de observação) e que se encontravam em balcão, a aguardar observação, algum resultado de análise, entre outros, para se poder garantir a continuidade dos cuidados. O chefe de equipa do turno da noite transmitia também os recados ao meu Enfermeiro orientador, quer fossem ocorrências no turno da tarde e/ou da noite, material em falta e/ou algum aspecto que necessitasse de atenção.

A seguir à passagem de turno, o meu Enfermeiro Orientador abria a sua sessão no computador e no sistema informático, na plataforma da urgência, para fazer uma observação geral de quantas crianças estavam no serviço covid e no não-covid, para fazer a gestão da equipa e reforçar o serviço covid, se necessário, sendo que a equipa da manhã é constituída por 4 Enfermeiros (a contar com o Enfermeiro responsável) e 2 Assistentes Operacionais.

Depois de organizar e dividir a equipa (entre serviço covid, triagem e sala de observação) e assim que o serviço permitisse (quando não houvessem crianças à espera de cuidados de Enfermagem), realizava o pedido à farmácia para a reposição de terapêutica, através de um dispositivo tecnológico, em que se valida os códigos referentes a cada terapêutica, e se coloca o número em falta para ser enviado mais tarde pela farmácia.

Após enviar o pedido para a farmácia, era feita a verificação da sala de reanimação. Isto consiste em testar o desfibrilhador, verificar o nível das balas de oxigénio no carro de emergência, identificar o número do selo do carro de emergência e verificar se está bem selado, verificar o funcionamento dos ambus, dos laringoscópios (luz), dos aspiradores, das rampas de oxigénio e do ventilador. Após a verificação, é necessário fazer o registo desta verificação na plataforma da intranet.

Depois, o meu Enfermeiro Orientador, ligava para o Enfermeiro que se encontrava dentro do serviço covid, a pedir os dados da verificação do carro de emergência que se encontrava dentro deste serviço. Neste momento, o Enfermeiro que se encontrava dentro do serviço covid informava o meu Enfermeiro Orientador do material e terapêutica em falta lá dentro, que era necessário repor.

O meu Enfermeiro Orientador registava a informação do carro de emergência do serviço covid na plataforma e depois passava para a recolha de todo o material e terapêutica solicitada para o serviço covid. Quando tivesse reunido o material, entregava à porta do serviço covid.

Entre estas responsabilidades diárias que o meu Enfermeiro Orientador tinha que cumprir para garantir o bom e correto funcionamento do serviço de urgência pediátrico,

surgiam frequentemente outras situações que necessitavam de atenção nomeadamente algum equipamento que avariava, e que para a sua resolução era necessário o meu Enfermeiro Orientador realizar um pedido formal à manutenção para o arranjar; algum elemento da equipa que faltava ou que ia de baixa e era preciso repor os seus turnos; um novo elemento na equipa ao qual foi necessário apresentar o serviço, apresentar a equipa, definir quem a ia integrar e qual seria o seu horário; o transporte de uma criança que necessitava de acompanhamento de Enfermagem e por isso era necessário redefinir a divisão da equipa; alguma reunião em que o meu Enfermeiro orientador tinha que estar presente, nomeadamente com o Chefe do departamento da Urgência ou com a equipa Médica, entre diversas outras situações.

Outra responsabilidade do meu Enfermeiro Orientador é a realização do horário, tanto da equipa de Enfermagem como da equipa das Assistentes Operacionais, que exige uma grande capacidade de gestão e organização para garantir que todos os turnos estão assegurados com equipas equilibradas, nomeadamente chefe de equipa, segundo elemento e elementos com menos tempo de experiência.

Importa referir que na maioria dos dias, estas responsabilidades/tarefas não são feitas de forma seguida porque estando o meu Enfermeiro Orientador a assumir a prestação de cuidados também, e sendo o serviço de Urgência um serviço de porta aberta, a qualquer momento entrava uma criança (ou cinco ou sete), que tinha que ser triada, respeitando os minutos máximos de espera, tinha que colher análises, fazer alguma terapêutica, ser encaminhado para realizar algum exame (raio-x, ecografia), ou mesmo dar entrada para a sala de reanimação para receber cuidados emergentes, entre outras situações, e portanto é fulcral ter capacidade de organizar, definir e gerir prioridades de acordo com o que vai surgindo, mas sempre garantindo a excelência da qualidade dos cuidados prestados às crianças e às suas famílias, ao mesmo tempo que são asseguradas as necessidades do serviço.

O meu Enfermeiro Orientador, sendo o Enfermeiro Responsável do serviço, é também um elemento de referência para toda a equipa multidisciplinar. Sempre que há alguma situação e/ou conflito entre profissionais, recorrem ao Enfermeiro responsável,

cujo o papel é fundamental na resolução dos conflitos. Tem um papel ativo em motivar o respeito e valorização de cada elemento da equipa.

É também responsável por definir e comunicar novas indicações, atualizações de circuitos, de normas, de procedimentos, e que nos tempos atuais de pandemia são muito frequentes, à equipa de profissionais que exerce funções na urgência e garantir que estas são cumpridas.

Tive a oportunidade, ao longo do ensino clínico, de verificar a sua capacidade de motivar os profissionais de saúde, especialmente em circunstâncias complexas (mobilização para outros serviços de outro departamento), garantindo que todos os elementos da equipa continuam a prestar cuidados de excelência com base nos valores da instituição, com vista a atingir os objetivos e metas propostas para o serviço de saúde.

Fundamenta os seus cuidados nos padrões de qualidade e promove a prática baseada na evidência, pelo que foi um apoio fundamental na sensibilização da equipa de Enfermagem para a minha formação sobre prevenção de acidentes.

## **2. Pensamentos e sentimentos**

Num dos primeiros turnos de ensino clínico, recordo-me do meu Enfermeiro Orientador me dizer que eu estava desfavorecida em ser orientada por ele, porque como era o Enfermeiro Responsável, tinha muitas responsabilidades que não envolviam contacto direto com as crianças.

Rapidamente concluí que ao contrário de desfavorecida, era uma afortunada por poder ter esta oportunidade de adquirir conhecimentos e competências na área da gestão e compreender verdadeiramente todo o trabalho e esforço que está por detrás de um serviço de saúde, que procura diariamente a excelência da qualidade dos cuidados.

Sinto-me orgulhosa de mim própria por ter este olhar positivo e de saber aproveitar todas as oportunidades para aprender e tornar-me melhor enquanto pessoa, Enfermeira e futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Considero ter demonstrado interesse, disponibilidade e motivação, para além das competências necessárias, para colaborar com o meu Enfermeiro Orientador nas suas funções de Enfermeiro Responsável e sinto-me feliz por ter demonstrado que era capaz de assumir algumas tarefas e responsabilidades porque revela a confiança que o meu Enfermeiro Orientador depositou em mim.

### **3. Avaliação**

Tive a oportunidade de participar em algumas das funções de Enfermeiro gestor pelas quais o meu Enfermeiro Orientador é responsável, que me permitiu compreender o nível de responsabilidade, flexibilidade, organização e competências humanas que a gestão de um serviço exige.

Para além de ter acompanhado o meu Enfermeiro Orientador diariamente nas suas funções e de ter tido a oportunidade de adquirir várias competências na vertente da gestão e supervisão, houve certas responsabilidades que não me podia delegar, nem faziam sentido para o âmbito e objetivo deste ensino clínico. Porém, tive a oportunidade de realizar a verificação da sala de reanimação, de verificar o stock de terapêutica e material disponível no serviço, de aferir com a Enfermeira que se encontrava no serviço covid qual o material que precisava e disponibilizá-lo, fazer o pedido à farmácia para reposição de terapêutica. Tive ainda a oportunidade de acompanhar o meu Enfermeiro Orientador na elaboração do horário da equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais. Acompanhei também o meu Enfermeiro Orientador a uma reunião convocada pela equipa Médica sobre atualização de normas de procedimento do serviço de urgência pediátrico, sendo que o meu Enfermeiro Orientador transmitiu posteriormente a informação relatada nesta reunião à equipa de Enfermagem, no sentido de uniformizar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Para além da minha participação, houve também vários momentos de partilha de conhecimentos e de experiências entre mim, o meu Enfermeiro Orientador, e alguns elementos da equipa multidisciplinar, que promoveram momentos de reflexão importantes para o meu crescimento profissional, nomeadamente a necessidade de ter

sempre presente os padrões de qualidade e manter-me atualizada sobre a posição da Ordem dos Enfermeiros relativamente a vários aspetos, conceitos que não tinha tão presentes e que não valorizava.

#### **4. Análise**

O Enfermeiro Gestor é “o enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Enfermeiro Gestor deve garantir a prática profissional e ética da equipa que lidera; deve garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; deve gerir o serviço e a equipa, otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; deve garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera e por fim, deve garantir a prática profissional baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da gestão de cuidados (C) consta que “o Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A função da gestão em enfermagem é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados que se prestam nas unidades de saúde, mas importa salientar que a alínea d) do

artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro afirma que o Enfermeiro deve “assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Portanto, o Enfermeiro Gestor deve garantir a qualidade dos cuidados prestados no seu serviço mas para isso é imprescindível garantir as condições de trabalho necessárias para que se possa produzir trabalho de excelência.

O enfermeiro gestor tem um papel decisivo, no seu serviço de saúde, sendo um vetor essencial na evolução dos conhecimentos profissionais dos enfermeiros, assegurando a qualidade permanente dos cuidados que são prestados (Ferreira, 2015).

Segundo Ferreira (2015), a gestão em Enfermagem consiste na procura contínua da qualidade, representando uma constante preocupação dos profissionais para aperfeiçoarem a sua prática, aumentarem o conhecimento das novas tecnologias e orientarem a sua atuação profissional, otimizando todos os recursos disponíveis. De igual forma, Peres et al., 2013 defende que o enfermeiro gestor deve intervir no processo de mudança e procurar oportunidades de desenvolvimento de novos conhecimentos, .

De acordo com Hesbeen (2000), a missão de um chefe assenta em vários parâmetros, nomeadamente promover, organizar, comunicar, desenvolver, deliberar e formar (Hesbeen, 2000).

O Enfermeiro gestor deve **promover** a humanização do ambiente e a relação entre as pessoas, nomeadamente entre os prestadores de cuidados e quem os recebe. Os Enfermeiros chefes devem assegurar que os seus profissionais valorizam a promoção da saúde das pessoas de quem cuidam.

Para **organizar** o serviço/instituição de saúde, tem que se colocar em prática os cuidados segundo uma ordem lógica, tornando-a compatível com as características da equipa, do serviço e da instituição.

Para **comunicar**, o gestor transmite a informação entre os elementos da equipa, e o Enfermeiro Chefe tem um papel essencial a promover o diálogo e a partilha entre a equipa multidisciplinar.

O **desenvolver** refere-se ao desenvolvimento de conhecimentos na área da prestação de cuidados, que implica a partilha e discussão de conceitos científicos, técnicos, organizacionais ou conceptuais da prática de Enfermagem entre a equipa e o enfermeiro chefe.

Relativamente ao **deliberar**, implica a capacidade para valorizar os conhecimentos e contributos de todos os membros da equipa. É um gestor em enfermagem que partilha os sucessos e as dificuldades, que considera as opiniões dos elementos da equipa sobre as medidas a adotar, sempre com o objetivo de prestar cuidados de qualidade, ao mesmo tempo que envolve todos os seus colaboradores na gestão e organização do serviço.

Por último, o **formar**, refere-se ao Enfermeiro gestor ter um papel ativo na formação da sua equipa.

Destas competências descritas por Hesbeen, saliento a capacidade que o meu Enfermeiro Orientador demonstrou, em promover o respeito, a valorização e a empatia nas relações entre profissionais, principalmente na resolução de conflitos. Relativamente à organização, revelou uma grande capacidade de gestão e decisão sob pressão, sendo que teve, em várias situações, que reorganizar a equipa e repor recursos humanos que estavam em falta, tendo sempre atenção à deliberação, e portanto tinha em conta as opiniões e preferências dos profissionais de saúde, sem prejudicar ninguém, que era também a sua preocupação. Por último, importa referir novamente que mesmo sendo aluna da especialidade (e não um elemento da equipa de profissionais do serviço de urgência), se dedicou a ajudar-me, apoiar-me e orientar-me na formação que realizei aos Enfermeiros, sensibilizando a equipa e promovendo a transferência da evidência científica para a prática.

## **5. Conclusão**

Após 5 semanas de ensino clínico, de observar, acompanhar, participar, debater temas complexos e esclarecer (muitas) dúvidas, reconheço o valor do trabalho e do papel que o Enfermeiro Responsável tem na organização, gestão e supervisão de um serviço de

saúde. Nunca tinha tido oportunidade de contactar tão proximamente com esta vertente da Enfermagem, sendo que não lhe atribuía o valor merecido. É difícil colocar em palavras o quão admirada estou com a capacidade de organização e gestão de recursos do meu enfermeiro orientador, principalmente por se tratar de um serviço tão particular e complexo, em que nenhum dia é igual ao anterior e não há “rotinas” estabelecidas.

Para além de prestar cuidados de excelência às crianças e famílias que recorrem ao serviço de Urgência Pediátrica, tem a responsabilidade de supervisionar e garantir que os outros elementos da equipa também prestam cuidados de excelência com base nos valores e objetivos da instituição, promove um ambiente positivo e dinamizador entre a equipa, promove a formação e valorização profissional, elabora e gere os horários dos Enfermeiros e Assistentes Operacionais, assegurando os turnos com equipas equilibradas em termos de experiência profissional, assegura a reposição do material necessário, e gere todos os imprevistos que surgem diariamente.

Concluo assim que o Enfermeiro Responsável/Chefe que exerce funções de gestão e supervisão é de facto um elemento indispensável em assegurar o funcionamento do serviço de saúde e que tem um papel essencial na promoção de prestação de cuidados de saúde de qualidade, na gestão de recursos humanos e matérias.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, considero ter desenvolvido competências em diversos domínios. Tive a oportunidade de acompanhar o meu Enfermeiro Orientador na tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, nomeadamente na construção de estratégias de resolução de problemas; participei na gestão do risco ao nível institucional, sendo que colaborei na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros ao verificar o stock de terapêutica e de material e fazer o pedido à farmácia para repor o que estava em falta; relativamente à supervisão das tarefas delegadas, orientei a decisão relativa às tarefas a delegar e avaliei a execução das tarefas delegadas, nomeadamente quando deleguei à Assistente Operacional a tarefa de levar a terapêutica e material em falta ao serviço-covid, depois avaliei se tinha entregue tudo e se a colega tinha recebido. Relativamente à otimização do trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, tive a oportunidade de acompanhar o meu Enfermeiro

Orientador na organização do trabalho, na coordenação da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais, na negociação e utilização de recursos para promover a qualidade dos cuidados. Considero que demonstrei autoconhecimento, sendo que reconheço as minhas limitações pessoais e profissionais, mas também demonstrei interesse e motivação no sentido em que partilhei com o meu enfermeiro orientador algumas das limitações profissionais (falta de conhecimentos e experiência) e que gostava de ultrapassá-las e aproveitar este ensino clínico para aprofundar os meus conhecimentos, na reanimação e nos cuidados à criança instável, por exemplo. Demonstrei que conseguia atuar eficazmente sob pressão sendo que nos turnos em que havia muitas crianças e algumas responsabilidades de Enfermeiro Responsável por assegurar, defini prioridades e organizei os meus cuidados no sentido de dar resposta às necessidades das crianças e das famílias mas também assegurar a reposição de terapêutica do serviço, que é uma parte fundamental para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados. Aprendi a importância que tem sermos facilitadores de aprendizagem em contexto de trabalho e suportarmos a prática clínica em evidência científica, e por essa razão elaborei uma apresentação sobre a identificação de fatores de risco de acidentes infantis, direcionada para a equipa de Enfermagem, sendo que avaliei o impacto da formação através da aplicação de um breve questionário no final da apresentação. Com esta apresentação considero ter contribuído para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática clínica especializada da equipa de Enfermagem do serviço de urgência pediátrico, sendo que o objetivo da minha apresentação foi apresentar dois artigos que identificam fatores de risco de acidentes infantis, e promover que quando se identificam crianças/famílias com um ou mais fatores de risco, tenham uma intervenção especializada com aquela família no sentido de promover a adoção de comportamentos seguros e a prevenção dos acidentes.

## **6. Plano de Ação**

Considero ter desenvolvido competências fundamentais para implementar na minha prática profissional, enquanto atual chefe de equipa do serviço onde exerço funções. Aprendi, de uma perspectiva de gestor e supervisor, que para assegurar a

qualidade e uniformizar os cuidados que a sua equipa presta, que a prática baseada na evidência é fundamental para atingir a excelência da qualidade dos cuidados. No entanto, enquanto futura Enfermeira Especialista, a responsabilidade acresce no sentido em que devo incentivar os outros elementos da minha equipa a adotarem esta metodologia baseada em evidência científica mais recente, e transferir esses contributos para a prática, de forma a promover a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem.

Aprendi também que para acompanhar uma disciplina em constante evolução e atualização, como a de Enfermagem, é necessário promover a formação contínua dos profissionais que integram a equipa. Dito isto, acredito que no futuro, serei um elemento mais dinamizador na organização de formações em serviço, com base em necessidades identificadas, no sentido de promover a excelência dos cuidados prestados por mim e pelos meus colegas. Irei também integrar mais eventos e encontros de partilha de novos conhecimentos, que enriquecerá o meu percurso profissional, para não falar de todos os contributos na prática.

## Referências Bibliográficas

Ferreira, C. I. (2015). *GESTÃO EM ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO EM SERVIÇO: TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E PADRÕES DE QUALIDADE*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Lisboa: Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 48.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 26 .

Peres, A. M., Freitas, L., Calixto, R., Rieira, J. R., & Quiles, A. (2013). Concepções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência* , III (10), 153-160.

## **APÊNDICE XVI – Proposta do Vídeo**

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontro-me a trabalhar a área da prevenção de acidentes na primeira infância.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define um acidente como um evento inesperado, não-planeado, indesejado e/ou não-intencional com consequências adversas que pode resultar em lesão ou morte (World Health Organization, 2009).

Os acidentes e/ou traumatismos têm um grande impacto a nível da sua saúde e bem-estar, como também na qualidade de vida das suas famílias e comunidades (Direção Geral da Saúde, 2010). Em Portugal, os acidentes são a maior causa de morte e de incapacidade, temporária ou permanente, nas crianças e nos jovens Portugueses, representando mais de 20.000 anos de vida potencial perdida nesta faixa etária (European Child Safety Alliance, 2012).

Segundo o Relatório de Avaliação de Segurança Infantil (2017), em Portugal, entre 1992 e 2015, morreram 6.273 crianças e jovens na sequência de um acidente. Entre 2000 e 2016, foram internadas aproximadamente 138.000 crianças e jovens na sequência de um acidente. Foram ainda realizadas cerca de 100.000 chamadas de emergência (112) a relatar acidentes entre 2013 e 2016, o que representa cerca de 38% das chamadas da população até aos 18 anos (Associação Para a Promoção da Segurança Infantil, 2017).

Em 2019, 54.998 crianças recorreram ao serviço de Urgência Pediátrica deste hospital, sendo que 10.330 crianças (1/5 do número total) foram triadas através de fluxogramas que podem representar acidentes ou lesões não-intencionais.

Embora a mortalidade por traumatismos e lesões não intencionais tenha vindo a diminuir nos últimos anos, ainda representa um problema importante na saúde das crianças e dos jovens Portugueses. Segundo a Associação Para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), ainda há um longo caminho a percorrer para que todas as crianças e jovens possam viver, brincar e desenvolver-se plenamente de forma saudável (Associação Para a Promoção da Segurança Infantil, 2017).

A APSI (Associação Para a Promoção da Segurança Infantil, 2017) identifica como medidas a implementar, haver mais crianças transportadas de costas nos

automóveis, até o mais tarde possível mas no mínimo até aos 2 anos; criar condições de acessibilidade com estabelecimentos educativos para que as crianças tenham uma mobilidade mais saudável; ser obrigatório a proteção de piscinas em casas particulares e aldeamentos turísticos; ser obrigatório a construção de guardas seguras em edificios novos; ser obrigatório e tornar acessível a todas as famílias, a proteção de varandas e janelas. Sugerem ainda a criação do dia nacional da segurança infantil para que haja uma maior consciencialização para o problema.

Enquanto Enfermeira e profissional numa instituição de saúde, não consigo mudar a legislação nacional, mas devo ser agente facilitadora de transmissão de informação crucial, com vista a promover a literacia dos Pais relativamente à prevenção de acidentes.

A Organização Mundial de Saúde define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e a manter uma boa saúde” (Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, 2019).

Em Portugal, a percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde (38.1%) é mais elevado do que a média europeia (35.2%).

Existem dados internacionais que indicam que um em cada quatro pais apresenta competências de literacia em saúde limitadas, e que está diretamente relacionado com a saúde das crianças (Yin, 2009). Baixos níveis de literacia em saúde associaram-se à severidade de algumas doenças e ao número de idas à urgência e hospitalização infantil (Goes, 2019). Está também descrito na literatura que o nível de literacia em saúde dos pais está relacionado com a adoção de comportamentos de prevenção de acidentes (Heerman, 2014).

Segundo o Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021, que identifica os profissionais de saúde como um dos três pilares de intervenção, afirma que se devem realizar campanhas e intervenções temáticas para a população que promovam a Literacia em Saúde. A acrescentar a isto, a evidência indica que as famílias aprendem e aplicam melhor a informação que está a ser transmitida, se o aconselhamento for específico e centrado em questões concretas (Goes, 2019).

Face ao exposto, venho propor a elaboração de um vídeo para ser transmitido nas televisões do Hospital, com o objetivo de sensibilizar os Pais e/ou cuidadores das crianças para a importância da prevenção de acidentes.

Disponibilizo também, conforme me foi sugerido, informação adicional para eventualmente ser publicada, que complemente o conteúdo transmitido no vídeo, de forma a que os Pais e/ou cuidadores possam utilizar como recurso para a aquisição de informação importante sobre a adoção de comportamentos seguros e a eliminação dos potenciais riscos, no sentido de garantir a segurança infantil.

De seguida, encontra-se o conteúdo que sugiro para o vídeo, acompanhado de exemplos de imagens, e posteriormente a informação adicional para complementar o vídeo.

# Vídeo

## Título

Prevenção de acidentes infantis

## Introdução

Sabia que...

Morrem cerca de 2.300 crianças no mundo, por dia, devido a acidentes.

Os acidentes são a maior causa de morte e de incapacidade nas crianças em Portugal.



É no primeiro ano de vida que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente.

O local mais frequente onde ocorrem os acidentes é em casa.

## Os acidentes mais comuns em crianças dos 0-4 anos

1. Quedas;



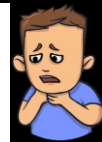
2. Intoxicações;



3. Acidentes de viação;



4. Asfixia/ingestão de corpo estranho;



5. Queimaduras;



## 6. Afogamentos.



### Prevenir os acidentes, como?

#### **Quedas**

- Garantir que os bebés não ficam sozinhos em cima de camas, sofás, troca-fraldas ou qualquer superfície alta;
- Apertar sempre os cintos de segurança do ovo e carro de transporte;
- Organizar a mobília da casa e retirar objetos que possam obstruir o caminho;
- Colocar grades de proteção no início e no fim das escadas;
- Colocar limitador de abertura de janelas ou manter as janelas fechadas;
- Retirar objetos que permitam que a criança suba para superfícies altas.

#### **Intoxicações**

- Guardar medicamentos e produtos tóxicos (bebidas alcoólicas, produtos de limpeza, pesticidas) longe do alcance das crianças;
- Manter os produtos nas suas embalagens originais;
- Evitar administrar medicamentos às escuras.

#### **Acidentes de viação**

- Utilizar sistemas de retenção adaptados ao tamanho e peso da criança;
- Ideal utilizar cadeiras voltadas para trás até aos 3 ou 4 anos;
- Transportar as crianças no banco de trás, sentadas e com o cinto apertado durante todo o trajeto;
- Entrar e sair do carro pelo lado do passeio;
- Andar no passeio o mais afastado da estrada possível;
- Atravessar a estrada sempre na passadeira, olhando para a esquerda, para a direita, e novamente para esquerda para garantir que pode passar.

#### **Asfixia/ingestão de corpo estranho**

- Colocar os bebés a dormir no berço, num colchão firme, de costas, tapados apenas até aos ombros e com os pés a tocar no fundo do berço;
- Retirar todos os objetos do berço do bebé (fralda de pano, almofada, brinquedos/peluches);
- Oferecer brinquedos adequados à idade;
- Remover objetos pequenos do alcance dos bebés.

### **Queimaduras**

- Não coma/beba nem transporte alimentos quentes com a criança ao colo;
- Desaconselhar as crianças a brincarem na cozinha;
- Proteger as tomadas elétricas;
- Colocar aquecedores longe da zona de passagem das crianças;
- Manter velas, fósforos, isqueiros fora de alcance;

### **Afogamentos**

- Manter sempre a supervisão da criança durante o contacto com água;
- Despejar imediatamente a água do balde, alguidar, banheira e piscina insuflável imediatamente após a sua utilização;
- Colocar vedação à volta das piscinas;
- Colocar sempre as braçadeiras em águas paradas e/ou colete salva-vidas em águas agitadas e manter sempre a vigilância.

### **Final**

Nós, adultos, temos o dever de proteger as crianças de forma a que consigam crescer, desenvolverem-se e brincar de forma saudável, segura e feliz.

## Documento de Apoio ao Vídeo

### Enquadramento

Os acidentes são uma das principais causas de morte de crianças na Europa. Morrem cerca de 2.300 crianças no mundo, por dia, devido a acidentes. É no primeiro ano de vida que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente. O local mais frequente onde ocorrem os acidentes é em casa.

### Os acidentes mais comuns

1. Quedas;
2. Intoxicações;
3. Acidentes de viação;
4. Asfixia/ingestão de corpo estranho;
5. Queimaduras;
6. Afogamentos.

### Quedas

Morrem todos os anos 1500 crianças na Europa na sequência de uma queda.

Em Portugal, as quedas são a maior causa de ida à urgência e de internamentos por acidente.

É uma causa frequente de incapacidade com um risco significativo de sequelas a curto e longo prazo.

A maior parte das quedas ocorrem em casa e na escola.

De acordo com a OMS, 90% das quedas podem ser evitadas.

### Quedas- como prevenir

#### Em casa

- ✓ Organizar a mobília da casa e retirar objetos que possam obstruir o caminho das crianças;
- ✓ Fixar as estantes e prateleiras à parede;
- ✓ Colocar grades de proteção no início e no fim das escadas;

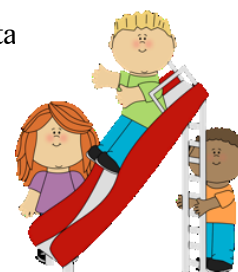


- ✓ Colocar material de segurança nas janelas para prevenir que abram mais do que 6.5cm, ou manter as janelas fechadas;
- ✓ Retirar objetos que permitam que a criança suba, principalmente ao pé de janelas e superfícies altas;
- ✓ Colocar cancelas ou fechos de segurança nas portas que dão acesso às varandas;
- ✓ Evitar uso de beliches em crianças com menos de 6 anos;
- ✓ Garantir que o bebé não fica sozinho em cima da cama, sofá, troca fraldas ou qualquer superfície alta;
- ✓ Elevar sempre as grades do berço;
- ✓ Apertar sempre os cintos de segurança do ovo e carro de transporte;
- ✓ Colocar sempre o ovo de transporte e a espreguiçadeira no chão e nunca em cima de superfícies altas (mesas/cadeiras);
- ✓ Manter a vigilância permanente da criança sempre que está sentada numa cadeira alta (cadeira de refeição) e encosta-la à parede, para não cair para trás;
- ✓ Promover a utilização de sapatos antiderrapantes em casa;
- ✓ Evitar a utilização de andarilhos (pela sua instabilidade);
- ✓ Ensinar as crianças a agarrarem-se ao corrimão enquanto sobem e descem as escadas, devagar, sem correr, saltar ou brincar;
- ✓ Desaconselhar as crianças a pegar em crianças mais novas.



### Na Rua

- ✓ Promover o uso de capacete sempre que a criança ande de bicicleta triciclo;
- ✓ Promover a correta e segura utilização dos trampolins e escorregas (uma criança de cada vez e com supervisão de adultos).



### Intoxicações

As intoxicações representam a segunda principal causa de internamento por acidente, em crianças dos 0-4 anos.

65% das intoxicações ocorrem em crianças entre o 1º e 4º ano de vida, devido à sua curiosidade e sem noção do perigo.

O local de maior ocorrência das intoxicações é em casa.

Os agentes mais comuns das intoxicações são medicamentos, produtos de limpeza, plantas tóxicas e picadas de inseto.

### **Intoxicações- como prevenir**

- ✓ Guardar medicamentos e produtos tóxicos (bebidas alcoólicas, produtos de limpeza, pesticidas) longe do alcance das crianças (armários altos e trancados);
- ✓ Manter sempre os produtos nas suas embalagens originais;
- ✓ Evitar colocar pesticidas em locais acessíveis às crianças;
- ✓ Evitar administrar medicamentos às escuras;
- ✓ Não ter plantas tóxicas em casa nem no jardim;
- ✓ Não deve apanhar ou ingerir cogumelos do campo sem os saber distinguir com exatidão.



### **Acidentes de viação**

Os acidentes de viação são a maior causa de morte infantil a nível mundial.

É também uma das principais causas de incapacidade temporária ou definitiva nas crianças e jovens.

Em Portugal, todas as semanas, mais de 20 crianças morrem ou ficam feridas na sequência de um atropelamento.

Em Portugal, todos os anos, cerca de 3.000 crianças são vítimas de acidentes rodoviários.

Os acidentes, devem-se, na maioria das vezes, a comportamentos de risco como excesso de velocidade, o não cumprimento do código da estrada e o consumo de bebidas alcoólicas, sendo evitáveis.

### **Acidentes de viação- como prevenir**

#### **Criança enquanto passageiro**

- ✓ O condutor deve cumprir o código da estrada;
- ✓ Usar sistema de retenção adaptado ao tamanho e peso da criança;
- ✓ Ideal utilizar cadeiras voltadas para trás até aos 3 ou 4 anos;



- ✓ Transportar as crianças no banco de trás, sentadas e com o cinto apertado durante todo o trajeto;
- ✓ As brincadeiras não devem interferir com a visibilidade, concentração e mobilidade do condutor;
- ✓ As crianças devem manter sempre a cabeça e os braços dentro do veículo;
- ✓ Devem entrar e sair do veículo pelo lado do passeio.

#### Criança enquanto peão

- ✓ Andar sempre pelo passeio, o mais afastado possível da faixa de rodagem;
- ✓ Atravessar a estrada sempre na passadeira, olhando para a esquerda, depois para a direita e novamente para a esquerda para garantir que pode passar;
- ✓ Atravessar a passadeira sem correr;
- ✓ Ensinar as crianças a interpretarem os sinais luminosos e atravessar apenas quando se encontra o sinal verde;
- ✓ Ensinar as crianças que devem andar pelo lado esquerdo, de frente para o trânsito;
- ✓ Utilizar roupa clara com adereços refletores se andarem na rua à noite.



#### Asfixia/ingestão de corpo estranho

A asfixia é a principal causa de morte acidental no 1º ano de vida das crianças e representa a 4ª causa de internamento por acidente em Portugal, em crianças dos 0-4 anos.

A maior parte dos corpos estranhos correspondem a objetos pequenos, nomeadamente peças de brinquedos, balões, tampas de caneta, feijões, amendoins, milho, botões, anéis, moedas e brincos.

#### Asfixia/ingestão de corpo estranho- como prevenir

- ✓ Retirar objetos pequenos do alcance dos bebés;
- ✓ Colocar os bebés a dormir no berço (e não na cama dos Pais,) num colchão firme, em decúbito dorsal (de costas), tapados apenas até aos ombros e com os pés a tocar no fundo do berço;
- ✓ Retirar fralda de pano, almofada, brinquedos e/ou peluches do berço do bebé;





- ✓ Oferecer brinquedos adequados à idade;
- ✓ Ensinar as crianças que os brinquedos são para brincar e não para comer ou colocar no nariz;
- ✓ Colocar sacos de plástico e balões fora do alcance das crianças;
- ✓ Não oferecer objetos pequenos tais como berlindes, botões, anéis e moedas às crianças.

### Engasgamento

Sinais: Tosse, coloração avermelhada/azulada/roxa da boca e face, dificuldade em respirar

### O que fazer

- ✓ Manter a calma;
- ✓ Encorajar a tosse e vigiar continuamente;
- ✓ Se a tosse se tornar ineficaz, chamar ajuda e iniciar manobras.

### Lactente

Virar o bebê de barriga para baixo, com a cabeça ligeiramente mais baixa que o corpo, suportando a cabeça com a mão e o restante do corpo apoiado no braço. Aplicar até 5 pancadas secas com a base da mão, no terço superior das costas do bebê (entre as omoplatas).



### Criança

Se a criança for pequena, utilizar a mesma técnica que o lactente. Se não for possível, colocar a criança numa posição inclinada para a frente e aplicar 5 pancadas secas com a base da mão, no terço superior das costas (entre as omoplatas).

Se isto for insuficiente, deve passar às compressões abdominais (manobra de Heimlich). Coloca-se ajoelhado ou de pé **atrás** da criança (dependendo do tamanho), abraça-a colocando os seus braços por baixo dos braços da criança, fecha um punho e coloca-o acima do umbigo. Apertando o punho fechado com a outra mão, deve aplicar até 5 compressões, puxando o punho para dentro do abdómen e para cima ao mesmo tempo. O objetivo não é aplicar o total das 5 compressões, mas sim que alguma das 5 compressões consiga desobstruir a via aérea.



Se não reverter, contactar imediatamente o 112 e iniciar manobras de reanimação.

## **Queimaduras**

Morrem todos os anos 17000 crianças na Europa vítimas de queimaduras.

Uma queimadura ocorre quando algumas ou todas as células da pele ou de outros tecidos são destruídos por líquidos quentes, sólidos quentes, chamas, radiação, radioatividade, eletricidade, fricção ou contacto químico.

Cerca de 70% das queimaduras são provocadas por líquidos quentes e vapores, na cozinha e/ou na casa-de-banho, com adultos por perto.

75% das queimaduras podiam ser evitadas.

## **Queimaduras- como prevenir**

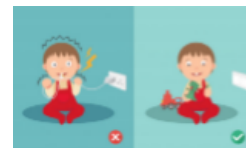
### Na cozinha

- ✓ Colocar as pegas dos tachos no fogão, viradas para dentro;
- ✓ Colocar panelas/comida quente na bancada a uma distância não-acessível para a criança;
- ✓ Não coma/beba nem transporte alimentos quentes com a criança ao colo;
- ✓ Não passe alimentos quentes por cima das crianças;
- ✓ Desaconselhar as crianças a brincarem na cozinha;
- ✓ Ensinar as crianças que a porta do forno aquece muito e que não se devem aproximar do mesmo;
- ✓ Verificar sempre a temperatura dos alimentos antes de os oferecer.



### No quarto e espaços de convívio

- ✓ Proteger as tomadas elétricas;
- ✓ Colocar os aquecedores em locais longe da passagem das crianças;
- ✓ Arrumar o ferro de engomar num sítio fora do alcance das crianças imediatamente após a sua utilização;
- ✓ Proteger a lareira e nunca a deixar acesa sem supervisão;
- ✓ Manter velas, fósforos e isqueiros fora de alcance (preferência por um lugar trancado);



### Na casa-de-banho

- ✓ Colocar a água fria antes da quente na preparação do banho;
- ✓ Verificar a temperatura da água com o cotovelo ou com um termómetro;
- ✓ Vigiar o banho da criança do início ao fim.

### Na rua (parque, praia)

- ✓ Evitar a exposição solar entre as 11h-17h;
- ✓ Utilizar fato de banho, chapéu e protetor solar à prova de água;
- ✓ Aplicar protetor solar de 2/2h e sempre após a criança ir à água.



### Afogamentos

Os afogamentos são a segunda causa de morte acidental nas crianças em Portugal.

O resultado pode ser, ou não, fatal, causando sequelas neurológicas graves.

Os principais locais onde ocorrem os afogamentos são em piscinas, praias, rios, lagoas, tanques e poços.

### Afogamentos- como prevenir

- ✓ Manter sempre a supervisão da criança durante o contacto com a água (banho, piscina, praia, a brincar numa poça);
- ✓ Despejar a água do balde, alguidar, banheira e piscina insuflável imediatamente após a sua utilização;
- ✓ Colocar vedação com trinco fechado à volta das piscinas e dos tanques e cobrir os poços com redes pesadas;
- ✓ Optar por praias e piscinas vigiadas e respeitar as bandeiras;
- ✓ Colocar sempre as braçadeiras às crianças em águas paradas, transparentes e pouco profundas e manter sempre a vigilância;
- ✓ Colocar colete salva-vidas em águas agitadas, turvas e profundas e manter sempre a vigilância;
- ✓ Informar as crianças que não devem ir nadar sozinhas e que se devem manter perto das margens;
- ✓ Verificar a profundidade da água antes de permitir que as crianças saltem;



- ✓ Ensinar as crianças a nadar o mais cedo possível;
- ✓ Após longos períodos ao sol, evitar entrar de repente na água;
- ✓ Aprender técnicas de suporte básico de vida.



Em caso de emergência, contactar o:

**112**

Em caso de suspeita ou de intoxicação, contactar o centro de informação antiveneno:

**800 250 250**

Em caso de lesão ou doença aguda não-emergente, contactar a linha SNS 24

**808 24 24 24**

## Referências Bibliográficas

Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal. Acedido a 20 de Julho de 2020, em: [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)

Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. Segurança Infantil. Acedido a 20 de Julho de 2020, em APSI: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/seguranca-infantil>

Child Accident Prevention Trust. Accidents can be prevented - suffocation. Acedido a 22 de Julho de 2020, em: CAPT: <https://www.capt.org.uk/suffocation-prevention>

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. (2019). Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021. Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.

European Child Safety Alliance. (2012). Perfil de Segurança Infantil do País. APSI.

Heerman, W. J., Perrin, E. M., Yin, H. S., Sanders, L. M., Eden, S. K., Shintani, A., Coyne-Beasley, T., Bronaugh, A. B., Barkin, S. L., & Rothman, R. L. (2014). Health literacy and injury prevention behaviors among caregivers of infants. *American journal of preventive medicine*, 46(5), 449–456. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.005>

Instituto Nacional de Emergência Médica, Departamento de Formação em Emergência Médica. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico.

Martins, C. B. (2006). Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), 344- 348.

Ramos, A., Nunes, L. (2012). Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças. *Revista Percursos*, 26. Rebelo, J., Campos, T. A., Gonçalves, A., Trindade, E., Dias, J. A. (2012). Onde está o corpo estranho? Dois casos clínicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (1), 21-3.

Rodrigues, M. T. (2016). Aspiração de corpo estranho na criança: um perigo escondido. (Nascer e Crescer, Ed.) *Scielo Portugal*, 25 (3). Sociedade Portuguesa de Pediatria.

(2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente (SMSL). Acedido a 23 de Julho de 2020 em SPP: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?Idn=116&ID=132&op=2>

World Health Organization. (2009). Glossary of Patient Safety Concepts and References. Disponível em [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_technical\\_annex2.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_technical_annex2.pdf)

Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L., Abrams, M. A., Sanders, L. M., & Dreyer, B. P. (2009). The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*, 124 Suppl 3, S289–S298.



**APÊNDICE XVII – Norma de Procedimento  
“Ensinos aos Pais Sobre as Medidas de  
Segurança”**

## **1. DESIGNAÇÃO**

### **NORMA – Ensinos aos Pais Sobre as Medidas de Segurança**

## **2. PADRÃO JCI**

### *Cuidados ao Doente (COP)*

COP.1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes.

COP.2 Existe um processo para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada doente.

## **3. OBJETIVOS**

Uniformizar a informação transmitida pela equipa de Enfermagem aos pais e/ou outros prestadores de cuidados relativamente às medidas a adotar para garantir a segurança do recém-nascido (RN).

Promover a literacia em saúde dos pais e/ou outros cuidadores dos RN internados sobre as medidas de segurança a adotar nos cuidados aos mesmos, para prevenir os acidentes infantis.

## **4. APLICAÇÃO/DESTINATÁRIOS**

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Neonatologia.

Pais e cuidadores dos RN internados na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Neonatologia.

## **5. DEFINIÇÕES**

Desenvolvimento infantil – Processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até à idade adulta (CIPE, 2011:48).

Parentalidade – 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, 2011:66).

Literacia em saúde – Conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter uma boa saúde (DGS, 2019).

Ensinar – Ação de informar com características específicas: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com saúde (CIPE, 2011:96).

Supervisionar – Ação de monitorizar com as características específicas: inspecionar o progresso de alguém ou de alguma coisa (CIPE, 2011:99).

Treinar – Ação de instruir com características específicas: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa (CIPE, 2011:100).

Validar – Ação de observar com as características específicas: estabelecer a exatidão, qualidade ou condição de alguma coisa (CIPE, 2011:104).

Os acidentes representam um grave problema, com grande impacto a nível da saúde e bem-estar das crianças, bem como na qualidade de vida das suas famílias e comunidades (DGS, 2010). Em Portugal os acidentes são uma das principais causas de morte infantil, sendo que é durante o primeiro ano de vida que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente (APSI, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define um acidente como um evento inesperado, não-planeado, indesejado e/ou não-intencional com consequências adversas que pode resultar em lesão ou morte (World Health Organization, 2009). No entanto, surgiu o conceito de que o acidente é um evento previsível e pode ser prevenido (Alves, 2016). A APSI estima que 80% dos acidentes na população infantil são evitáveis se as pessoas adotarem estratégias adequadas e seguras para os prevenir (APSI, 2010).

Segundo a UNICEF, as crianças têm direito a viver, crescer e aprender num ambiente seguro e protetor (UNICEF, 2020). Sendo que as crianças, nos primeiros anos de vida, são totalmente dependentes dos seus cuidadores, os Enfermeiros têm um papel fundamental na capacitação parental, através da promoção da literacia em saúde, para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências que lhes permitam criar

ambientes seguros, de forma a garantir o direito das crianças de viverem, crescerem e desenvolverem-se num ambiente seguro e saudável.

O Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021, que identifica os profissionais de saúde como um dos três pilares de intervenção, afirma que se devem realizar intervenções para a população que promovam a Literacia em Saúde. Acrescentar a isto, a evidência indica que as famílias aprendem e aplicam melhor a informação que está a ser transmitida, se o aconselhamento for específico e centrado em questões concretas (Goes, 2019).

## **6. PROCEDIMENTO**

1. Ensinar os pais e/ou outros prestadores de cuidados sobre as medidas de segurança infantil no âmbito da prevenção de acidentes.

### **Prevenção de quedas**

- Garantir que o RN não fica sozinho em cima da cama, sofá, troca-fraldas ou qualquer superfície alta;
- Elevar sempre as grades do berço;
- Apertar sempre os cintos de segurança da cadeira de transporte;
- Colocar a cadeira de transporte e a espreguiçadeira no chão e nunca em cima de superfícies altas;
- Utilizar sapatos antiderrapantes em casa;
- Proibir que os irmãos mais velhos/crianças peguem no RN sem supervisão.

### **Prevenção de intoxicações**

- Manter sempre os produtos nas suas embalagens originais;
- Não colocar pesticidas em zonas comuns;
- Não ter plantas tóxicas em casa;
- Não administrar medicamentos às escuras.

### **Prevenção de asfixia**

- Colocar o RN a dormir no berço (e não na cama dos Pais), num colchão firme, em decúbito dorsal, tapados apenas até aos ombros e com os pés a tocar no fundo do berço;
- Retirar fralda de pano, almofada, fitas da chucha, babete, brinquedos e/ou peluches do berço;
- Retirar objetos pequenos do alcance do RN;
- Evitar o sobreaquecimento do RN.

### **Prevenção de queimaduras**

- Não coma, beba ou transporte alimentos quentes com o RN ao colo;
- Não passe alimentos/líquidos quentes por cima dos RN;
- Verificar sempre a temperatura do biberon antes da administração;
- Colocar a água fria antes da quente na preparação do banho;
- Verificar a temperatura da água do banho com o cotovelo ou com um termómetro;
- Evitar a exposição solar entre as 11h-17h.

### **Prevenção de afogamentos**

- Manter sempre a supervisão do RN durante o contacto com água;
- Encher a banheira com água apenas até ao nível do umbigo do RN;
- Utilizar técnica correta de posicionamento do RN (pinça) no banho;

### **Manobra de desengasamento**

Sinais de engasamento: dificuldade respiratória, tosse, cianose peribucal e facial.

O que fazer: Virar o bebé de barriga para baixo, com a cabeça ligeiramente mais baixa que o corpo, suportando a cabeça com a mão e o restante corpo apoiado no braço, e aplicar até 5 pancadas secas com a base da mão, no terço superior do dorso do bebé (pancadas interscapulares).

### **Transporte seguro do recém-nascido**

O sistema de retenção para crianças (SRC) deve ser escolhido de acordo com o Regulamento n.º 44 da Comissão Económica para a Europa das Nações Unidas. Deve

optar-se por um sistema de retenção homologado pelo R44 ou pelo R129, até aos 13kg ou 75cm (este tipo de SRC reduzem entre 90-95% a ocorrência de morte ou de lesões graves em crianças). O SRC escolhido para transportar o RN deve possuir a etiqueta “E” que contém as seguintes informações - universal (pode ser utilizada em qualquer veículo), o grupo de peso (importante para a escolha adequada a cada criança), número junto ao E (país de origem da cadeira), número de aprovação (deve começar por 03 ou 04 que significa que estão homologadas pelo Regulamento R44 – peso, ou pelo Regulamento R129 – i-Size). As cadeiras homologadas devem ser instaladas no carro através do sistema isofix, ou com o cinto de segurança, em lugares que não tenham airbag frontal ativo.

### **Intervenção de Enfermagem**

- Gerir ambiente;
- Executar lavagem das mãos, antes e após o procedimento;
- Verificar se a cadeira cumpre as normas preconizadas pela Comissão Económica para a Europa das Nações Unidas para o transporte de recém-nascidos;
- Verificar o estado de conservação e funcionalidade da cadeira;
- Verificar se a cadeira se adequa à idade e peso do recém-nascido;
- Verificar se os pais sabem utilizar a cadeira e se já foi experimentada no automóvel;
- Explicar aos pais como devem colocar o RN na cadeira de transporte:
  - O RN deve ser colocado no SRC sem casacos grossos, porque podem impedir a correta colocação do arnês, deixando folgas, e que em caso de travagem ou acidente, aumenta o risco de lesão;
  - Não utilizar almofadas ou outras proteções debaixo ou atrás do RN, pois impedem que este fique bem apoiado no fundo e nas costas da cadeira;
  - Verificar se a cadeira tem redutor, para que a cabeça fique bem ajustada;
  - O arnês deve estar regulado à altura do ombro;
  - Depois de colocado, verificar se o arnês está dobrado ou com folgas; só deve ser possível colocar um dedo entre o ombro do RN e o cinto;
  - Demonstrar aos pais como é importante o RN estar bem preso à cadeira através dos cintos internos.

- Informar que as viagens longas são desaconselhadas no caso dos RN prematuros enquanto estes não tiverem um bom controlo do pescoço.
  - Verificar se o bebé está confortável e seguro na cadeira;
  - Verificar se os pais sabem colocar a cadeira no automóvel (utilização de sistema isofix ou colocação dos cintos do automóvel, transportar o RN no banco de trás, ou no caso de ser necessário transportá-lo no banco da frente, que seja com o airbag frontal desativado, e transportar sempre o RN no sentido contrário à marcha desde o nascimento até aos 3-4 anos);
  - Realizar ensinios adequados às necessidades dos pais;
  - Esclarecer dúvidas.
2. Validar com os pais e/ou outros prestadores de cuidados os ensinios relacionados com a segurança da criança no âmbito da prevenção de acidentes.
  3. Efetuar registos no sistema informático dos ensinios e validação das competências adquiridas pelos prestadores de cuidados, no âmbito da segurança infantil e prevenção de acidentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, C. (2016). Prevenir os acidentes na criança e no adolescente. Disponível em [http://metis.med.up.pt/index.php/Prevenir\\_os\\_acidentes\\_na\\_crian%C3%A7a\\_e\\_no\\_adolescente](http://metis.med.up.pt/index.php/Prevenir_os_acidentes_na_crian%C3%A7a_e_no_adolescente).

Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal. Disponível em [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)

Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Direção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma nº 010/2013, de 31/05/2013.

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. (2019). Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021. Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Goes, A. R. (2019). Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções . Saúde & Tecnologia, 22, pp. 08-12.

Pousa, O. S. (2020). Preparação para a Alta do Recém-Nascido. In A. P. Sequeira, Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (pp. 323-325). Lidel.

Reichert, A., Almeida, A., Souza, L., Silva, M., & Collet, N. (Fevereiro de 2012). Vigilância do Crescimento Infantil: Conhecimento e práticas de Enfermeiros da atenção primária à saúde. Rev Rene , pp. 114-26.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). Transporte do Recém-Nascido no Automóvel. Disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>

UNICEF (2020). Sobrevivência e Desenvolvimento. Disponível em <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/%C3%A1reas-de-actuacao/sobrevivencia/>

World Health Organization. (2009, Janeiro). Glossary of Patient Safety Concepts and  
References. Disponível em  
[https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_technical\\_annex2.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_technical_annex2.pdf)



**APÊNDICE XVIII – Norma de Procedimento  
“Norma de Procedimento Teste do Recém-  
Nascido no Sistema de Retenção”**

## 1. DESIGNAÇÃO

### **NORMA – Teste do Recém-Nascido no Sistema de Retenção**

## 2. PADRÃO JCI

### Cuidados ao Doente (COP)

COP.1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes.

COP.2 Existe um processo para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada doente.

## 3. OBJETIVOS

Uniformizar o procedimento de Enfermagem, relativamente ao teste do recém-nascido no sistema de retenção, na alta do recém-nascido do Serviço de Neonatologia do Hospital.

## 4. APLICAÇÃO/DESTINATÁRIOS

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Neonatologia.

## 5. DEFINIÇÕES

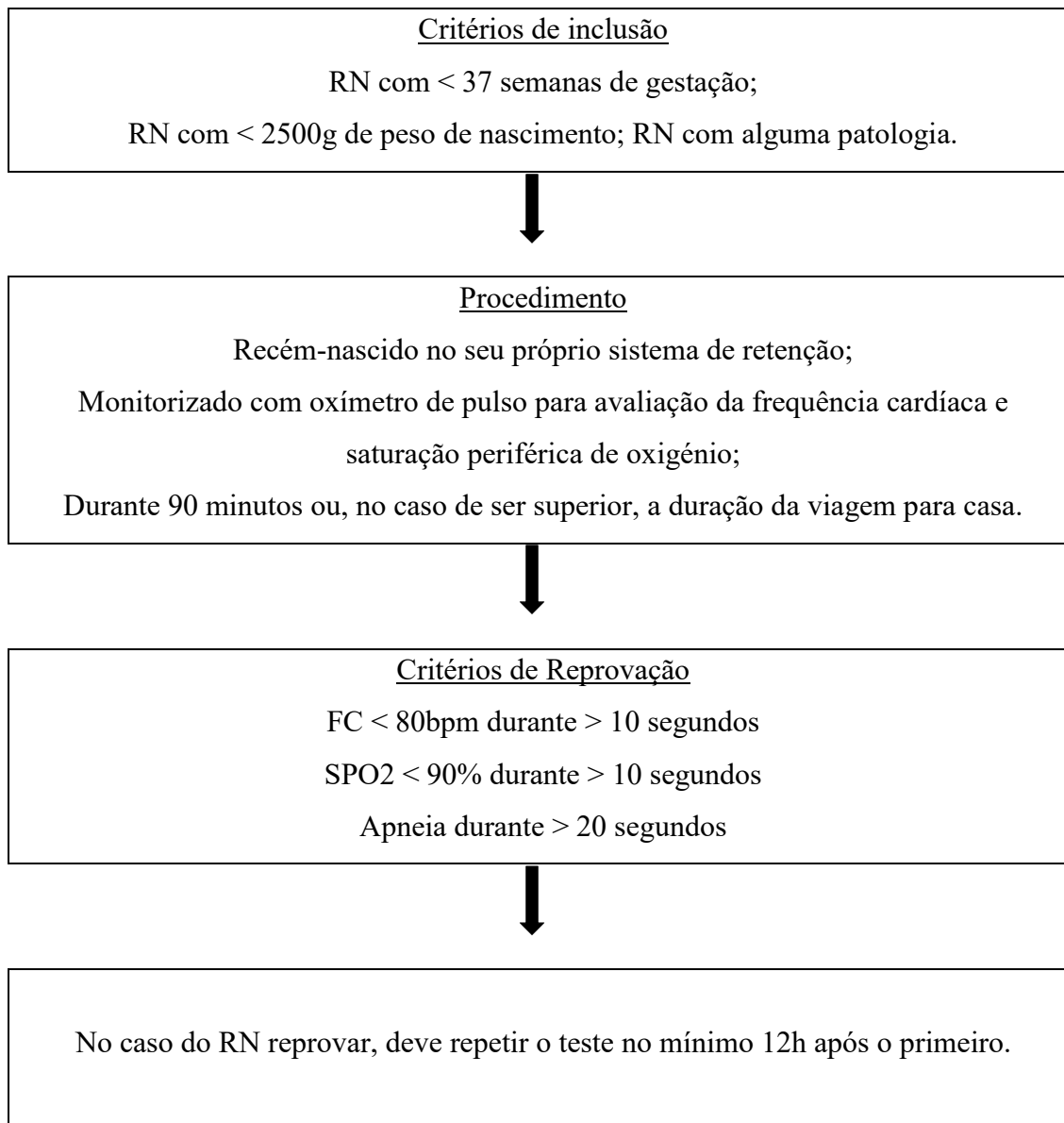
O teste do recém-nascido (RN) no sistema de retenção, conhecido nesta unidade como o teste da cadeirinha, e em inglês como “infant car seat challenge” tem sido recomendado pela American Academy of Pediatrics desde o início de 1990 (Davis et al., 2020). Este procedimento consiste em monitorizar os recém-nascidos de risco, nomeadamente prematuros, colocados no sistema de retenção, para despistar episódios de apneia, bradicardia, e dessaturações periféricas de oxigénio com o objetivo de identificar se os RN têm a mesma estabilidade hemodinâmica sentados no sistema de retenção, que em decúbito dorsal no berço (Davis et al., 2020). Isto deve-se ao facto dos RN prematuros terem menor tónus muscular e menor controlo cefálico do que os RN de termo. Pelo que, quando sentados numa posição com inclinação de 40/45°, adquirem uma postura mais flectida que pode causar compromisso da via aérea (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Um estudo Americano identificou que este procedimento foi adotado pela maioria das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais nos Estados Unidos. No entanto, revela que,

embora haja semelhanças na prática, não existe um protocolo específico que seja transversal a todas as unidades, não sendo assim possível uniformizar os cuidados (Davis et al., 2013).

Adicionalmente, em 2016, a Canadian Paediatric Society afirmou que não havia evidência suficiente que justificasse a realização deste procedimento antes da alta do RN. Em Portugal, o teste do recém-nascido no sistema de retenção é identificado pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia, como um procedimento obrigatório a realizar antes do RN ter alta para casa (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

## 6. PROCEDIMENTO



## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Brás, A., Pratinha, C., Oliveira, S., Figueiredo, M. B., Ramos, M., Guimarães, H. (2019). Car Seat Challenge in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 8(2), e080202. <https://doi.org/10.7363/080202>

Davis, N. L., & Cheo, S. (2020). A National Survey of Car Seat Tolerance Screening Protocols in Neonatal Intensive Care Units. *Academic pediatrics*, S1876-2859(20)30058-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.004>

Davis, N. L., Zenchenko, Y., Lever, A., & Rhein, L. (2013). Car seat safety for preterm neonates: implementation and testing parameters of the infant car seat challenge. *Academic pediatrics*, 13(3), 272–277. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.01.009>

Degrazia, M., Guo, C. Y., Wilkinson, A. A., & Rhein, L. (2010). Weight and age as predictors for passing the infant car seat challenge. *Pediatrics*, 125(3), 526–531. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1715>

Heffernan, M., Donald, E., & Davis, N. L. (2017). Critical congenital heart disease screening does not predict car seat tolerance screen outcomes. *Journal of Neonatal Nursing*, 24 (2), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.08.002>

Magnarelli, A., Shah Solanki, N., & Davis, N. L. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late-Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20191703. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1703>

McLaurin-Jiang, S., Hannon, E. A., Seashore, C., Orr, C. J., Ritter, V., & Flower, K. B. (2019). Recent Trends in Infant Car Seat Tolerance Screening Failure Within a Large Health Care System, 2014-2018. *Hospital pediatrics*, 9(10), 813–817. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2019-0078>

Peters M. D. J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A. C., Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Quinn, J. M., Sparks, M., & Gephart, S. M. (2017). Discharge Criteria for the Late Preterm Infant: A Review of the Literature. *Advances in neonatal care : official journal of*

the National Association of Neonatal Nurses, 17(5), 362–371.  
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000406>

Shah, M. D., Dookeran, K. A., & Khan, J. Y. (2017). Clinical Outcomes Associated with a Failed Infant Car Seat Challenge. *The Journal of pediatrics*, 180, 130–134.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.09.072>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). Transporte do RN no Automóvel. Disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>

**APÊNDICE XIX – Plano de Sessão  
“Segurança Infantil e Prevenção de  
Acidentes”**



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório

2º Ano, 1º Semestre

**Plano de Sessão – Segurança Infantil e Prevenção  
de Acidentes  
Serviço de Neonatologia**

**Discente:** Margarida Tavares Costa, N° 192019009

**Docente:** Professora Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeiro Orientador:** M. C.

Lisboa, Novembro 2020

## **ÍNDICE**

1. Planificação da Sessão.....	3
2. Plano da Sessão.....	4
3. Avaliação da Sessão.....	5

## **ANEXOS**

Anexo I. Questionário de Avaliação da Sessão de Formação.....	6
Anexo II. Dispositivos da Apresentação “Acidentes Infantis” .....	7

## 1. Planificação da Sessão

<p><b>Data:</b> 10 de Novembro de 2020</p> <p><b>Hora:</b> Manhã</p> <p><b>Local:</b> Webinar Online</p> <p><b>Destinatários:</b> Enfermeiros do Departamento de Pediatria – Neonatologia, UCIPED e Internamento</p> <p><b>Duração:</b> 1h;</p> <p><b>Instituição/Serviço:</b> Serviço de Neonatologia, UCIPED e Internamento de Pediatria</p>
<p><b>Organização</b></p> <p>Margarida Costa – Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Universidade Católica Portuguesa – <b>Formadora</b></p> <p>M. C. Enfermeira Responsável da Neonatologia</p>
<p><b>Metodologia da Formação</b></p> <p>Expositiva</p>
<p><b>Fundamentação da Pertinência do Tema</b></p> <p>Os acidentes são a maior causa de morte e de incapacidade nas crianças Portuguesas (European Child Safety Alliance, 2012). Em 2019, representaram 1/5 dos atendimentos totais neste SUP. É importante conhecer e compreender os fatores de risco dos acidentes para que se possa implementar estratégias eficazes na sua prevenção (Ramos, 2012).</p>
<p><b>Objetivos:</b> Sensibilizar os Enfermeiros sobre a problemática dos acidentes infantis;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Capacitar a equipa de Enfermagem para os ensinamentos que devem ser feitos aos cuidadores no âmbito da prevenção de acidentes;</li><li>Promover as boas práticas no âmbito da promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes em ambiente hospitalar;</li><li>Apresentar o procedimento do teste de apneia do RN de risco no sistema de retenção.</li></ul>

## 2. Plano da Sessão

<b>Fases da Sessão e Conteúdos Programáticos</b>	<b>Método</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b> Apresentação da formadora; Apresentação do sumário e objetivos da sessão; Preenchimento de questionário inicial; Percurso do projeto de segurança infantil durante o Mestrado.	Expositivo	Computador e powerpoint	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b> Enquadramento dos acidentes; Epidemiologia dos acidentes na população-alvo do hospital; Ensinos aos Pais sobre prevenção de acidentes; Segurança do recém-nascido no sistema de retenção; Prevenção de acidentes em ambiente hospitalar; Teste de apneia do RN pré-termo no sistema de retenção.	Expositivo	Computador e powerpoint	45 minutos
<b>Conclusão</b> Considerações finais; Esclarecimento de dúvidas e/ou questões; Avaliação da sessão (aplicar questionário de avaliação).	Expositivo & Interativo	Computador e powerpoint	5-10 minutos

### **3. Avaliação da Sessão**

Será aplicado um questionário no início da sessão, para averiguar a frequência com que os Enfermeiros realizam o teste do recém-nascido no sistema de retenção antes da alta, e os seus conhecimentos e práticas habituais quanto ao procedimento em si e aos valores/critérios de aprovação e/ou reprovação.

De igual forma, será aplicado um questionário semelhante no final da sessão, que possibilita a comparação dos dados para verificar se a formação contribuiu, ou não, para o desenvolvimento de novos conhecimentos e melhoria da prática.

O questionário final tem também como objetivo avaliar a sessão quanto à relevância do tema da segurança infantil, conteúdo da sessão, aplicabilidade no serviço e uma avaliação geral da formação.

### **Referências Bibliográficas**

European Child Safety Alliance. (2012). *Perfil de Segurança Infantil do País*. APSI.

Ramos, A. L. (2012). *Construção de um Instrumento de Medição de Risco de Lesão Não Intencional em Ambiente Doméstico/Familiar, em Crianças Até Aos Quatro Anos*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.



**APÊNDICE XX – Sessão de Formação  
“Segurança Infantil e Prevenção de  
Acidentes”**



# SEGURANÇA INFANTIL E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

ENFERMEIRA E MESTRANDA MARGARIDA COSTA  
ORIENTADORA M. C.  
E PROF.ª DOUTORA MARGARIDA LOURENÇO

## SUMÁRIO

Objetivos da sessão

Enquadramento

Epidemiologia dos acidentes no SUP do Hospital de Cascais

Ensinos aos Pais

Transporte seguro no sistema de retenção

Prevenção de acidentes em ambiente hospitalar

Teste de apneia do recém-nascido pré-termo no sistema de retenção

# QUESTIONÁRIO INICIAL

Agradeço o preenchimento deste breve questionário

<https://forms.gle/e3QUkNGyNMg8cU4c9>

## OBJETIVO

**Sensibilizar** sobre a problemática dos acidentes infantis;

**Capacitar** a equipa de Enfermagem para os ensinosaos que devem ser feitos aos cuidadores no âmbito da prevenção de acidentes;

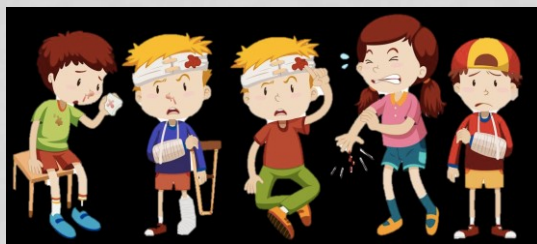
**Promover** as boas práticas no âmbito da promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes em ambiente hospitalar;

**Dar a conhecer** o procedimento do teste de apneia do recém-nascido de risco no sistema de retenção.

# ENQUADRAMENTO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define um acidente como um evento inesperado, não-planeado, indesejado e/ou não-intencional com consequências adversas que pode resultar em lesão ou morte.

(World Health Organization, 2009).



Surgiu o conceito de que o acidente é um evento previsível e pode ser prevenido.

(Alves, 2016)

# ENQUADRAMENTO

Morrem cerca de 2.300 crianças no mundo, por dia, devido a acidentes.

(WHO, 2020)

Em Portugal os acidentes são uma das principais causas de morte infantil.

(APS, 2017)



## ENQUADRAMENTO

Entre 1992 e 2015, morreram 6.273 crianças e jovens na sequência de um acidente.

Entre 2000 e 2016, foram internadas aproximadamente 138.000 crianças e jovens na sequência de um acidente.

Entre 2013 e 2016, foram realizadas cerca de 100.000 chamadas de emergência (112) a relatar acidentes. (38% das chamadas da população até



(APSI, 2017)

## ENQUADRAMENTO

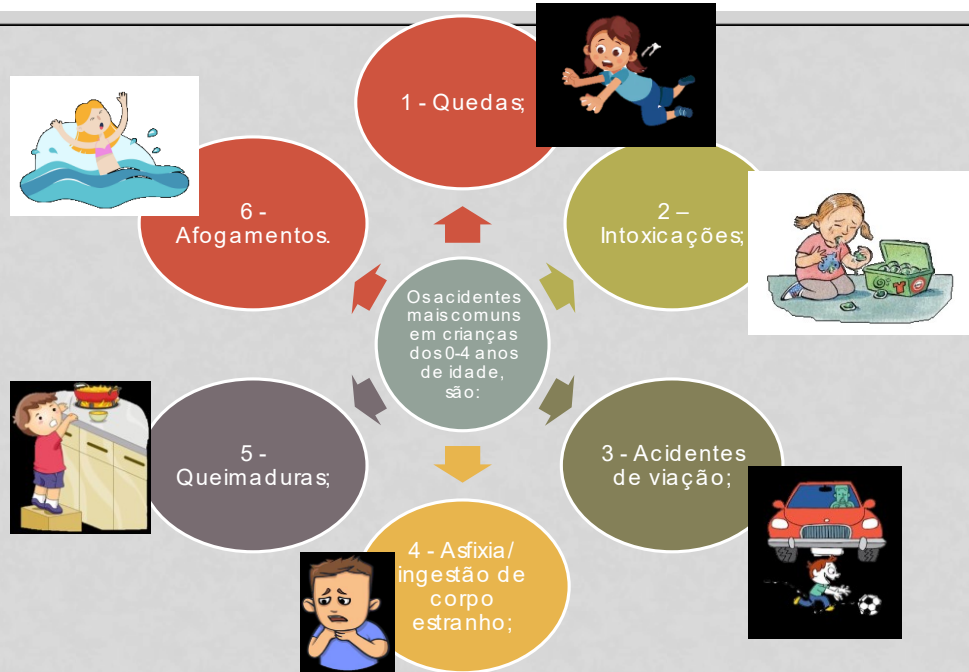
É durante o primeiro ano de vida que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente.

(Relatório de Avaliação de Segurança Infantil, 2017)

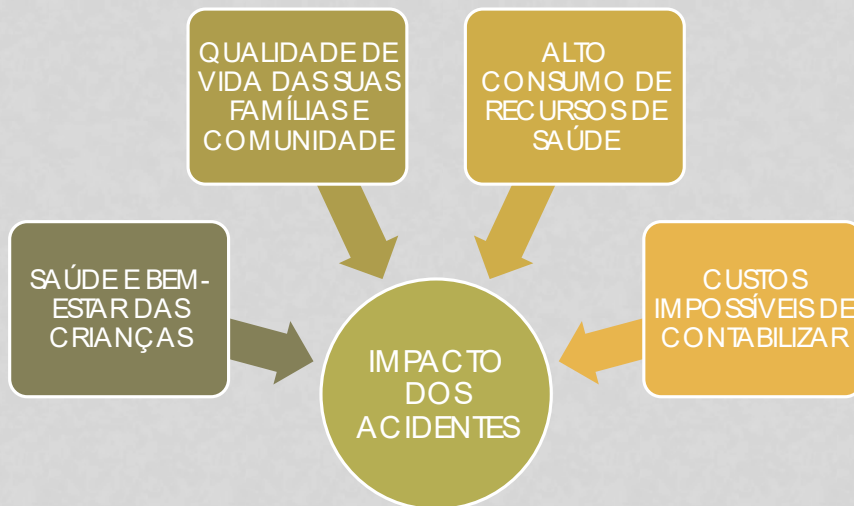
O local mais frequente onde ocorrem os acidentes é no domicílio.

(Contreiras & Rodrigues, 2014)

# ENQUADRAMENTO



# ENQUADRAMENTO



(Batalha, S., 2016)

## ENQUADRAMENTO

**80%** dos acidentes na população infantil são evitáveis se as pessoas adotarem estratégias adequadas e seguras para os prevenir.

(APSI, 2010)

## ENQUADRAMENTO

### Enquanto Enfermeiro

INTERVIR EM  
VÁRIOS  
CONTEXTOS  
DIFERENTES



CAPACITAÇÃO  
DOS  
CUIDADORES



PROMOÇÃO  
DA LITERÁCIA  
EM SAÚDE



PROMOVER A  
ADOÇÃO DE  
COMPORTAMENTOS  
SEGUROS E  
IMPLEMENTAÇÃO DE  
MEDIDAS DE  
SEGURANÇA

## EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES NO SUP DO HOSPITAL

Em 2019, o número de atendimentos neste Serviço de Urgência Pediátrica foi 54.998.

Desses 54.998, **10.330** foram triados através de fluxogramas que podem representar lesões acidentais.

*(BI- Sistemas de Informação do Hospital, 2020)*

Os acidentes representam aproximadamente 1/5 das vindas à urgência.

## EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES NO SUP

Fluxograma da Triagem de Manchester relativos aos Acidentes em 2019



*(BI- Sistemas de Informação do Hospital, 2020)*

## ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

INTERVIR EM VÁRIOS CONTEXTOS

ADEQUAR ENSINOS À CRIANÇA

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

## ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

RN

GRADES DO BERÇO  
SUPERFÍCIES ALTAS  
CINTOS DE  
SEGURANÇA DO SR  
CADEIRA E  
ESPREGUIÇADEIRA  
NO CHÃO  
COLO DE  
CRIANÇAS MAIS  
VELHAS  
(PAIS) SAPATOS  
ANTIDERRAPANTES  
AMBIENTE  
ARRUMADO

Quedas

CRIANÇA

ESCADAS  
JANELAS E PORTAS  
DE VARANDA  
TRANCADAS  
OBJETOS QUE  
PERMITAM SUBIR  
EVITAR ANDARILHOS  
SAPATOS  
ANTIDERRAPANTES  
CAPACETE

## ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

RN

**Intoxicações**

CRIANÇA

PRODUTOS NAS  
EMBALAGENS  
ORIGINAIS  
PESTICIDAS  
PLANTAS TÓXICAS  
MEDICAMENTOS À  
ESCURA

GUARDAR  
MEDICAMENTOS E  
PRODUTOS TÓXICOS  
COGUMELOS/  
FRUTOS SELVAGENS

## ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

RN

**Acidentes de viação**

CRIANÇA

SISTEMA DE  
RETENÇÃO SEGURO  
DIREÇÃO  
CONTRÁRIA À  
MARCHA  
ATRÁS OU LUGAR  
SEM AIRBAG ATIVO

CUMPRIR CÓDIGO  
DA ESTRADA

BANCO DE TRÁS  
CADEIRA  
ADEQUADA AO  
PESO E ALTURA  
PASSEIO, MAIS  
AFASTADOS DA  
ESTRADA  
PASSADEIRA  
DIREÇÃO  
CONTRÁRIA AO  
TRÂNSITO

## ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

RN

DORMIR NO BERÇO –  
COLCHÃO FIRME,  
DECÚBITO DORSAL,  
TAPADO ATÉ AOS  
OMBROS, PÉS A  
TOCAR NO FUNDO  
OBJETOS DO BERÇO  
SOBRE AQUECIMENTO

**Asfixia/ Ingestão de  
corpo estranho**

MANOBRA DE  
DESENGASGAMENTO

CRIANÇA

BRINQUEDOS  
ADEQUADOS À  
IDADE  
ATENÇÃO A  
OBJETOS PEQUENOS  
(BERLINDES, BOTÕES,  
ANIS, MOEDAS)  
FRASCOS DE PLÁSTICO  
E BALÕES

## ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

RN

BIBERON  
ÁGUA DO BANHO  
COMER OU BEBER  
COM RN AO COLO  
EXPOSIÇÃO SOLAR

**Queimaduras**

CRIANÇA

FOGÃO/FORNO  
FERRO DE  
ENGOMAR  
TOMADAS  
ELÉTRICAS  
LAREIRA/  
AQUECEDORES  
VELAS, FÓSFOROS,  
ISQUEIROS  
PROTECTOR SOLAR

## ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

RN

**Afogamentos**

CRIANÇA

SUPERVISÃO BANHO  
ÁGUA ATÉ UMBIGO  
POSCIONAMENTO  
CORRETO (PINÇA)

SUPERVISÃO  
CONTACTO COM  
ÁGUA  
DESPEJAR BALDE/  
ALGUIDAR/PISCINA  
INSUFLÁVEL  
VEDAÇÃO PISCINA/  
TANQUE  
PRAIAS VIGIADAS  
BRAÇADEIRAS E  
COLETES

## SISTEMA DE RETENÇÃO

Homologado pelo R44 ou  
pelo R129, até aos 13kg ou  
75cm;

Etiqueta "E" – universal, o  
grupo de peso, número  
junto ao E, número de  
aprovação (deve começar  
por 03 ou 04 que significa  
que estão homologadas);

Instalado no carro através  
do sistema isofix ou cinto  
de segurança, em lugares  
que não tenham airbag  
ativo.

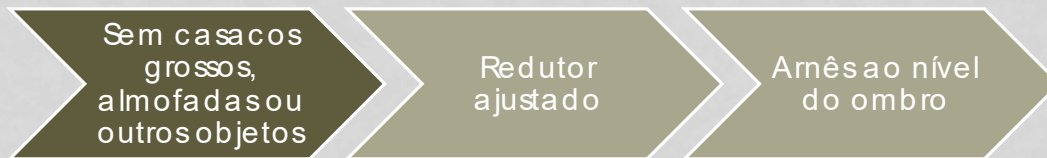
# TRANSPORTE SEGURO NO SISTEMA DE RETENÇÃO

## Intervenção de Enfermagem

### VERIFICAR



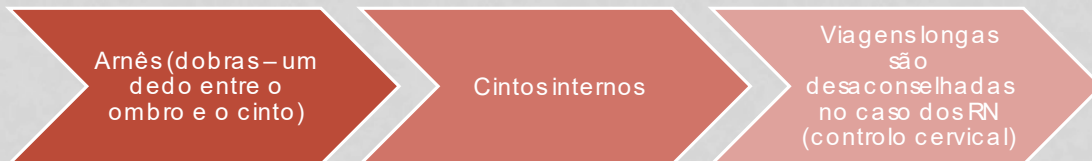
### EXPLICAR



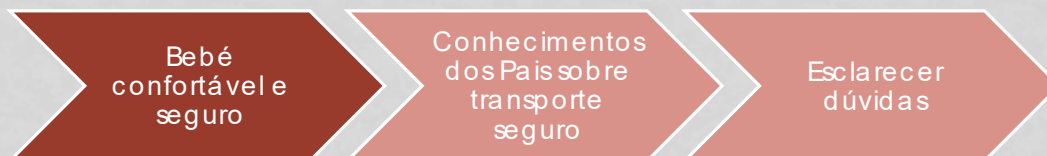
# SISTEMA DE RETENÇÃO

## Intervenção de Enfermagem

### CONFIRMAR



### VALIDAR



Sistema isofix / cintos  
Banco de trás  
Airbag desativado  
Sentido contrário à marcha até 3-4 anos

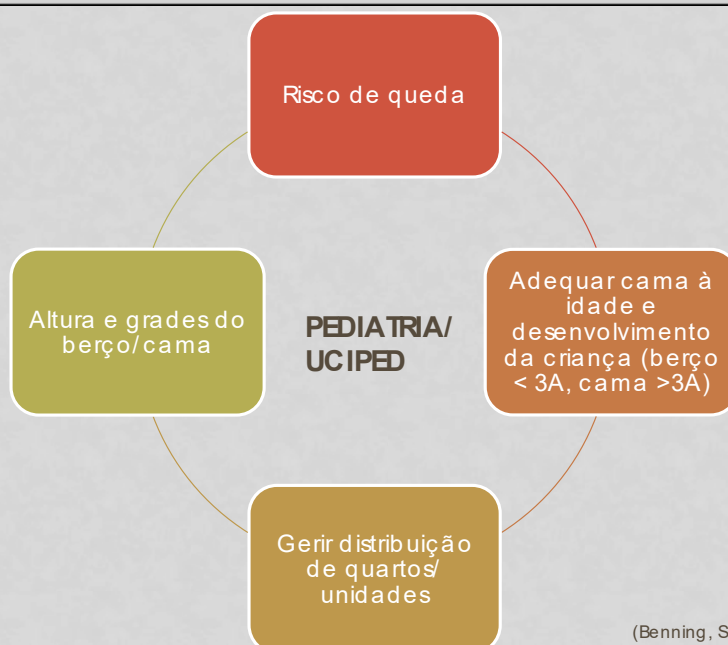
## PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM AMBIENTE HOSPITALAR

AMBIENTE DESCONHECIDO

OBJETOS HOSPITALARES – BARREIRAS E OBSTÁCULOS

CANSAÇO/SOBRECARGA DOS CUIDADORES

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM AMBIENTE HOSPITALAR



(Benning, S, 2019 & Gurgel, S, 2017)

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM AMBIENTE HOSPITALAR



## PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM AMBIENTE HOSPITALAR



## TESTE DE APNEIA DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO

“Infant car seat test” recomendado pela AAP desde 1990

Monitorização do RN pré-termo, sentado no sistema de retenção, para despiste de apneias, bradicardias e diminuição da saturação periférica de oxigénio

Identificar se os RN possuem a mesma estabilidade hemodinâmica no sistema de retenção, que em decúbito dorsal no berço

(Magnarelli, A., 2020)

## TESTE DE APNEIA DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO

Em Portugal

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia identifica o teste de apneia do RN no SR como um procedimento obrigatório.

A literatura

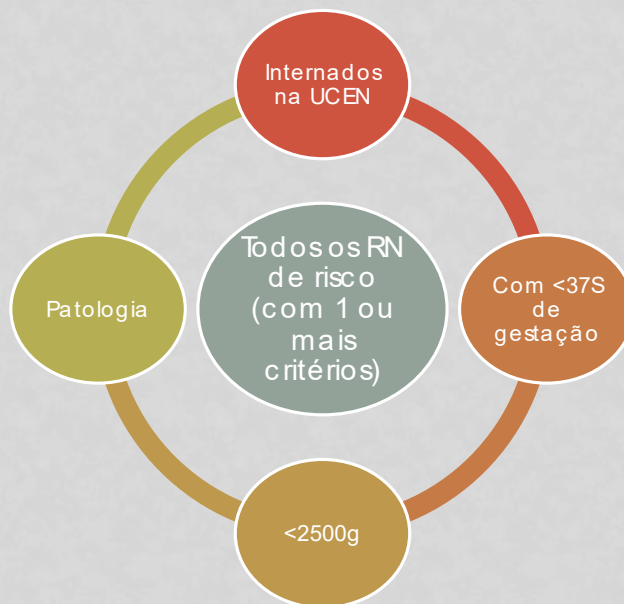
- Revela que este procedimento é realizado em várias unidades de cuidados neonatais, no entanto, não existe um protocolo específico que seja transversal.

Scoping Review

- Para fundamentar a norma de procedimento com evidência científica mais recente.

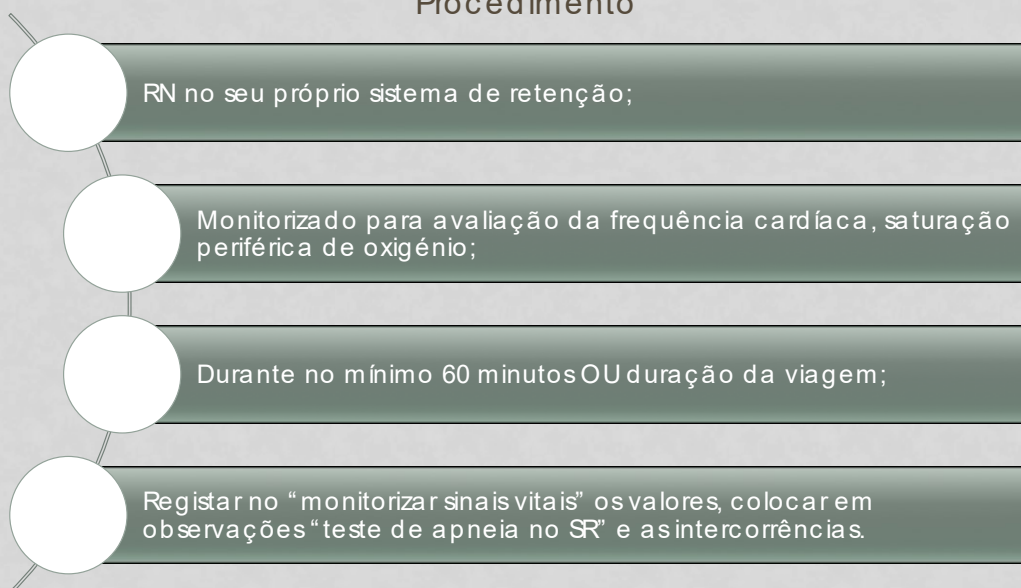
## TESTE DE APNEIA DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO

### Critérios de inclusão

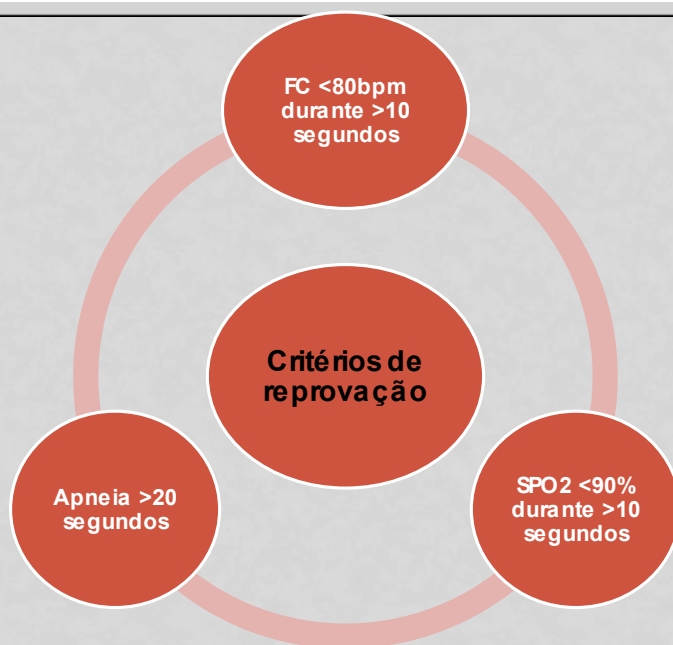


## TESTE DE APNEIA DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO

### Procedimento

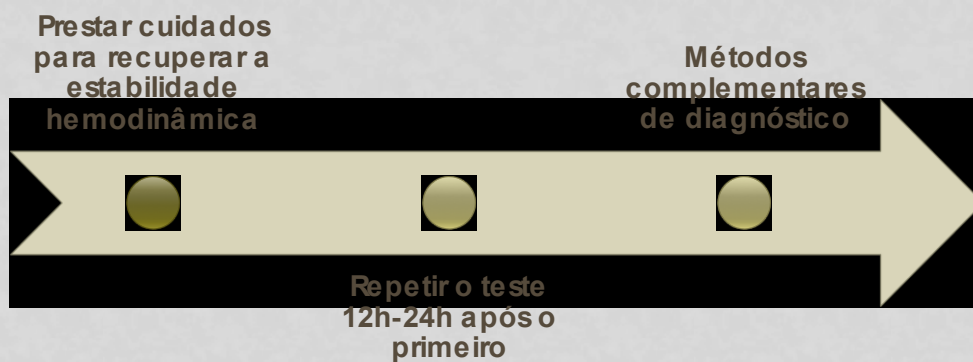


## TESTE DE APNEIA DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO



## TESTE DE APNEIA DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO

Medidas a adotar no caso do RN reprovar



# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DE SESSÃO

Agradeço o preenchimento deste breve questionário

<https://forms.gle/FxNxkrrhFXzmw3R98>

# OBRI GADA



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. (2016). Prevenir os acidentes na criança e no adolescente. Disponível em [http://metis.med.up.pt/index.php/Prevenir\\_os\\_acidentes\\_na\\_crian%C3%A7a\\_e\\_no\\_adolescente](http://metis.med.up.pt/index.php/Prevenir_os_acidentes_na_crian%C3%A7a_e_no_adolescente).
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2010). APSI: acidentes com Crianças e Jovens. Plano Nacional de Saúde. Disponível em <https://pnsdgspt/apsi/>
- Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal.
- Bataha, S., Salva, I., Albuquerque, C., Cunha, F., Sousa, H. (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 Pediátrica Portuguesa*, (47) 30-7. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/71739836.pdf>
- Benning, S., & Webb, T. (2019). Taking the Fall for Kids: A Journey to Reducing Pediatric Falls. *Journal of pediatric nursing*, 46, 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.008>
- Brás, A., Pratinha, C., Oliveira, S., Figueiredo, M. B., Ramos, M., Guimarães, H. (2019). Car Seat Challenge in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 8(2), e080202. <https://doi.org/10.7363/080202>
- Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2014). EVITA. Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: Relatório 2009-2012. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Davis, N. L., & Cheo, S. (2020). A National Survey of Car Seat Tolerance Screening Protocols in Neonatal Intensive Care Units. *Academic pediatrics*, S1876-2859(20)30058-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jacap.2020.02.004>
- Davis, N. L., Zhenchenko, Y., Lever, A., & Rhein, L. (2013). Car seat safety for preterm neonates: implementation and testing parameters of the infant car seat challenge. *Academic pediatrics*, 13(3), 272–277. <https://doi.org/10.1016/j.jacap.2013.01.009>
- Gurgel, S., Ferreira, M., 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). <https://doi.org/10.1590/0104-070720170003140016>
- Heffeman, M., Donald, E., & Davis, N. L. (2017). Critical congenital heart disease screening does not predict car seat tolerance screen outcomes. *Journal of Neonatal Nursing*, 24 (2), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.08.002>
- Magnarelli, A., Shah Solanki, N., & Davis, N. L. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late-Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20191703. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1703>
- McLaurin-Jiang, S., Hannon, E. A., Seashore, C., Orr, C. J., Ritter, V., & Flower, K. B. (2019). Recent Trends in Infant Car Seat Tolerance Screening Failure Within a Large Health Care System, 2014-2018. *Hospital pediatrics*, 9(10), 813–817. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2019-0078>
- Quinn, J. M., Sparks, M., & Gephart, S. M. (2017). Discharge Criteria for the Late Preterm Infant: A Review of the Literature. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 17(5), 362–371. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000406>
- Shah, M. D., Dookeran, K. A., & Khan, J. Y. (2017). Clinical Outcomes Associated with a Failed Infant Car Seat Challenge. *The Journal of pediatrics*, 180, 130–134. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.09.072>
- World Health Organization. (n.d.). Violence and Injury Prevention. Disponível em [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/en/)
- World Health Organization. (2009). Glossary of Patient Safety Concepts and References. Disponível em [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_technical\\_annex2.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_technical_annex2.pdf)

## FONTES DE IMAGENS

- <https://www.vecteezy.com/vector-art/298269-children-with-wounds-from-an-accident>
- <https://www.noviciainformacao.com/pais/1533493/menino-de-dois-anos-morre-afogado-numa-piscina-em-palmela>
- <https://observador.pt/2020/09/28/crianca-de-cinco-anos-cai-do-9-o-andar-em-sintra-pais-tinha-ido-ao-supermercado/>
- <https://www.dn.pt/sociedade/acidente-de-via-cao-em-gondomar-ferre-criancas-5752489.html>
- <https://www.jn.pt/local/noticias/braga/fafe/crianca-de-9-meses-em-estado-grave-apos-sofrer-queimaduras-em-fafe-12512293.html>
- [https://www.freepik.com/premium-vector/call-ambulance-car-via-smartphone\\_2748995.htm](https://www.freepik.com/premium-vector/call-ambulance-car-via-smartphone_2748995.htm)
- <https://www.shutterstock.com/search/kids+and+fall?page=2>
- <https://tumbleto.tumblr.com/members/10-ways-to-keep-children-safe-from-accidents/>
- <https://www.subpng.com/png-ee0e0b/>
- [https://www.123rf.com/stock-photo/breath\\_breathing.html?oriSearch=breath&st=mi7e00no3ko6qigso](https://www.123rf.com/stock-photo/breath_breathing.html?oriSearch=breath&st=mi7e00no3ko6qigso)
- <https://www.shutterstock.com/search/child+burn+injury>
- <https://illustoon.com/?id=4221>
- <https://img2.gratispng.com/20180810/ayu/kisspng-clip-art-child-vector-graphics-image-illustration-app-5b6d29ab35db46.1604247815338807472206.jpg>

**APÊNDICE XXI – Questionário de Avaliação  
de Conhecimentos Inicial - Sessão de  
Formação “Segurança Infantil e Prevenção  
de Acidentes”**

## Questionário Teste de Apneia do RN no SR

1. Inclui o teste de apneia na preparação da alta do RN?

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não

2. Aplica a todos os RN da UCIN?

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não

3. Durante quanto tempo monitoriza o RN?

*Mark only one oval.*

- <30 minutos  
 30-60 minutos  
 60-90 minutos

4. Valor de FC para reprovação

*Mark only one oval.*

- <80bpm durante >10 segundos  
 <80bpm durante >20 segundos  
 <90bpm durante >10seg

## 5. Valor de SPO2 para reprovação

*Mark only one oval.*

- <88% durante 10 segundos
- <90% durante >10 segundos
- Qualquer episódio de <90%

## 6. Apneia

*Mark only one oval.*

- Durante 10 segundos
- Entre 10-20 segundos
- Durante 20 segundos

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms



**APÊNDICE XXII – Questionário de  
Avaliação de Conhecimentos Final - Sessão de  
Formação “Segurança Infantil e Prevenção  
de Acidentes”**

## Questionário de Avaliação de Sessão

1. Critérios de inclusão do teste de apneia do RN no SR

*Mark only one oval.*

- RN pré-termo <37S
- RN <2500g
- Todos os RN internados na UCIN
- RN com alguma patologia
- Todas as anteriores

2. Durante quanto tempo monitoriza o RN?

*Mark only one oval.*

- <30 minutos
- 30-60 minutos
- 60-90 minutos

3. Valor de FC para reprovação

*Mark only one oval.*

- <80bpm durante >10 segundos
- <80bpm durante >20 segundos
- <90bpm durante >10seg

## 4. Valor de SPO2 para reprovação

Mark only one oval.

- <88% durante 10 segundos  
 <90% durante >10 segundos  
 Qualquer episódio de <90%

## 5. Apneia

Mark only one oval.

- Durante 10 segundos  
 Entre 10-20 segundos  
 Durante 20 segundos

## 6. Como classifica a relevância do tema da segurança infantil?

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Pouco relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito relevante

## 7. Como classifica o conteúdo da sessão?

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Pouco interessante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito interessante

8. Considera aplicável no seu serviço?

*Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	
Pouco aplicável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito aplicável

9. Como avalia a formação de um modo geral?

*Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	
Fraca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

Muito obrigada pelo tempo e atenção que disponibilizou.

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

**APÊNDICE XXIII – Análise dos  
Questionários da Sessão de Formação  
“Segurança Infantil e Prevenção de  
Acidentes”**

## **Avaliação da Sessão de Formação “Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes”**

A sessão de Formação “Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes” decorreu no dia 10 de Novembro de 2020 e contou com a presença de 26 Enfermeiros do Departamento de Pediatria, exercendo funções nos serviços de Neonatologia, Cuidados Intermédios de Pediatria e Internamento de Pediatria.

A sessão de formação foi uma das atividades realizadas para dar resposta ao objetivo específico “contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem, no âmbito da segurança do recém-nascido”, proposto para este estágio, visando satisfazer uma necessidade do serviço identificada no diagnóstico de situação (ausência de uniformização dos cuidados de Enfermagem na realização do teste de apneia do recém-nascido no sistema de retenção).

De forma a poder avaliar se esta sessão resultou no desenvolvimento de novos conhecimentos e se vai contribuir para a melhoria da prática dos Enfermeiros, foi aplicado um questionário no início da sessão (ver Apêndice XXI deste relatório) e outro no final da sessão (ver Apêndice XXII deste relatório), com questões semelhantes relativamente ao procedimento do teste de apneia do recém-nascido no sistema de retenção, para posteriormente analisar as respostas e poder tirar conclusões.

O questionário aplicado no início da sessão obteve 17 respostas (ver Apêndice I deste documento). Embora tivessem estado presentes 26 Enfermeiros, é possível que alguns elementos tenham iniciado a sua sessão mais tarde, não tendo preenchido o questionário inicial. De forma a evidenciar a diferença entre um questionário e outro, foram assinaladas a negrito, as respostas considerada corretas.

A análise do questionário inicial permite verificar que **94.1% dos Enfermeiros** alega realizar o teste de apneia na preparação do RN para a alta. **58.8% dos Enfermeiros realiza o teste a todos os RN** internados na UCIN e 41.2% alega que não.

Relativamente ao procedimento, 58.8% dos Enfermeiros respondeu que monitorizava o RN durante 30-60 minutos, 29.4% dos Enfermeiros alega monitorizar durante <30 minutos e **11.8% dos Enfermeiros respondeu entre 60-90 minutos**.

Relativamente aos critérios de reprovação, e mais especificamente do valor de frequência cardíaca, **52.9% dos Enfermeiros considera <80bpm durante >10 segundos**, 23.50% considera <80bpm durante >20 segundos e 23.50% considera <90bpm durante >10 segundos. De acordo com o valor de SPO2 para reprovação, **64.7% dos enfermeiros considera <90% durante >10 segundos**, 23.5% considera qualquer episódio de dessaturação de <90% e 11.8% considera <88% durante 10 segundos. Segundo a última questão deste questionário relativamente à apneia, **58.8% dos Enfermeiros considera critério de reprovação uma apneia de 20 segundos**, 23.5% considera uma apneia de 10-20 segundos como reprovação e 17.5% dos enfermeiros consideram uma apneia durante 10 segundos como motivo para reprovar.

De uma forma geral, pode concluir-se que, em quase todas as questões, cerca de metade dos Enfermeiros respondeu corretamente, com exceção da primeira pergunta, à qual a grande maioria afirmou realizar o teste; e à pergunta da duração do teste, que revelou uma percentagem de 11.8% dos enfermeiros que realizam o teste com duração correta (90 minutos).

O segundo questionário obteve 20 respostas no total (ver Apêndice II deste documento).

Relativamente à primeira questão sobre os critérios de inclusão, **90% dos Enfermeiros respondeu corretamente**, alegando considera o RN<2500g, RN pré-termo com <37 semanas de gestação e RN com alguma patologia como critério de realização do teste. Importa referir que embora a literatura evidencie que os RN de maior risco são aqueles que nascem com <37 semanas de gestação e/ou com <2500g de peso ao nascer (conclusões retiradas da maioria dos estudos), existe alguma literatura que evidencia que os RN com patologias também correm igualmente o risco de ter episódios de apneia no sistema de retenção, razão pela qual foi incluída como critério na Norma de Procedimento.

De acordo com a segunda pergunta sobre a duração da monitorização, **73.7% dos enfermeiros respondeu corretamente (60-90 minutos)**, verificando-se um aumento de 61.9% de respostas corretas.

De acordo com os critérios de reprovação, **95% dos Enfermeiros respondeu corretamente ao valor da frequência cardíaca, 95% respondeu corretamente ao valor de saturação periférica de oxigénio (<90% durante >10 segundos) e 90% respondeu corretamente ao valor da apneia (um episódio com duração de 20 segundos)**.

O aumento evidenciado das respostas corretas no questionário final, comparativamente às respostas do questionário inicial, permite concluir que esta formação contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos da equipa de Enfermagem, traduzindo-se num contributo importante para a melhoria da prática clínica, na deteção precoce do risco de apneia dos recém-nascidos de risco.

Foram realizadas ainda algumas questões de acordo com a avaliação global da sessão, com uma escala de 1-5, sendo 1 muito mau e 5 excelente. Relativamente à questão “como classifica a relevância do tema da segurança infantil”, 95% pontuou como excelente. Na segunda questão “como classifica o conteúdo da sessão”, 65% atribuiu o nível de excelente e os restantes 35% deu pontuação de 4. Na terceira questão “considera aplicável no seu serviço?”, 85% pontuou como 5. Por ultimo, foi questionada a avaliação global da sessão, sendo que 70% atribuiu 5 valores e os restantes 30% atribuiu 4 valores.

# Apêndice I. Questionário de Avaliação no Início da Sessão

31/03/2021

Questionário Teste de Apneia do RN no SR

## Questionário Teste de Apneia do RN no SR

17 responses

Publish analytics

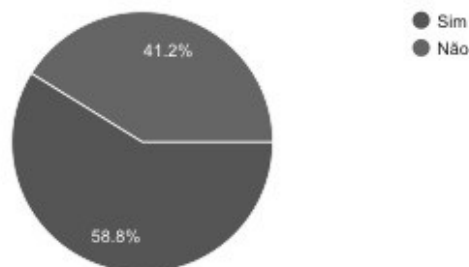
### Inclui o teste de apneia na preparação da alta do RN?

17 responses



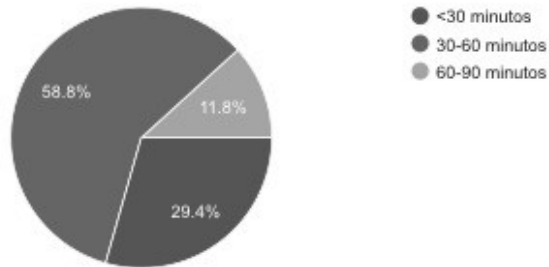
### Aplica a todos os RN da UCIN?

17 responses



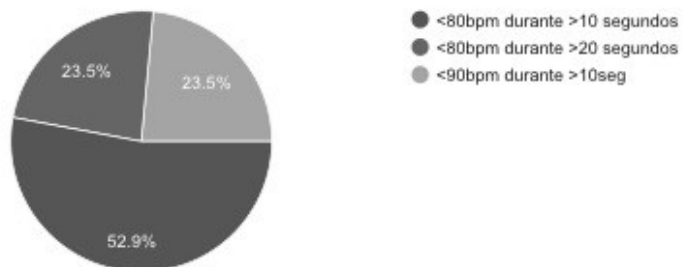
## Durante quanto tempo monitoriza o RN?

17 responses



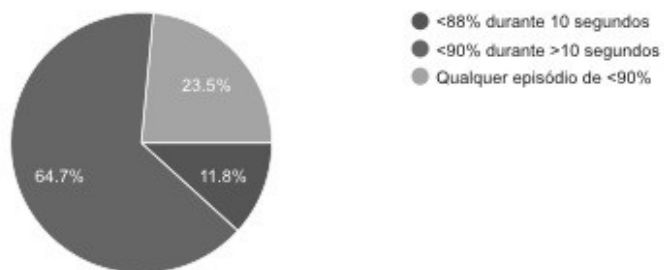
## Valor de FC para reprovação

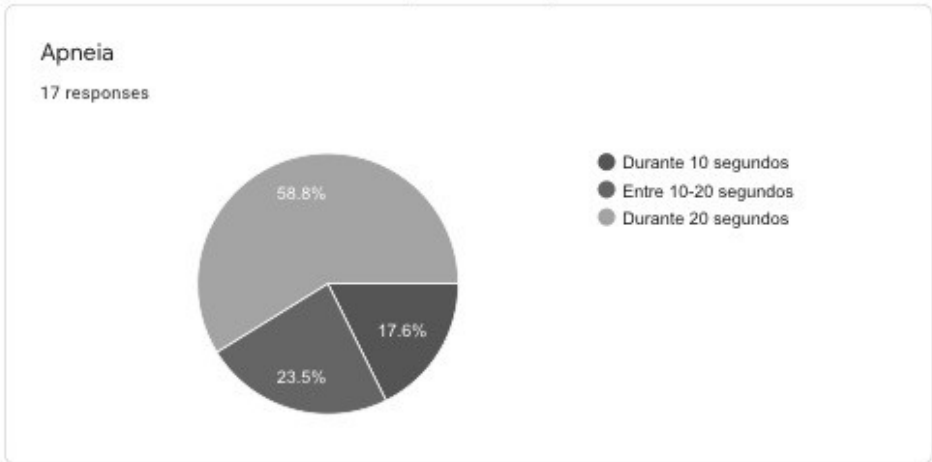
17 responses



## Valor de SPO2 para reprovação

17 responses





This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#)

Google Forms



## Apêndice II. Questionário de Avaliação de Final de Sessão

31/03/2021

Questionário de Avaliação de Sessão

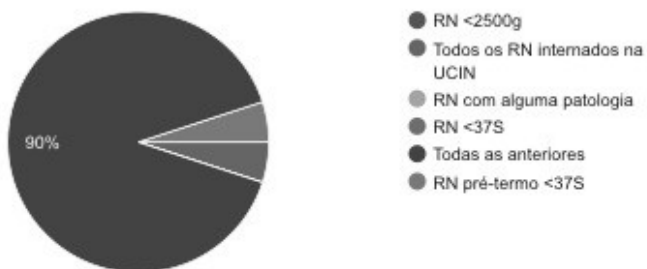
### Questionário de Avaliação de Sessão

20 responses

Publish analytics

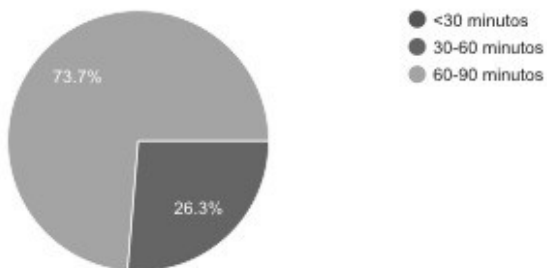
#### Critérios de inclusão do teste de apneia do RN no SR

20 responses



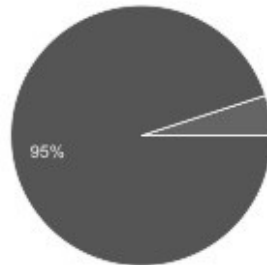
#### Durante quanto tempo monitoriza o RN?

19 responses



## Valor de FC para reprovação

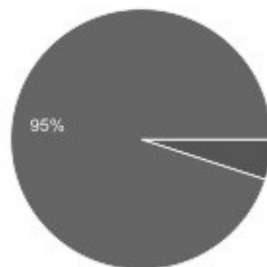
20 responses



- <80bpm durante >10 segundos
- <80bpm durante >20 segundos
- <90bpm durante >10seg

## Valor de SPO2 para reprovação

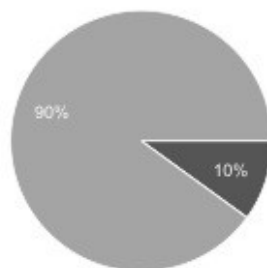
20 responses



- <88% durante 10 segundos
- <90% durante >10 segundos
- Qualquer episódio de <90%

## Apneia

20 responses

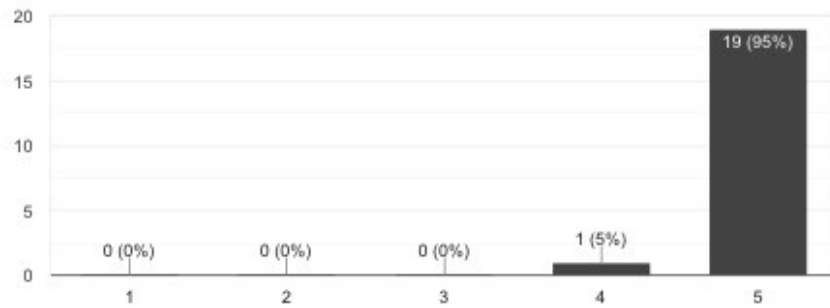


- Durante 10 segundos
- Entre 10-20 segundos
- Durante 20 segundos



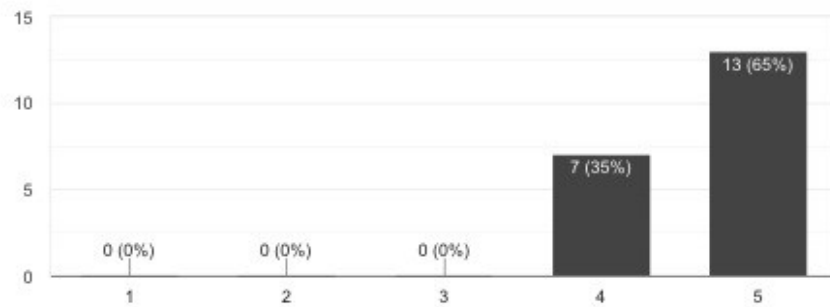
Como classifica a relevância do tema da segurança infantil?

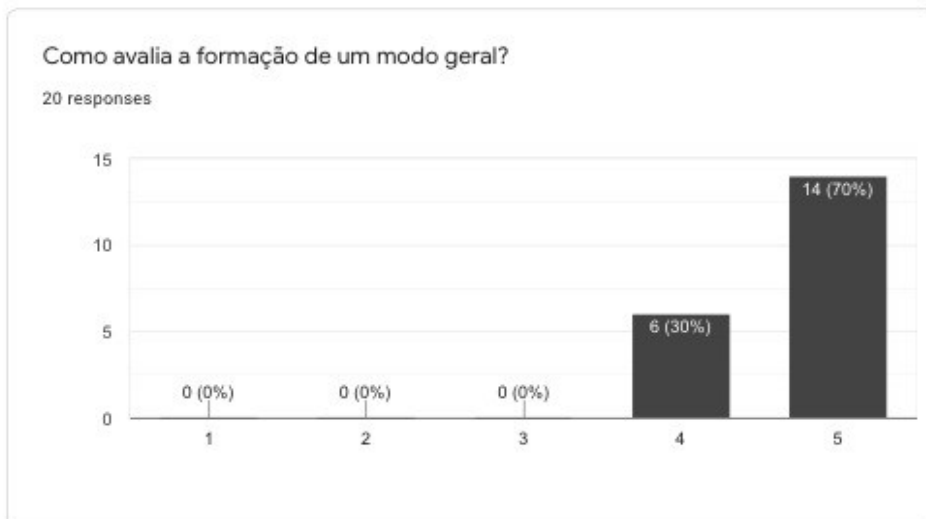
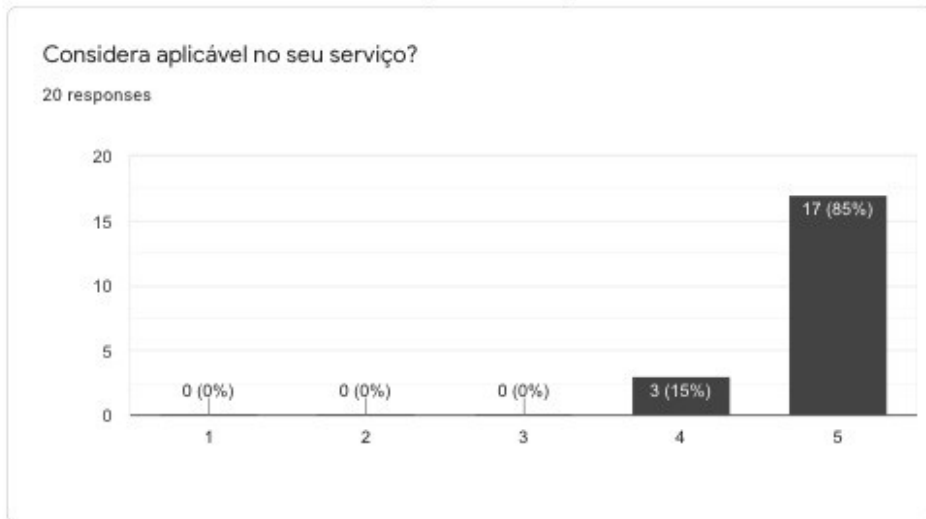
20 responses



Como classifica o conteúdo da sessão?

20 responses





Muito obrigada pelo tempo e atenção que disponibilizou.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#)

Google Forms





**APÊNDICE XXIV – Resumo Poster Científico “Procedimento do teste de apneia do RN pré-termo no sistema de retenção: uma revisão scoping”**

---

## III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem 27 de novembro 2020

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa

---

### RESUMO - Posters

Título do Poster: Procedimento do teste de apneia do RN pré-termo no sistema de retenção: uma revisão scoping

Autoria(s): Margarida Costa<sup>a</sup>, Mónica Costa<sup>b</sup>, Margarida Lourenço<sup>c</sup>, Sílvia Caldeira<sup>c</sup>, Elisabete Nunes<sup>c</sup>, Zaida Charepe<sup>c</sup>

Afiliação do(s) autor(es):

(a) Enfermeira no Internamento de Pediatria do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. Mestranda na Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, [margaridatcosta95@gmail.com](mailto:margaridatcosta95@gmail.com)

(b) Enfermeira Responsável na Neonatologia e Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. Professora Assistente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Doutoranda em Enfermagem.

(c) Professora Doutora do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

#### **Resumo:**

Introdução: O teste de apneia do RN (RN) no sistema de retenção, conhecido em Inglês como “infant car seat challenge”, tem sido recomendado pela American Academy of Pediatrics desde o início de 1990<sup>1</sup>. Este procedimento consiste em monitorizar os RN de risco, nomeadamente pré-termo, colocados no sistema de retenção, para despistar episódios de apneia, bradicardia, e diminuição da saturação periférica de oxigénio, objetivando identificar se os RN possuem a mesma estabilidade hemodinâmica posicionados no sistema de retenção, que em decúbito dorsal no berço<sup>2</sup>. A literatura revela que este procedimento é realizado em várias Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais nos Estados Unidos e embora existam semelhanças na prática, não existe um protocolo específico que seja transversal a todas as unidades<sup>3</sup>. Em Portugal, o teste do RN no sistema de retenção é identificado pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia, como um procedimento obrigatório a realizar antes do RN pré-termo ter alta<sup>4</sup>. Face ao exposto, é fundamental identificar as orientações mais recentes para a realização deste

procedimento, nomeadamente critérios de inclusão, de reprovação e medidas a adotar no caso do RN reprovar, objetivando a uniformização dos cuidados de Enfermagem em Portugal, promovendo a melhoria contínua da prática.

**Objetivos:** Mapear na evidência científica, o procedimento relativo ao teste de apneia do RN pré-termo, internado na unidade de neonatologia, quando colocado no sistema de retenção para transporte.

**Materiais e Métodos:** A Scoping Review segue as orientações da metodologia apresentada pelo *Joanna Briggs Institute* (2020) e modelo PRISMA ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extended for Scoping Reviews*) para a estruturação da informação recolhida. Os critérios de inclusão foram definidos considerando a mnemónica PCC – população (RN pré-termo), conceito (procedimento do teste de apneia, nomeadamente os critérios de inclusão e/ou critério de reprovação e/ou medidas a adotar no caso do RN reprovar o teste) e contexto (unidade de cuidados intensivos neonatais). Foram incluídos os estudos desde 2010 objetivando a utilização da evidência mais recente. A pesquisa foi realizada em 3 etapas. A primeira etapa foi realizada nas bases de dados CINAHL complete e PubMed para identificação das palavras-chave e termos indexados. A segunda foi conduzida nas bases de dados CINAHL complete, MEDLINE, PubMed, Nursing Reference Center e Cochrane, utilizando a fórmula de pesquisa *((infant, premature) OR (infant, newborn)) AND ((infant car seat challenge) OR (car seat challenge) OR (car seat test) OR (car seat tolerance screen)) AND ((nicu) OR (neonatal intensive care unit))*. Por último, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos de forma a obter o máximo de resultados possível. A extração de dados foi realizada por dois revisores independentes com recurso ao instrumento do Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual- JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument<sup>6</sup>, adaptado pela autora, para a análise de cada artigo incluído.

**Resultados:** Foram incluídos 9 artigos nesta revisão. Através da análise dos estudos foi possível identificar semelhanças na realização do procedimento (RN no seu próprio sistema de retenção<sup>1,2,7</sup>, monitorizado para avaliação da frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio<sup>1-3,7-12</sup>, e frequência respiratória<sup>2,12</sup> durante 60 minutos<sup>4,12</sup> 90 a 120 minutos<sup>1-3,7-11</sup>) nos critérios de inclusão (RN com <37 semanas de gestação<sup>2,3,7,8,9,10,11</sup> e/ou com <2270g<sup>11</sup>-2500g<sup>3,7,8</sup>), nos critérios de reprovação (frequência cardíaca <80bpm durante >10 segundos<sup>2,3,7-9,11,12</sup>, saturação periférica de

oxigénio <85%<sup>8</sup>,88%<sup>7</sup>,90%<sup>1-3,9</sup>,92%<sup>11</sup>, 93%<sup>12</sup> durante >10 segundos<sup>1-3,7,8,11</sup> ou >20 segundos<sup>9</sup>, 2 episódios de frequência respiratória >70cpm<sup>12</sup> e/ou apneia >10 segundos<sup>2,12</sup> ou >20 segundos<sup>2,7-9,11,12</sup>) e medidas a adotar no caso do RN reprovado (repetir o teste entre 12h<sup>1,11</sup>-24h após o primeiro<sup>7,12</sup>, exames complementares de diagnóstico<sup>1</sup>).

Conclusão: O teste de apneia do RN pré-termo no sistema de retenção é um dos procedimentos mais eficazes na identificação e despiste de imaturidade respiratória e/ou instabilidade hemodinâmica na posição sentado<sup>2,7</sup>. Embora não seja consensual na literatura a importância da realização do teste, a maioria dos estudos concluem que um número considerável de RN pré-termo apresenta episódios de instabilidade respiratória quando colocado no sistema de retenção<sup>1,3</sup>. Em Portugal, este teste é realizado de forma inconsistente, sendo assim prioritário a elaboração de uma norma de procedimento que uniformize esta prática, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados e aumentar a segurança dos RN pré-termo. Foi identificada como grande lacuna a parca evidência nesta área, pelo que se sugere a elaboração de estudos mais aprofundados sobre este procedimento e a sua eficácia.

#### Referências Bibliográficas:

<sup>1</sup>Davis, N. L., & Cheo, S. (2020). A National Survey of Car Seat Tolerance Screening Protocols in Neonatal Intensive Care Units. *Academic pediatrics*, 18(7), 2859-2905. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.004>

<sup>2</sup>Magnarelli, A., Shah Solanki, N., & Davis, N. L. (2020). Car Seat Tolerance Screening for Late-Preterm Infants. *Pediatrics*, 145(1), e20191703. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1703>

<sup>3</sup>Davis, N. L., Zenchenko, Y., Lever, A., & Rhein, L. (2013). Car seat safety for preterm neonates: implementation and testing parameters of the infant car seat challenge. *Academic pediatrics*, 13(3), 272-277. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.01.009>

<sup>4</sup>Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). Transporte do RN no Automóvel. Disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>

<sup>5</sup>Peters M. D. J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A. C., Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- <sup>6</sup>Peters M. D. J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A. C., Khalil, H. (2020). Appendix 11.1 JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument. Disponível em <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Appendix+11.1+JBI+template+source+of+evidence+details%2C+characteristics+and+results+extraction+instrument>
- <sup>7</sup>Heffernan, M., Donald, E., & Davis, N. L. (2017). Critical congenital heart disease screening does not predict car seat tolerance screen outcomes. *Journal of Neonatal Nursing*, 24 (2), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.08.002>
- <sup>8</sup>Shah, M. D., Dookeran, K. A., & Khan, J. Y. (2017). Clinical Outcomes Associated with a Failed Infant Car Seat Challenge. *The Journal of pediatrics*, 180, 130–134. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.09.072>
- <sup>9</sup>Degrazia, M., Guo, C. Y., Wilkinson, A. A., & Rhein, L. (2010). Weight and age as predictors for passing the infant car seat challenge. *Pediatrics*, 125(3), 526–531. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1715>
- <sup>10</sup>Quinn, J. M., Sparks, M., & Gephart, S. M. (2017). Discharge Criteria for the Late Preterm Infant: A Review of the Literature. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 17(5), 362–371. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000406>
- <sup>11</sup>McLaurin-Jiang, S., Hannon, E. A., Seashore, C., Orr, C. J., Ritter, V., & Flower, K. B. (2019). Recent Trends in Infant Car Seat Tolerance Screening Failure Within a Large Health Care System, 2014-2018. *Hospital pediatrics*, 9(10), 813–817. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2019-0078>
- <sup>12</sup>Brás, A., Pratinha, C., Oliveira, S., Figueiredo, M. B., Ramos, M., Guimarães, H. (2019). Car Seat Challenge in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 8(2), e080202. <https://doi.org/10.7363/080202>



**APÊNDICE XXV – Poster Científico**  
**“Procedimento do teste de apneia do RN pré-  
termo no sistema de retenção: uma revisão  
scoping”**



**APÊNDICE XXVI – Livro de Prevenção de  
Acidentes no Primeiro Ano de Vida**

# PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA

Curso de Preparação para a  
Parentalidade

UCC

Elaborado por Enfª Margarida Costa,

Dezembro 2020



Os acidentes continuam a ser uma das principais causas de mortalidade infantil.

Estima-se que morrem cerca de 2300 crianças no mundo, por dia, devido a acidentes.

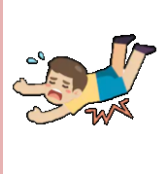
Em Portugal, é durante o primeiro ano de vida que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente.

O local mais frequente onde ocorrem os acidentes é em casa.

De acordo com a APSI, 80% dos acidentes infantis são evitáveis.

# Acidentes mais comuns

## QUEDAS



As quedas são a maior causa de ida à urgência e de internamentos por acidente.

## INTOXICAÇÕES

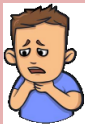


Os agentes mais comuns das intoxicações são medicamentos, produtos de limpeza, plantas tóxicas e picadas de inseto.

**ACIDENTES DE VIAÇÃO** Em Portugal, todos os anos, cerca de 3.000 crianças são vítimas de acidentes rodoviários.



## ASFIXIA/ CORPO ESTRANHO



A maior parte dos corpos estranhos correspondem a objetos pequenos, nomeadamente peças de brinquedos, balões, tampas de caneta, feijões, amendoins, milho, botões, anéis, moedas e brincos.

## QUEIMADURAS



Cerca de 70% das queimaduras são provocadas por líquidos quentes e vapores na cozinha e na casa-de-banho, com adultos por perto.

## AFOGAMENTOS



Os principais locais onde ocorrem os afogamentos são em piscinas, praias, rios, lagoas, tanques e poços.

## Prevenção de Acidentes

As crianças, devido à sua imaturidade e curiosidade para descobrir o mundo (características normais do seu estágio de desenvolvimento), não reconhecem o perigo do ambiente que as rodeia.

Por essa razão, os **adultos têm o dever de proporcionar e garantir que o ambiente que rodeia a criança é seguro**, de forma a promover um crescimento e desenvolvimento saudável.



## Quedas

Garantir que a criança não fica sozinha em cima da cama, sofá, troca-fraldas ou qualquer superfície alta;

Elevar sempre as grades do berço;

Apertar sempre os cintos de segurança da cadeira de transporte;

Colocar a cadeira de transporte e a espreguiçadeira no chão e nunca em cima de superfícies altas;

Manter a vigilância permanente da criança sempre que está sentada numa cadeira de refeição e encostá-la à parede;

Utilizar sapatos antiderrapantes em casa;

Organizar a mobília da casa e retirar objetos do caminho que possam representar obstáculos;

Evitar a utilização de andarilhos devido à sua instabilidade;

Não permitir que os irmãos mais velhos ou outras crianças peguem nos bebés sem supervisão.

## Intoxicações

Manter sempre os produtos nas suas embalagens originais;

Guardar medicamentos e outros produtos potencialmente tóxicos fora do alcance das crianças (armário alto e trancado);

Evitar colocar pesticidas em zonas comuns;

Evitar ter plantas tóxicas em casa ou no jardim;

Evitar administrar medicamentos às escuras.

## Acidentes de Viação

Utilizar um sistema de retenção homologado pelo R44 ou pelo R129, até aos 13kg ou 75cm e que possua a etiqueta "E"

(se a cadeira é emprestada, confirmar se está em bom estado e garantir que nunca esteve presente num acidente de viação);

Instalar a cadeira no carro através do sistema isofix ou com o cinto de segurança, no banco de trás ou num lugar sem airbag frontal ativo;

Posicionar a criança na cadeira sem casacos grossos, almofadas ou outras proteções porque podem impedir a correta colocação do arnês;

Ajustar o redutor, confirmar que o arnês está à altura dos ombros e verificar que só é possível colocar um dedo entre o ombro da criança e o cinto;

Transportar a criança no sentido contrário à marcha até aos 3-4 anos;

Cumprir sempre o código da estrada.

## Asfixia/Corpo Estranho

Colocar o bebé a dormir no berço (e não na cama dos Pais), num colchão firme, em dorsal, tapado apenas até ao nível dos ombros e com os pés a tocar no fundo do berço;

Retirar todos os objetos (fraldas de pano, almofadas, fita da chucha, babete, brinquedos ou peluches) do berço;

Evitar o sobreaquecimento;

Manter objetos pequenos, sacos de plástico e balões fora do alcance das crianças;

Oferecer brinquedos adequados à idade.

## Técnica de Desengasgamento

Virar o bebé de barriga para baixo, com a cabeça ligeiramente mais baixa que o corpo, suportando a cabeça com a mão e o restante corpo apoiado no braço, e aplicar até 5 pancadas secas com a base da mão, no terço superior do dorso do bebé (pancadas interscapulares).



Se não reverter, contactar imediatamente o 112 e iniciar manobras de reanimação.

## Queimaduras

Evitar comer, beber ou transportar alimentos quentes com a criança ao colo;

Não passar alimentos ou líquidos quentes por cima das crianças;

Verificar sempre a temperatura do biberon e de outros alimentos e/ou líquidos antes de oferecer à criança;

Colocar a água fria antes da quente na preparação do banho;

Verificar a temperatura da água do banho com o cotovelo ou termómetro próprio;

Proteger as tomadas elétricas;

Colocar aquecedores longe da zona de passagem ou da zona de brincar;

Manter velas, fósforos e isqueiros fora de alcance;

Evitar a exposição solar entre as 11h-17h.

## Afogamentos

Manter sempre a supervisão da criança durante o contacto com a água (banho, piscina, praia, alguidar, a brincar numa poça);

Despejar a água do balde, alguidar, banheira e/ou piscina insuflável imediatamente após a sua utilização;

Durante o banho do RN, encher a banheira apenas até ao nível do umbigo;

Utilizar a técnica correta de posicionamento (pinça) no banho;

Colocar vedação trancada à volta das piscinas, tanques e poços;

Optar por praias vigiadas e respeitar as bandeiras;

Colocar sempre as braçadeiras ou coletes salva-vidas durante o contacto com a água.

## Contactos de Urgência

Em caso de Emergência, contactar o Instituto Nacional de  
Emergência Médica

**112**

Em caso de suspeita ou de intoxicação, contactar o Centro  
de Informação Antiveneno

**800 250 250**

Em caso de lesão ou doença aguda não-emergente,  
contactar a linha SNS 24

**808 24 24 24**



## Checklist Casa Segura

Confirme cada divisão da sua casa, incluindo os corredores. Questione se há alguma coisa que possa ser perigosa para o seu filho(a).

Utilize a seguinte checklist, que foi adaptada com base noutras de entidades internacionais, para verificar se adota comportamentos seguros e que eliminou os perigos que possam prejudicar a segurança do seu filho(a).

### Cozinha



- Enquanto cozinha, utiliza os bicos do fogão de trás e as pegas do tacho estão viradas para dentro (lado da parede);
- Não cozinha nem manipula alimentos/líquidos quentes com o seu filho(a) ao colo;
- As crianças não brincam na cozinha enquanto os Pais estão a cozinhar;
- Objetos cortantes e pontiagudos estão arrumados fora do alcance das crianças;
- Medicamentos, bebidas alcoólicas, produtos de limpeza e outros tóxicos estão nas suas embalagens originais, arrumados e trancados;
- Sacos, balões, velas, fósforos e isqueiros estão arrumados e fora do alcance das crianças.

# Checklist Casa Segura

## Sala



- Durante a refeição, a cadeira infantil está encostada à parede e os cintos devidamente apertados e ajustados;
- Utiliza uma toalha de mesa curta ou individuais, que impossibilite a criança de puxar;
- Não há objetos que obstruam o caminho ou dificultem a passagem;
- Os tapetes estão fixos ao chão;
- Todos utilizam sapatos antiderrapantes;
- Móveis altos, estantes, prateleiras e molduras estão bem fixas à parede;
- Cantos/esquinas bicudas da mobília estão protegidas;
- Brinquedos são adequados à idade da criança;
- Não há objetos pequenos soltos;
- Não há fios nem cordas ao alcance das crianças (p. exemplo persianas, fios elétricos);
- Tomadas elétricas estão protegidas;
- Lareira tem protetor;
- Aquecedores afastados de camas, cortinas, ou qualquer objeto inflamável, e apenas ligados quando estão fora do alcance das crianças.

# Checklist Casa Segura

## Quarto



- A criança dorme no seu berço, em colchão firme, de barriga para cima, com os pés a tocar no fundo do berço, tapado apenas até aos ombros e sem qualquer objeto (almofada, bonecos, fita da chucha);
- A criança não dorme com roupa inflamável nem sobreaquecida;  
Grades do berço estão sempre elevadas;
- A criança nunca fica sozinha em cima de superfícies elevadas (troca-fraldas, cama, sofá, mesa);
- Não há fios nem cordas pendentes do mobil nem de nenhum objeto próximo do berço;
- Não há objetos que possam servir de degrau para as crianças subirem.

# Checklist Casa Segura

## Casa de banho



- Objetos cortantes (estojo das unhas) arrumados fora do alcance das crianças;
- Superfícies antiderrapantes dentro e fora da banheira;
- Mantém acompanhamento e vigilância permanente durante o banho e qualquer contacto da criança com a água;
- Coloca a água fria primeiro e depois a quente, na preparação do banho;
- Confirma temperatura da água com termómetro, ou face interna do punho;
- Água da banheira, balde, bidé despejada imediatamente após a utilização;
- Produtos elétricos (ferros de cabelo, máquinas de barbear) desligados da corrente elétrica após utilização e devidamente arrumados num local seguro;
- Produtos tóxicos (higiene, verniz, acetona, elixir oral) arrumados num sítio fora do alcance das crianças.

# Checklist Casa Segura

## Espaço Exterior



- Porta de casa e das varandas estão sempre fechadas e trancadas;
- Janelas têm limitador de abertura;
- Escadas têm cancela de proteção no início e no fim;
- Piscinas insufláveis são despejadas imediatamente após a sua utilização;
- Piscinas, tanques e poços estão vedados e com trinco fechado;
- Zona de brincar está longe da via pública e onde não há entradas nem saídas de viaturas;
- Objetos e ferramentas de jardinagem estão fora do alcance das crianças;
- Escadote está arrumado e seguro num sítio não acessível para as crianças.

## Referências Bibliográficas

- Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal. Acedido em: [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)
- Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. Segurança Infantil. Acedido em APSI: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/seguranca-infantil>
- Instituto Nacional de Emergência Médica, Departamento de Formação em Emergência Médica. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Kids Health. (2018). Household Safety Checklists. Acedido em <https://kidshealth.org/en/parents/household-checklist.html>
- Martins, C. B. (2006). Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Enfermagem , 59 (3), 344-348.
- Ramos, A., Nunes, L. (2012). Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças. Revista Percursos , 26.
- Rebelo, J., Campos, T. A., Gonçalves, A., Trindade, E., Dias, J. A. (2012). Onde está o corpo estranho? Dois casos clínicos. Acta Pediátrica Portuguesa , 43 (1), 21-3.
- Rodrigues, M. T. (2016). Aspiração de corpo estranho na criança: um perigo escondido. (Nascer e Crescer, Ed.) Scielo Portugal , 25 (3).
- Safe Kids Worldwide. (2020). Home Safety Checklist. Acedido em SafeKids: [https://www.safekids.org/sites/default/files/documents/home\\_safety\\_checklist.pdf](https://www.safekids.org/sites/default/files/documents/home_safety_checklist.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente (SMSL). Acedido a 23 de Julho de 2020 em SPP: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?ldn=116&ID=132&op=2>

## Imagens

- <https://webstockreview.net/explore/hear-clipart-vector/>
- <https://www.google.com/search?q=cartoon+child+fall&tbm=isch&ved=2ahUKEwjC3v2WkebqAhUVoOAKHdOiCD0Q2-cCegQIABAA&bih=742&biw=1257#imgsrc=C-AoiuzkD0rdxM>
- <https://www.chicagoparent.com/archives/kids-5-account-half-chicago-poison-control-calls/>
- <https://www.subpng.com/png-ee0eob/>
- [https://www.123rf.com/stock-photo/breathe\\_breathing.html?oriSearch=breathe&sti=ml7te00no3ko6qigso](https://www.123rf.com/stock-photo/breathe_breathing.html?oriSearch=breathe&sti=ml7te00no3ko6qigso)
- <https://www.shutterstock.com/search/child+burn+injury>
- <https://ac-illust.com/en/search-result?keyword=%E7%BA%B5%E6%83%85>
- <https://www.kissclipart.com/childrens-health-and-safety-clipart-child-care-saf-met5yd/>
- [https://favpng.com/png\\_view/first-aid-facilities-first-aid-supplies-cardiopulmonary-resuscitation-basic-life-support-cpr-and-aed-advanced-cardiac-life-support-png/yUPWkXCf](https://favpng.com/png_view/first-aid-facilities-first-aid-supplies-cardiopulmonary-resuscitation-basic-life-support-cpr-and-aed-advanced-cardiac-life-support-png/yUPWkXCf)



**APÊNDICE XXVII – Questionário de  
Avaliação do Livro de Prevenção de  
Acidentes no Primeiro Ano de Vida**



### **Avaliação do livro digital “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida”**

Classifique o livro, segundo os aspetos enumerados abaixo, sendo 1 insuficiente e 5 excelente:

	1	2	3	4	5
Interesse e pertinência do conteúdo					
Metodologia utilizada (digital/informático)					
Utilidade para as aulas de preparação para a parentalidade					
Aplicabilidade na UCC					
Avaliação global do livro					

Comentários ou sugestões \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

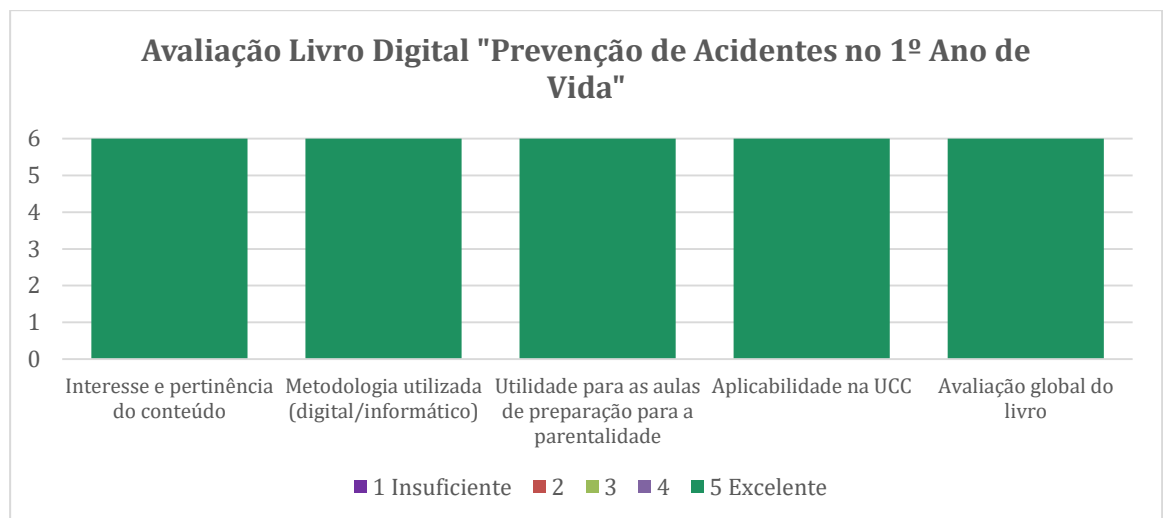
**APÊNDICE XXVIII – Análise do  
Questionário de Avaliação do Livro de  
Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de  
Vida**

## Avaliação do Livro Digital “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida”

No âmbito do objetivo específico “contribuir para a promoção da literacia em saúde dos Pais, no âmbito da prevenção de acidentes infantis, em ambiente doméstico e de lazer” definido para este estágio, foi desenvolvido o livro digital “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida” para poder ser disponibilizado nas aulas de preparação para a parentalidade, que estão a decorrer em formato online.

Tendo em conta que no período do estágio, não havia aulas de preparação para a parentalidade a decorrer, fez-se a avaliação desta atividade através de um questionário (ver Apêndice XXVII neste relatório), que foi preenchido pelas Enfermeiras da área da saúde Infantil da UCC, com o seu parecer quanto ao interesse e pertinência do conteúdo, metodologia utilizada, utilidade para as aulas, aplicabilidade na UCC e avaliação global do livro.

Aplicou-se o questionário a 6 Enfermeiras, utilizando uma escala de 5 pontos em que 1 significa insuficiente e 5 corresponde a excelente.



**Gráfico 1** – Respostas ao Questionário de Avaliação do Livro Digital “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de vida”

A análise das respostas revela que o livro digital tem apreciação máxima positiva, com pontuação 5 (excelente) para todos os itens avaliados, como se pode constatar no Gráfico 1.

Deve ainda notar-se que dos 6 sujeitos inquiridos, 4 indicaram comentários ou sugestões, dos quais se destacam as ideias de o livro ser muito útil para os pais e para famílias com o primeiro filho, bem elaborado, com linguagem acessível a toda a população. Foi sugerida a possibilidade de desenvolver o livro em formato impresso para quem não tenha acesso a internet ou e-mail.

Embora esta atividade por si não permita atingir o objetivo proposto de contribuir para a promoção da literacia em saúde dos pais, uma vez que não foi disponibilizado a nenhum durante o decorrer do estágio, é um excelente contributo que fica disponível na unidade, delegando assim a responsabilidade e a oportunidade de o divulgar de forma a dar continuidade a esta necessidade da promoção da saúde no âmbito da prevenção de acidentes.



## **APÊNDICE XXIX – Inquéritos Covid-19**

## **Inquéritos Epidemiológicos de Covid-19**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou a COVID-19 como pandemia no dia 11 de Março de 2020. Desde então, foram adotadas várias medidas para tentar controlar a expansão da infeção por SARS-CoV-2. De acordo com a OMS, a Comissão Europeia e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), é necessário haver um rastreio de contactos eficaz para possibilitar a detecção precoce de casos e conseqüentemente a limitação da propagação do vírus (DGS, 2020). Este rastreio preconiza três fases: (a) identificação de todas as pessoas (contactos) que estiveram potencialmente expostas a gotículas respiratórias ou secreções de uma pessoa infetada com COVID-19; (b) Comunicação e avaliação dos contactos com estratificação de risco; (c) Implementação de medidas, nomeadamente isolamento profilático e a vigilância de sintomas das pessoas expostas ou identificadas como contactos de risco (DGS, 2020).

A norma da DGS nº 015/2020 afirma que após a identificação de um caso de COVID-19, deve ser assegurada a investigação epidemiológica detalhada pela Autoridade de Saúde, apoiada pela Unidade de Saúde Pública e devem ser aplicadas as medidas necessárias (DGS, 2020).

Durante este ensino clínico, e atualmente a viver momentos extremamente difíceis e exigentes devido à pandemia do COVID-19, a equipa de Saúde Infantil da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) teve que redirecionar a sua intervenção para dar resposta às necessidades da população no âmbito da saúde pública. Têm-se dedicado maioritariamente a realizar inquéritos epidemiológicos, para controlo de contágio.

Quando fiz o diagnóstico de situação e o levantamento das necessidades da UCC, juntamente com a minha Enfermeira Orientadora e Enfermeira Coordenadora, solicitaram logo de início a minha colaboração na realização de inquéritos epidemiológicos de covid-19.

Os inquéritos epidemiológicos envolvem:

- Contactar a pessoa que testou positivo para COVID-19, colheita dos seus dados pessoais e algumas informações preconizadas pela DGS;
- Identificação dos contactos de alto risco;

- Contactar os contactos de alto risco, colheita dos seus dados e estratificar o isolamento profilático;
- Registrar notificação e abrir caso clínico no SINAVE;
- Preencher inquérito epidemiológico no SINAVE;



**Notificação de Infecção pelo SARS-CoV-2/COVID-19**  
Data de Impressão: 2020/11/26 12:22:03

Nº Notificação: 2007779 Doença: Infecção pelo SARS-CoV-2/COVID-19 Data de Notificação: 2020/11/25  
16:34:05 Estado: Aguarda IE Caso: 0  
Local da notificação: ACES CASCAIS - CS CASCAIS - USP CASCAIS (CASCAIS)

**Morada de Ocorrência**

País: Portugal Distrito: Lisboa Concelho: Cascais Freguesia: Alcábaldeche

Morada:

**Utente**

Nome do Utente: AIDA ROSA HENRIQUES FERREIRA DE OLIVEIRA Nº Utente: 362565301  
Data de Nascimento: 1963/10/14 Idade à Data de Notificação: 57 anos Sexo: Feminino  
Documento de Identificação: Cartão de Cidadão Nº de Identificação: 6521460 Contacto: 00351927586747  
Nacionalidade: Portugal  
Naturalidade: Moçambique  
Morada: RUA dos Lombos Nº 148 - Alcoitão

**Notificador**

Nome Médico: RENATO LOURENÇO DA SILVA  
Nº Cédula: 60493 Ordem: Ordem dos Médicos

**Questionário Clínico**

**Notificação**

Situação perante o emprego: (Sem Resposta)  
Se outro (especificar): (Sem Resposta)  
Profissão do utente: (Sem Resposta)  
O doente é profissional de saúde?: Desconhecido  
Especificar: (Sem Resposta)  
Se outro, especificar: (Sem Resposta)  
O doente reside fora de Portugal?: (Sem Resposta)  
País de residência: (Sem Resposta)  
Distrito, cidade ou província (especificar): (Sem Resposta)

**Apresentação clínica**

Doença: Infecção pelo nCoV  
Se outra, especificar: (Sem Resposta)  
Apresentação da doença: Sintomática  
História de febre ou calafrios: (Sem Resposta)  
Temperatura corporal?: (Sem Resposta)  
Pneumonia: (Sem Resposta)  
Síndrome da Insuficiência Respiratória Aguda: (Sem Resposta)  
Tosse seca ou produtiva: (Sem Resposta)  
Dispneia: (Sem Resposta)

SINAVE | 2007779 | 2020/11/26 12:22:03

Complicações: (Sem Resposta)

**Situação epidemiológica**

Viagens: (Sem Resposta)  
Durante o período de incubação viajou dentro do território português?: (Sem Resposta)  
Localidade: (Sem Resposta)  
Se mais que uma localidade, especificar: (Sem Resposta)  
Durante o período de incubação esteve fora de Portugal?: (Sem Resposta)  
Qual o país?: (Sem Resposta)  
Datas da estadia: (Sem Resposta)  
Se mais do que um país, especificar: (Sem Resposta)  
Datas da estadia: (Sem Resposta)  
Data de saída do país ou países: (Sem Resposta)  
O diagnóstico foi efetuado aquando da entrada em Portugal?: (Sem Resposta)  
Local (especificar): (Sem Resposta)  
Data de entrada em Portugal?: (Sem Resposta)  
Local?: (Sem Resposta)

Tem conhecimento de casos/contactos com sintomatologia semelhante?: (Sem Resposta)  
Especificar: (Sem Resposta)

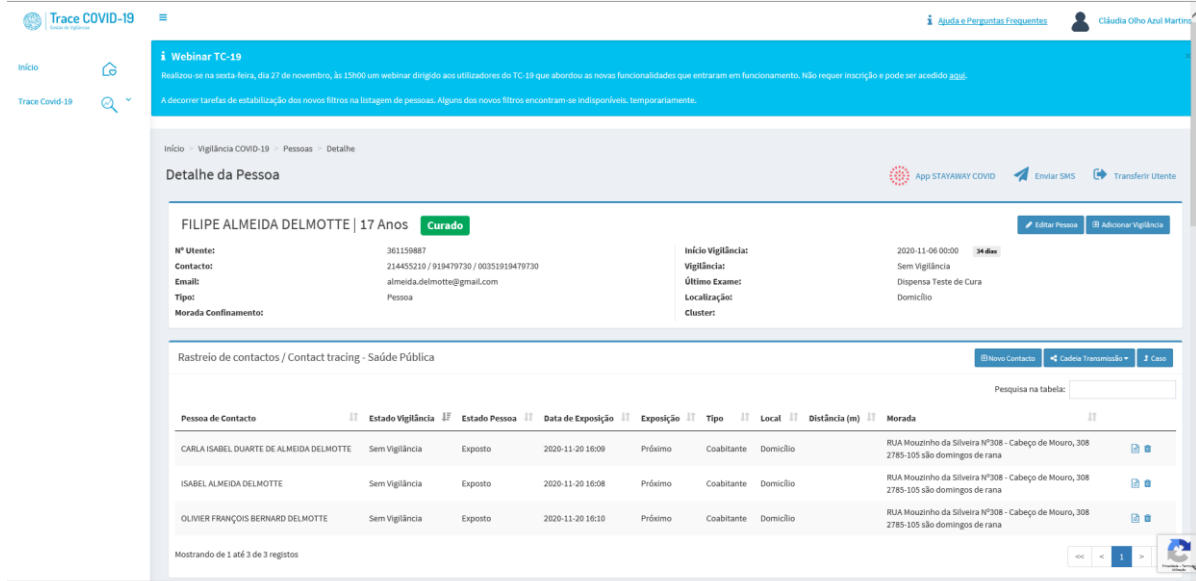
**Estudo laboratorial**

Realizou exames laboratoriais: Sim  
Detecção de ácidos nucleicos do MERS-CoV por RT-PCR: (Sem Resposta)  
Qual a amostra biológica: (Sem Resposta)  
Se outro (especificar): (Sem Resposta)  
Data da colheita: (Sem Resposta)  
Data do resultado laboratorial: (Sem Resposta)  
Detecção de ácidos nucleicos do nCoV por RT-PCR: Positivo  
Qual a 1ª amostra biológica: (Sem Resposta)  
Se outro (especificar): (Sem Resposta)  
Data da 1ª colheita: 23-11-2020  
Data do 1º resultado laboratorial: 24-11-2020  
Qual a 2ª amostra biológica: (Sem Resposta)  
Se outro (especificar): (Sem Resposta)  
Data da 2ª colheita: (Sem Resposta)  
Data do 2º resultado laboratorial: (Sem Resposta)  
Qual a 3ª amostra biológica: (Sem Resposta)  
Se outro (especificar): (Sem Resposta)  
Data da 3ª colheita: (Sem Resposta)  
Data do 3º resultado laboratorial: (Sem Resposta)  
Tem resultado do exame laboratorial de deteção qualitativa do antígeno (Ag) SARS-CoV-2?: (Sem Resposta)  
Resultado: (Sem Resposta)  
Data da colheita (Ag): (Sem Resposta)  
Data do resultado laboratorial (Ag): (Sem Resposta)  
Foi enviada amostra biológica ao INSA?: (Sem Resposta)  
Contacto do Médico Notificador (telefone e e-mail): (Sem Resposta)  
Observações (notificação): (Sem Resposta)

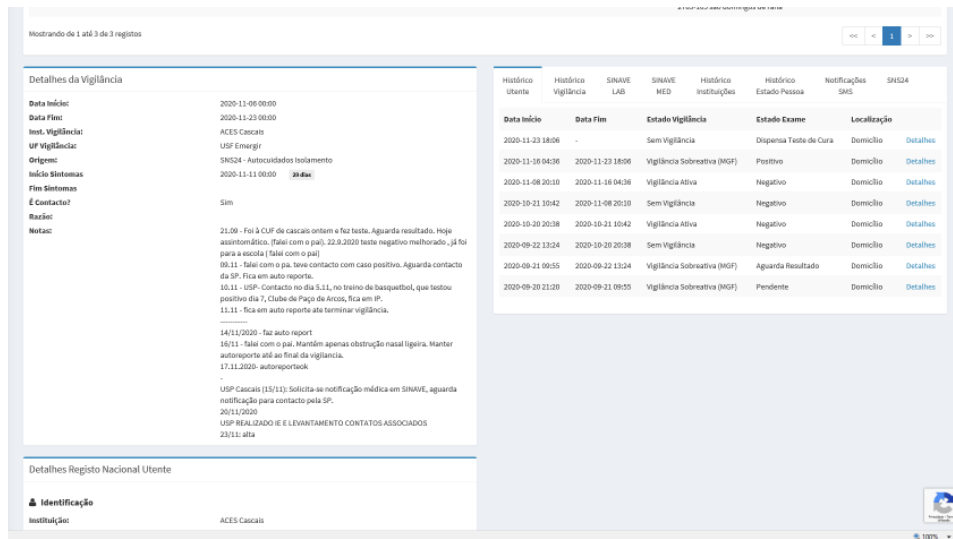
Coriza: (Sem Resposta)  
Odinofagia: (Sem Resposta)  
Cefaleia: (Sem Resposta)  
Dor abdominal: (Sem Resposta)  
Dor no peito: (Sem Resposta)  
Artralgia: (Sem Resposta)  
Mialgia: (Sem Resposta)  
Outra dor (especificar): (Sem Resposta)  
Especificar: (Sem Resposta)  
Náuseas/Vómitos: (Sem Resposta)  
Diarreia: (Sem Resposta)  
Anosmia: (Sem Resposta)  
Diagénese ou ageusia: (Sem Resposta)  
Convulsões: (Sem Resposta)  
Exsudado faríngeo: (Sem Resposta)  
Irritabilidade/confusão: (Sem Resposta)  
Fraqueza geral ou astenia: (Sem Resposta)  
Auscultação pulmonar anómala: (Sem Resposta)  
Imagem radiológica torácica com lesões compatíveis com infecção pelo SARS-CoV-2: (Sem Resposta)  
Coma: (Sem Resposta)  
Taquicardia: (Sem Resposta)  
Distúrbio neurocognitivo (incluindo convulsão): (Sem Resposta)  
Ausência de diagnóstico alternativo suscetível de explicar cabalmente a doença: (Sem Resposta)  
Sinais de pneumonia na autópsia: (Sem Resposta)  
Sinais de insuficiência respiratória aguda na autópsia: (Sem Resposta)  
Se outro (especificar): (Sem Resposta)  
Manifestações clínicas: (Sem Resposta)  
Data do início dos sintomas: 14-11-2020  
Data do diagnóstico: 24-11-2020  
Internamento: Desconhecido  
Qual a instituição?: (Sem Resposta)  
Se outro (especificar): (Sem Resposta)  
Data de internamento: (Sem Resposta)  
O doente encontra-se em suporte ventilatório?: (Sem Resposta)  
Qual?: (Sem Resposta)  
Data de alta: (Sem Resposta)  
O doente apresenta comorbidades: (Sem Resposta)  
Neoplasia: (Sem Resposta)  
Diabetes: (Sem Resposta)  
VIH/outras imunodeficiências: (Sem Resposta)  
Asma: (Sem Resposta)  
Doença pulmonar crónica: (Sem Resposta)  
Patologia hepática: (Sem Resposta)  
Doenças hematológicas crónicas: (Sem Resposta)  
Doença renal crónica: (Sem Resposta)  
Se outra, qual?: (Sem Resposta)

Página 2 de 3

- Registrar contactos de alto risco no SINAVE;
- Registrar contactos de alto risco no Trace COVID-19;



- Completar ou alterar dados/informações da pessoa infetada com COVID-19 e dos seus contactos de alto risco no Trace COVID-19;



- Preencher documento excel com os dados da pessoa que testou positivo e dos seus contactos de alto risco para documentação da Saúde Pública.





**APÊNDICE XXX – Reflexão Crítica Sobre  
as Estratégias Não Farmacológicas no  
Controlo da Dor na Criança**



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório

2º Ano, 1º Semestre

**Reflexão Crítica – Estratégias Não Farmacológicas  
no Controlo da Dor na Criança**  
Unidade de Cuidados na Comunidade

**Discente:** Margarida Tavares Costa, N° 192019009

**Docente:** Professora Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeiro Orientador:** C. O. A

Lisboa, Dezembro 2020

No âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, inserida no 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, que está a decorrer numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) no concelho de Cascais, identifiquei a necessidade de refletir sobre a minha experiência nas consultas de saúde infantil e juvenil. Esta reflexão foi elaborada tendo por base o ciclo refletivo de Gibbs.

### **1. Descrição da situação**

Por considerar importante para o meu percurso de aprendizagem enquanto futura Enfermeira Especialista, no início do estágio falei com a minha Enfermeira Orientadora sobre a possibilidade de ir observar consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil a outra unidade (Unidade de Saúde Familiar). Agendámos então este dia de observação para o meu 4º dia de estágio.

As consultas de Saúde Infantil são agendadas e realizadas segundo o calendário de vigilância preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS) e que se encontram presentes no boletim de saúde infantil e juvenil, um documento distribuído a cada criança ao nascer, nas maternidades, e que serve para registar as informações mais importantes relacionadas com a saúde da criança e do jovem, ao longo do seu crescimento até à idade adulta.

No dia em que fui observar e participar nas consultas de saúde infantil e juvenil, as consultas começaram às 09h30 (há outros dias que são só da parte da tarde). Estão agendadas de 30/30 minutos sendo que os primeiros 15 minutos são da parte de Enfermagem e os restantes 15 minutos são para observação Médica. A consulta, tanto de Enfermagem como Médica, é realizada no mesmo gabinete para evitar que se perca tempo desnecessariamente (criança tenha que se vestir para depois voltar a despir noutra gabinete) e para proporcionar uma experiência mais confortável para a criança e família.

Antes de cada consulta, a Enfermeira verifica a idade da criança e caso se adequé, prepara as vacinas preconizadas no plano nacional de vacinação, para aquela idade. De seguida, chama a criança e inicia a consulta de Enfermagem. Começa por questionar se tem corrido tudo bem, se houve alguma intercorrência desde a última consulta e colhe alguns dados relativamente à alimentação da criança, hábitos de higiene, hábitos de sono

e padrão de eliminações. Depois, procede à observação física da criança, em que pesa, mede e avalia o perímetro cefálico, para além da observação generalizada do seu corpo para despistar a presença de alguma alteração. Seguidamente avalia o desenvolvimento da criança segundo a Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan e identifica (ou descarta) a presença de sinais de alarme. Nesta altura, chama a Médica, transmite os dados que já foram colhidos e a Médica procede à sua observação e avaliação da criança, colhendo os restantes dados necessários.

Após a observação Médica, a Enfermeira procede à administração das vacinas preconizadas para aquela idade. Deita a criança na marquesa e administra as vacinas.

Depois da administração das vacinas, solicita aos Pais que vistam a criança e durante esse tempo regista as vacinas no boletim de vacinas da criança e no registo centralizado de vacinas (RCV). Seguidamente, explica os efeitos secundários que podem surgir após a vacinação e aconselha estratégias para minimizar os efeitos secundários e o desconforto da criança. Para terminar, a Enfermeira informa os Pais sobre os cuidados antecipatórios relativamente à próxima faixa etária, atividades promotoras do desenvolvimento que devem implementar e estratégias de prevenção de acidentes adequados à faixa etária da criança. No final, agendam a próxima consulta (e vacinas) e a Enfermeira valida a informação transmitida e esclarece alguma dúvida existente. Após a família sair do consultório, a Enfermeira termina os registos de Enfermagem, que foi elaborando ao longo da consulta à medida que ia colhendo informação e avaliando os parâmetros da criança.

A primeira consulta a que assisti foi a de um lactente de 2 meses. Quando percebi que as vacinas iam ser administradas com o bebé deitado na maca, posicionei-o contido com a manta e peguei nele ao colo, embalando-o ao mesmo tempo que tentava libertar o membro inferior onde ia ser administrada a vacina (a Mãe estava a arrumar a roupa e as coisas no carro de transporte). A Enfermeira sugeriu voltar a coloca-lo na maca porque seria mais fácil de posicionar e fixar o membro mas eu reforcei a importância da utilização de intervenções não farmacológicas durante um procedimento doloroso e mantive a minha intervenção de conter e embalar, tentando ajeitar ao máximo para facilitar a administração.

Após esta consulta questionei a Enfermeira sobre o porquê de não utilizar medidas não farmacológicas, nomeadamente posicionamento com contenção, colo dos Pais, método canguru, sucção não nutritiva com chucha, sacarose e amamentação, durante os procedimentos dolorosos, particularmente durante a vacinação, que é um dos procedimentos mais frequentes durante as consultas de saúde infantil, ao qual respondeu que não havia tempo porque as consultas eram marcadas de 30 em 30 min (15 min para Enfermagem) e ainda por cima tinham consultas atrasadas por causa da pandemia, e que se fossem colocar todos os bebés à mama ou pedir para os Pais se despirem e colocar em canguru, que atrasaria o horário drasticamente. Questionei sobre a sacarose, ao qual respondeu que não fazia parte do stock de materiais da unidade. No curto espaço de tempo que consegui abordar este tema entre consultas, exprimi a minha preocupação com o facto de haver tanta literatura disponível sobre a eficácia das intervenções não farmacológicas no controlo da dor, e de verificar que não se punha em prática durante a vacinação. Solicitei à Enfermeira que me autorizasse a implementar algumas das intervenções nas seguintes consultas, primeiro porque através da minha experiência profissional verifico diariamente que é altamente eficaz e segundo para tentar demonstrar que embora pudesse haver algum atraso mínimo (uma questão de minutos) que a reação das crianças é significativamente diferente e que realmente somos capazes de diminuir o desconforto.

A segunda consulta a que assisti foi a de um par de gémeos também com 2 meses de idade. Verifiquei durante a colheita de dados que eram amamentados exclusivamente, por isso quando se aproximou a altura da vacinação, expliquei à Mãe os benefícios de colocar os bebés à mama durante os procedimentos dolorosos e questionei se estaria interessada e disponível. A Mãe concordou e a vacinação foi feita com os bebés à mama. Aos 2 meses são administradas 3 vacinas intramusculares, por isso naturalmente os bebés choram e demonstram sinais de dor. No entanto, verificou-se que comparativamente ao bebé anterior, estes bebés choraram menos tempo, o consolo após a vacina foi muito mais eficaz, rápido e organizado e a Mãe também se demonstrou menos ansiosa. Esta consulta terminou ligeiramente atrasada mas considero que tenha sido porque um dos bebés tinha tido uma intercorrência e os Pais colocaram enúmeras dúvidas que fez com que a Médica se ausentasse para consultar o processo e emitir receitas Médicas.

A terceira consulta a que assisti foi a de um lactente de 1 mês e meio de idade que veio para monitorizar o peso por história de uma perda ponderal, não foram administradas vacinas por não estarem preconizadas para esta idade.

A quarta consulta a que assisti foi a de uma bebé de 4 meses de idade. Esta bebé alimentava-se de leite adaptado e não utilizava chucha. Durante a vacinação, sugeri à Mãe colocar uma música própria para bebés no seu telemóvel e colocar a sua filha ao colo, em posição de abraço, embalando-a. No momento das administrações eu ajudei a imobilizar o membro da criança e a Mãe manteve-se a abraçar a filha, embalando-a e confortando-a ao mesmo tempo que tocava a música. Esta criança também chorou e tentou fletir os membros inferiores, mas com o conforto da Mãe e algumas tentativas de distração, acabou por se consolar cerca de um minuto depois.

A quinta consulta a que assisti foi a uma bebé de 6 meses de idade. Esta bebé ainda era amamentada exclusivamente por isso no momento da vacina também promovi a amamentação, explicando à Mãe os seus benefícios. A bebé foi colocada à mama uns minutos antes da vacinação, porque a Mãe aproveitou para questionar alguns aspetos da introdução de alimentos novos, e quando foi o momento da administração, a bebé largou a mama mas nem chegou a iniciar um choro forte porque rapidamente voltou a adaptar-se à mama.

A última consulta foi com uma criança de 12 meses de idade. Vinha acompanhado pelo Pai. Tinha 4 vacinas para serem administradas. Com esta idade priorizei as medidas de distração e o reforço positivo no final. A criança ficou ao colo do Pai, o Pai colaborou na imobilização dos braços e eu utilizei uns brinquedos para distraí-lo. A criança chorou imenso possivelmente porque eram 4 vacinas e efetivamente é um procedimento doloroso, mas com o reforço positivo (muitas palmas e comentários como “boa, já acabou, que corajoso”) depois quis brincar com os brinquedos que eu tinha estado a utilizar para o distrair.

As consultas estavam planeadas para terminar às 13h e acabámos por terminar às 13h40. Tendo em conta que houve um atraso numa consulta específica, não considero tão óbvio e visível a utilização de medidas não farmacológicas terem atrasado o tempo das consultas. Talvez se deva ao facto de haver uma segunda Enfermeira a ajudar e agilizar o

processo mas acredito que com alguma organização e planeamento, fosse possível a utilização destas estratégias. Após as consultas, a Enfermeira foi almoçar porque tinha um domicílio às 14h, e eu regresssei para o meu local de estágio.

Partilhei a minha experiência com a minha Enfermeira Orientadora e refleti sobre esta (ausência de) prática de utilização de estratégias não farmacológicas durante a vacinação das crianças, que me chocou imenso porque venho de um serviço onde estamos todos despertos para a utilização de intervenções para minimizar a dor e o desconforto e torna-se quase cultura da nossa equipa. Expliquei que, embora não fosse o meu local de estágio, sentia a necessidade de intervir junto da equipa de Enfermagem daquela unidade e de possivelmente desenvolver um projeto nesta área em que nomeadamente se solicitaria a aquisição de sacaroses para uso durante procedimentos dolorosos.

A minha Enfermeira Orientadora foi extremamente compreensiva e concordou que seria um projeto interessante e muito útil, mas que a unidade de saúde familiar (USF) tinha sido reestruturada há pouco tempo, tinham elementos da equipa em falta e que achava que estavam pouco disponíveis para este tipo de sensibilizações por estarem tão sobrecarregados de trabalho. Referiu também que neste momento considerava mais benéfico para a minha aprendizagem e para a unidade de cuidados na comunidade onde estava a estagiar, se focasse o meu tempo e as horas de ensino clínico nas necessidades da UCC.

Eu agradei imenso o tempo que a minha Enfermeira Orientadora disponibilizou enquanto estivemos a debater este tema, porque embora esteja muito resumido nesta reflexão, ainda foi algum. Sendo muito sincera, senti alguma dificuldade em acomodarme e “deixar estar” e de não deixar o meu contributo para pelo menos partilhar alguma informação com o objetivo de sensibilizar a equipa.

No dia seguinte, e após ter realizado alguma pesquisa sobre as intervenções de Enfermagem não-farmacológicas no controlo da dor, encontrei alguns documentos, nomeadamente o Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros sobre Estratégias Não Farmacológicas No Controlo Da Dor Na Criança, que é de fácil acesso e consulta. Imprimi as páginas que considerei necessárias (37-43) e partilhei com a minha Enfermeira Orientadora que me ia dirigir à unidade de saúde familiar para falar com a

Enfermeira com quem tinha estado nas consultas de Saúde Infantil no dia anterior, para tentar sensibilizar a equipa sobre o tema das medidas não farmacológicas no controlo da dor durante procedimentos dolorosos e deixar algum material de suporte que pudesse servir de guia orientador para implementarem boas práticas, com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados, que tem certamente, grandes benefícios no bem-estar das crianças e das suas famílias. A minha Enfermeira Orientadora felicitou-me pelo empenho e dedicação e disse que se achava mesmo necessário que me apoiava e que podia lá ir comigo se eu precisasse.

Eu referi que não era preciso, até porque a Enfermeira da USF era extremamente simpática e disponível e já tinha percebido que eu tinha ficado surpreendida com o facto de não implementarem a utilização de medidas não farmacológicas durante a vacinação. Dirigi-me à USF, perguntei pela Enfermeira com quem tinha estado, e esperei à porta do gabinete onde se encontrava a dar uma consulta. Quando terminou, questionei se tinha alguns minutos para falar sobre o tema (que já sabia qual era) e a Enfermeira recebeu-me de uma forma extremamente simpática e até sugeriu chamar as outras 2 Enfermeiras que também faziam consultas de Saúde Infantil.

Quando estávamos todas no gabinete, eu apresentei-me, falei do meu percurso profissional e académico e depois contei a minha experiência do dia anterior e comparei um pouco com a experiência profissional que tenho no serviço onde exerço funções atualmente. Expus o tema e informei que está perfeitamente identificado o benefício da utilização de intervenções não farmacológicas no controlo da dor; Demonstrei empatia ao dizer que compreendo que não estejamos a viver os melhores tempos e que imagino que o dia na unidade é uma corrida contra o tempo; Que respeito que não haja oportunidade de grandes mudanças estruturais (como o pedido de sacarose para a unidade ou aumentar o tempo das consultas) mas que efetivamente não é preciso muito para implementar algumas das intervenções identificadas na literatura e sugeridas pela Ordem dos Enfermeiros; Que somos capazes de minimizar o desconforto das crianças e que lhes devemos isso se está ao nosso alcance. Mostrei o que tinha impresso e li as intervenções que a ordem sugere, tanto para os recém-nascidos, como para crianças mais velhas. Houve algumas partilhas de situações específicas e trocas de opinião muito interessantes

e pertinentes e considero que no final consegui cumprir o meu objetivo de sensibilizar a equipa e motivar para a implementar destas boas práticas.

No final deste momento, deixei o meu contacto e disponibilizei-me para se algum dia houvesse oportunidade e que a equipa achasse necessário, que eu podia contribuir na elaboração de uma proposta para solicitar a aquisição de sacarose para uso durante procedimentos dolorosos, ou participar numa ação de formação a outros membros da equipa sobre a utilização de intervenções não farmacológicas.

## **2. Pensamentos e sentimentos**

Quando me deparei com a realidade de que não se utilizavam medidas não farmacológicas durante a vacinação, e que o procedimento era realizado com as crianças deitadas na maca, mesmo na presença dos Pais, fiquei chocada. Não critiquei, não fiz juízos de valor, mas fiquei chocada. Por, depois de se ouvir falar tanto nos benefícios da amamentação durante os procedimentos dolorosos, da sucção não nutritiva (seja com chucha ou com sonda dedo), da presença dos pais (colo), da distração, ainda haver sítios que não têm estas medidas implementadas.

Rapidamente ultrapassei o choque porque pensei que talvez a equipa pudesse não estar informada e atualizada sobre as boas práticas no controlo da dor, mas quando me apercebi que uma das razões pelas quais não implementavam estas intervenções era o tempo das consultas e o medo de atrasarem a agenda, senti-me frustrada. Principalmente por ser um aspeto que eu, Margarida, enquanto aluna com um estágio tão curto, não consigo mudar nem reestruturar.

Houve outro momento em que me senti frustrada e algo desmotivada, que foi quando sugeri às Enfermeiras (da USF e a minha Enfermeira Orientadora) trabalhar este tema através de uma ação de formação, elaboração de um guia orientador adequado às especificidades da unidade e elaboração de uma proposta para pedir a aquisição de sacarose para a unidade e as Enfermeiras me disseram que não era uma boa altura de propor mudanças e que a equipa estava pouco disponível para este tipo de atividades. Fiquei desmotivada porque senti que era mesmo uma necessidade, que esta prática tinha que mudar e que se não fizesse nada para contribuir para a mudança, de certa forma estaria a “apoiar” que assim se fizesse.

Mas depois de me sentir frustrada, acho que inconscientemente fui dar ao encontro da resposta “como é que eu posso contribuir para mudar isto, ultrapassando as limitações e a falta de disponibilidade para uma intervenção/atividade formal”, porque por mais pequeno que seja o contributo, se tem um impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças, vale sempre a pena tentar.

Fiquei orgulhosa de mim mesma por ter conseguido, num ambiente formal (consulta) e fora da minha zona de conforto (um dia de observação numa unidade que não era onde estava a realizar o meu estágio), contornar a situação de forma positiva e ter demonstrado à Enfermeira que não se perde assim tanto tempo a implementar estas intervenções e que fazem a diferença para a criança e para os Pais.

### **3. Avaliação**

Refletindo sobre esta experiência, e mais especificamente sobre a minha intervenção, considero que foi positiva, útil, e que foi francamente o melhor que podia ter feito tendo em conta a situação atual, as adversidades da pandemia e a disponibilidade que a equipa revelou ter.

Fico satisfeita com a minha intervenção porque se há coisa que o Mestrado me ensinou foi a identificar lacunas e oportunidades de melhoria, e agir para mudar e melhorar. Foi exatamente o que fiz; Sem saber o que ia encontrar, sem saber a experiência que ia ter, cheguei, identifiquei, partilhei informação e conhecimentos que já tinha, partilhei experiências positivas e de sucesso, e demonstrei como se fazia e que era possível. No final, ainda voltei para reforçar todos estes aspetos, refletir, e partilhar um documento que pudesse servir como guia para implementar estas intervenções.

Embora inicialmente me tenham dito que não valia a pena investir neste tema, eu insisti, naturalmente de forma muito respeitosa e validando sempre com as Enfermeiras, e tentei abordar o assunto de uma forma mais prática e simples, e acabei por conseguir transmitir a informação, embora de uma forma mais informal, conseguindo sensibilizar e debater este conceito com a equipa de Enfermagem no sentido de promover a aquisição de conhecimentos, capacitando-as para melhorar os seus cuidados com vista a contribuir

para a melhoria contínua da prática dos cuidados de Enfermagem prestados às crianças e às suas famílias.

#### **4. Análise**

A dor, identificada como o 5º sinal vital, é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como uma experiência sensorial e emocionalmente desagradável associada a uma lesão, ou potencial lesão, do tecido corporal (IASP, 2017). A Direção Geral da Saúde (DGS) define a dor como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre” (DGS, 2003). Ambas estas entidades identificam a dor como uma “experiência desagradável” atribuindo-lhe uma cotação negativa.

Para além da dor ser uma das maiores preocupações dos Pais, quando as suas crianças estão doentes, é também um fator gerador de medo e ansiedade para as crianças quando precisam de receber cuidados de saúde e sabem que possivelmente serão submetidos a algum procedimento doloroso.

As medidas não farmacológicas estão descritas e comprovadas na literatura, como eficazes em situação de dor ligeira, como complemento à terapêutica analgésica e durante procedimentos dolorosos (OE, 2013), particularmente durante a vacinação (García et al., 2018). A utilização de medidas não farmacológicas em situações dolorosas, para além de proporcionar alívio no momento, promove uma reestruturação cognitiva, alterando as expectativas, avaliações e construções que as crianças criam associadas à dor, reduzindo assim os sentimentos e reações negativas associadas à dor, como o medo, ansiedade e depressão (OE, 2013).

As intervenções não farmacológicas sugeridas pela Ordem dos Enfermeiros no Guia Orientador de Boa Prática das Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança, são:

Recém-nascido (RN)	Crianças/Adolescentes
Redução das luzes e do ruído ambiental sobre o RN; Proporcionar períodos prolongados de sono e repouso;	Fornecer informação antecipadamente; Distração (crianças mais novas- linguagem teatral, brinquedo com sons, brilhantes ou movimentos, leitura, jogos, bolas de sabão,

Posicionamento (contenção com ninhos que promovam a organização comportamental, rolos de posicionamento); Agrupar as manipulações; Massagem terapêutica; Embalo, “colinho”; Contacto físico do RN com os Pais; Método canguru; Sucção não nutritiva (com chucha); Leite materno; Sacarose a 24%.	música; crianças mais velhas- jogos, música, televisão, conversa sobre a vida/acontecimentos); Reforço positivo; Imaginação guiada; Simulação do procedimento noutra pessoa; Distração comportamental com outras atividades; Relaxamento muscular; Aplicação de calor ou frio; Massagem; Posicionamentos; Arteterapia (teatro, arte, poesia, marionetas, escrita e/ou desenho); Humor; Terapias complementares.
--	--

García et al. publicaram um estudo em 2018 que relata os efeitos da ingestão de leite materno, sucção não nutritiva e administração de sacarose durante a vacinação a crianças com 2, 4 e 6 meses de idade, sendo que concluíram que a intervenção não farmacológica mais eficaz na redução da dor é a amamentação/ingestão de leite materno, com uma redução significativa da dor (avaliada através de uma escala) durante a administração da vacina.

Outro estudo publicado de Cordero et al., ( 2015) sobre o efeito das intervenções não farmacológicas em recém-nascidos, concluiu que as intervenções não farmacológicas mais eficazes são a administração de sacarose, a amamentação e o método canguru.

A Carta da Criança Hospitalizada resume os direitos das crianças hospitalizadas, que entre eles, constam que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” e que “deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável”.

Posto isto, e segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o controlo da dor é um dever e um indicador de boa prática, tornando-se assim fundamental que todos os Enfermeiros que

prestam cuidados a crianças, utilizem todas as estratégias ao seu alcance, nomeadamente farmacológicas e não-farmacológicas, no controlo da dor, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar da criança e das suas famílias.

## **5. Conclusão**

Esta situação que vivenciei, tanto no momento da consulta, como posteriormente a partilha de experiências profissionais, a transmissão de conhecimentos e a demonstração do Guia Orientador de Boa Prática da OE à equipa de Enfermagem de Saúde Infantil da USF, proporcionou-me o desenvolvimento e a melhoria/aperfeiçoamento de algumas competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Das competências comuns, saliento o planeamento de programas de melhoria contínua, sendo que identifiquei oportunidades e necessidades de melhoria, selecionando as estratégias mais adequadas para promover a mudança, partilhando um guia orientador de boa prática para promover a implementação de intervenções de Enfermagem adequadas às necessidades e particularidades das crianças. Relativamente às competências específicas do EESIP, saliento a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, demonstrando conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e garantindo a gestão da dor através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas durante procedimentos dolorosos como a vacinação. Importa referir que enquanto estava a realizar a pesquisa bibliográfica sobre as medidas não farmacológicas no controlo da dor, aprofundei os meus conhecimentos sobre as terapias complementares que são identificadas pela Ordem dos Enfermeiros e que podem ser utilizadas para controlo da dor, que me permitirá providenciar cuidados mais personalizados e direcionados à individualidade de cada criança e família, contribuindo para a melhoria contínua da minha prática profissional e dos ganhos em saúde das crianças e famílias alvos dos meus cuidados.

## **6. Plano de Ação**

Se as circunstâncias fossem diferentes e se estivéssemos a viver “tempos normais”, acredito que teria tido mais oportunidade de trabalhar este tema na Unidade de Saúde Familiar, tendo em conta que foi um problema e uma necessidade identificada.

No futuro, quando me deparar com uma situação semelhante, onde identifico que os cuidados prestados são baseados em práticas desatualizadas, gostaria de conseguir envolver-me mais e ser mais proactiva na implementação da mudança, para promover que os cuidados prestados sejam baseados em evidência científica mais recente e que promovam a mais alta qualidade de cuidados de Enfermagem possível, com vista a garantir o respeito pelos direitos da criança e promover a sua saúde e o seu bem-estar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cordero, M., García, L., López, A., Villar, N., Castillo, R., & García, I. (2015). Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 32(6), 2496-2507. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.10070>

Direção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.

García, A., Tornero, O., Sancho, J., Rubio, J., Rubio, M., & Sirvent, L. (2019). Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses tras la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación. *Anales de Pediatría*, 91(2). <https://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.002>

Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Leiden: European Association for Children in Hospital (EACH).

International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP Terminology*. Acedido em IASP working together for pain relief: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor da Criança. Cadernos OE. Série 1, Número 6. ISBN: 978-989-8444-23-3

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 26 .

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República.



## **APÊNDICE XXXI – Planos de Saúde Individuais**

## **Planos de Saúde Individuais**

A saúde escolar tem um papel essencial na promoção da saúde e prevenção de doenças no contexto escolar. Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, a Saúde Escolar deve estar preparada para os desafios da atualidade, que exigem uma visão alargada da realidade social e económica, para continuar a ajudar os jovens a maximizarem a sua saúde (DGS, 2016).

Relativamente às crianças com necessidades de saúde especiais (NSE), estas definem-se como “as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual” (DGS, 2016).

Posto isto, é fundamental que a equipa de Saúde intervenha precocemente na infância, com o objetivo de detetar, sinalizar e encaminhar as crianças e jovens para consultas específicas que possam fornecer orientações especializadas; que referencie crianças que necessitem de qualquer tipo de intervenção no contexto escolar; que avalie a funcionalidade da criança com base nas condições de saúde e o seu impacto nas atividades e na participação escolar; e por fim, que elabore um Plano de Saúde Individual (PSI) para cada criança com NSE, avaliando o impacto das condições de saúde na funcionalidade e identificando as medidas de saúde a implementar (necessidades de saúde, terapêutica) para melhorar o seu desempenho escolar, tendo em conta os fatores ambientais do contexto escolar.

Durante este ensino clínico, tive a oportunidade de elaborar planos de saúde individuais de três crianças, com patologias que requerem uma intervenção especial, de forma a capacitar os profissionais da escola para darem resposta às necessidades das crianças. Estes planos estão apresentados nas páginas seguintes.



**SAÚDE ESCOLAR**  
**Plano de Saúde Individual**

**Nome do aluno:** [REDACTED]

**Data Nascimento:** [REDACTED]

**Escola:** Escola Básica [REDACTED]

**Turma:** [REDACTED]

**Nome do Enc. De Educação:** [REDACTED] (Mãe)

**Contacto Enc. De Educação:** [REDACTED] ou [REDACTED]@hotmail.com

**Diretora de Turma:** Profª [REDACTED]

**Necessidade de Saúde Especial:** Diabetes Mellitus Tipo 1

**Diabetes Mellitus Tipo 1**

A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) pode manifestar-se em qualquer idade, mas o seu aparecimento é mais comum nas crianças e jovens. Esta doença crónica é causada por um processo autoimune no qual anticorpos específicos destroem as células  $\beta$  do pâncreas, responsável pela produção de insulina, sendo por esta razão, fundamental o tratamento com insulina injetável.

**Medicação habitual e de urgência**

Insulina, de acordo com o esquema, administração subcutânea/bomba perfusora

Glucagen, em SOS, administração intramuscular

**Plano Terapêutico**

9H55 e 12h05	
<p><b>09h55</b> – Avalia a glicémia capilar (tira azul)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>PICAR SEMPRE O DEDO</u></b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Valor inferior a 250mg/dL –</u></b></p> <p>Introduz na bomba a quantidade de hidratos de carbono que vai ingerir e come a refeição do meio da manhã (<b>9h55</b>)</p> <p><b>Tempos de espera entre a administração da insulina e a refeição:</b></p> <p><b>Entre 70 e 100 pode comer imediatamente</b></p> <p><b>&gt;100 espera 10 minutos antes de comer</b></p> <p><b>&gt;180 espera 15 minutos antes de comer</b></p> <p><b>&gt;250 espera 20 minutos antes de comer</b></p> <p>Se necessário pode ingerir a refeição dentro da sala de aula ou sair para comer</p> <p><b>12h05</b> – Avalia a glicémia capilar – Se necessário sai da sala de aula para realizar o procedimentos e se glicemia estiver entre 70-90mg/dL ingere 6g de hidratos de carbono (3 bolachas de água e sal)</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Valor superior a 250mg/dl</u></b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">AVALIAR CETONÉMIA - (tira roxa)</p> <p>❖ <b>Valor inferior a 0.6</b> – come a refeição do meio da manhã (A Alice ingere a totalidade do lanche enviado pela mãe)</p> <p>❖ <b>Valor superior a 0.6</b> – Contactar a mãe</p>
Boas práticas nos procedimentos	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Higienizar as mãos (Aluno ou Assistente operacional)</li> <li><input type="checkbox"/> Avaliar glicémia capilar (picada no dedo)</li> <li><input type="checkbox"/> Colocar a tira azul na máquina</li> <li><input type="checkbox"/> Picar o dedo-atenção à rotação dos dedos (nunca picar a polpa dos dedos e evitar</li> </ul>	

picar o polegar e o dedo indicador)

Registrar o valor no livro/ valor registado automaticamente na bomba perfusora

### Exercício Físico

Nos dias de educação física (quarta e sexta) tem que desconectar a bomba e entregar a mochila com a bomba e os utensílios a um responsável.

16h ( Quarta-feira)	
<p><b>16h –</b> Avalia a glicémia capilar (tira azul)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>PICAR SEMPRE O DEDO</u></b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Valor inferior a 250mg/dl –</u></b></p> <p><b>Mais de duas horas após último bólus de insulina</b></p> <p><b>&lt; 90 mg/dL</b>- ingerir 18 gramas de HC e só inicia exercício quando glicémia &gt;90mg/dL</p> <p><b>90- 125 mg/dL –</b> ingerir 10 gramas de HC</p> <p><b>125-250 –</b> Pode iniciar exercício físico</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Valor superior a 250mg/dl</u></b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>AVALIAR CETONÉMIA - (tira roxa)</p> <p>❖ <b>Valor inferior a 0.6</b> –antes de iniciar o exercício físico, faz 50% do bólus de correção. <b>É necessário usar o glucómetro da bomba para assegurar o desconto da insulina ativa</b> de forma a prevenir hipoglicemias.</p> <p>❖ <b>Valor superior a 0.6</b> – não faz exercício físico, ligar à mãe de imediato ou, se necessário, chamar 112.</p>
Boas práticas nos procedimentos	
<p><input type="checkbox"/> Higienizar as mãos (█ ou Assistente operacional)</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliar glicémia capilar (picada dedo)</p> <p><input type="checkbox"/> Colocar a tira azul na máquina</p>	

- Picar o dedo-atenção à rotação dos dedos (nunca picar a polpa dos dedos e evitar picar o polegar e o dedo indicador)
- Registrar o valor no livro/ valor registado automaticamente na bomba perfusora.

### HIPOGLICÉMIA-

Glicémia < 70 mg/dl

CONFIRMAR SEMPRE COM PICADA NO DEDO

Se **glicémia 60-70mg/dL** – tratar hipoglicemia de acordo com o esquema indicado na tabela – NÃO SUSPENDE A BOMBA

Se **glicémia <60 mg/dL** – colocar DBT a 0% durante 30 minutos

#### Tratamento:

Alimentos com HC rápidos	Peso criança/jovem <20 Kg
Glicose (pastilhas ou gel)	9g (equivalente a ampola de gel)
Açúcar (diluído em pouca água)	12g (2 pacotes de açúcar diluído em pouca água)
Mel	1 colher de sopa

↓  
Avaliar glicémia após 10/15 minutos

↙  
Se glicémia > 100 mg/dl

Come 6g de hidratos de carbono

↘  
Se glicémia < 100 mg/dl

Repetir açúcar e avaliação de glicémia de 15/15 minutos até glicémia > 100mg/dl, seguido da ingestão de 6g de hidratos de carbono

## HIPOGLICÉMIA SEVERA

Glicémia < 70 mg/dl

Alteração do estado de consciência/perda de conhecimento

(criança desmaia ou está confusa, não consegue engolir o açúcar ou derivados)

**NÃO DAR NADA DE COMER E/OU BEBER**

Administrar Glucagen: ampola

No terço intermédio da coxa



Encontra-se armazenada no frigorífico da sala de professores

**LIGAR PARA O ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO e 112**

~~Endereço da Escola~~ – Contato telefónico ~~913 030 621~~

Contactar encarregado de educação (Mãe) para se dirigir à escola para resolver as seguintes situações:

QUANDO A BOMBA APITA – PODE ESTAR A FICAR SEM PILHAS NO COMANDO E NA BOMBA
QUANDO A BOMBA APITA – PODE HAVER OCLUSÃO
FALTA DE COMUNICAÇÃO ENTRE A BOMBA E O COMANDO
PRESENÇA DE BOLHAS DE AR /SANGUE NO CATETER
ANOMALIA DA CÂNULA
RESERVATÓRIO COM BOLHAS /INSULINA



Em caso de dúvida, contactar a Enfermeira [redacted] da Saúde Escolar

Contatos: [redacted].pt / Tlm [redacted] 5

<b>PI S elaborado por</b>	<b>Enfª Margarida Costa (aluna de Mestrado)</b>
<b>Assinatura do Encarregado de Educação</b>	
<b>Assinatura do Enfermeiro – Saúde Escolar</b>	[redacted]
<b>Assinatura do Diretor de Turma</b>	
<b>Data</b>	<b>28 de Novembro de 2020</b>

#### **Referências Bibliográficas**

Dias, D. F. (2019). *Crianças com diabetes mellitus tipo 1: Conhecimentos dos pais e elementos de referência na gestão do regime terapêutico com perfusão subcutânea contínua de insulina*. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.



PROBLEMA	ATUAÇÃO				QUEM ADMINISTRARÁ
	MEDICAÇÃO	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	Horário	
PHDA	Largatil 100mg  Neuroléptico com ação sedativa e antipsicótica. Atua como estabilizador de humor e regulador comportamental	50mg (1/2 comprimido)	Oral	Almoço	O aluno na presença de um docente ou de outro profissional da escola.
Terapêutica prescrita pela Dr.ª [REDACTED], Pedopsiquiatra					

PIS elaborado por	Enf <sup>a</sup> Margarida Costa (aluna de Mestrado)
Assinatura do Encarregado de Educação	[REDACTED]
Assinatura do Enfermeiro – Saúde Escolar	[REDACTED]
Assinatura do Diretor de Turma	Prof.
Data	07 de Dezembro de 2020

#### Referências Bibliográficas

Infarmed. (2020). Prontuário Terapêutico 2. Sistema Nervoso Central / 2.9. Psicofármacos / 2.9.2. Antipsicóticos / Cloropromazina. Acedido a 05 de Dezembro de 2020, em <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=cloropromazina&x=0&y=0&rb1=0>



Moura, O. (2020). Portal da Hiperatividade / Défice de Atenção. Acedido a 05 de Dezembro de 2020, em <https://hiperatividade.com.pt>.

Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental. (2020). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Acedido a 05 de Dezembro de 2020, em <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-de-hiperatividade-e-defice-de-atencao/>.



	com ovo (empadão, empadas, folhados/pastéis), omeletes, bacalhau à Brás, bacalhau à Gomes de Sá, salada russa, bolos, sobremesas, gelados com ovo
Alimentos processados que podem conter o alérgico	Produtos de pastelaria e confeitaria (bolos, bolachas, biscoitos, folhados, empadas, salgados), pães com ovo (pães de leite e bicos de pato), massas com ovos, massa tenra, massa folhada, molhos (maionese, molho holandês, e/ou outro molho que contenha ovo), hambúrgueres, salsichas
Ingredientes na rotulagem do produto	Ovo em pó desidratado, albumina, lisozima, lecitina de ovo, apovitelina, aitelina, avidina, flavoproteína, globulina, livetina, ovoalbumina, ovoglobulina, ovoglicoproteína, ovomucina, ovomucóide

<b>Manifestações da alergia</b>	
Manifestações cutâneas	Erupções cutâneas Eczema Urticária (vergões vermelhos que geralmente provocam prurido (comichão)) Eritema – pele vermelha Prurido generalizado (comichão)
Manifestações gastrointestinais	Vómitos Dores abdominais Diarreia
Manifestações respiratórias e/ou sistémicas	Dificuldades respiratórias Pieira Sibilância Estridor Edemas (inchaço), considera-se grave o inchaço de órgãos da cabeça, lábios, úvula, face, olhos) Edema da glote e da língua

	<p>Sensação de formigueiro na boca</p> <p>Hipotensão (diminuição da pressão arterial)</p> <p>Incontinência</p> <p>Prostração</p> <p>Perda de consciência</p>
--	--

<b>Reacção Alérgica - Anafilaxia ou Choque a Anafilático</b>
<p>O choque anafilático pode ocorrer de segundos a minutos, após a exposição ao alérgeno, e geralmente tem um início súbito. Os sinais e sintomas que surgem são prurido (comichão) e sensação de calor em cima e por baixo da língua, garganta e especialmente nas palmas das mãos e plantas dos pés.</p> <p>No choque anafilático as manifestações assumem uma forma exuberante, e geralmente envolvem vários órgãos ou sistemas, sobretudo o sistema respiratório e cardiovascular.</p>

PROBLEMA	ATUAÇÃO			QUEM ADMINISTRA	O QUE FAZER APÓS SITUAÇÃO AGUDA
	MEDICAÇÃO	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO		
Reacção Alérgica Ligeira	Loratadina	10mg	Oral	O aluno na presença de um docente ou outro adulto	Ligar ao encarregado de educação
Reacção alérgica (mais exuberante), com inchaço ou sintomas digestivos	Loratadina Salbutamol Prednisolona	10mg 3 puffs 10mL	Oral Inalatória Oral	O aluno na presença de um docente ou outro adulto	Ligar ao encarregado de educação

ou respiratórios					
Reacção alérgica (grave-anafilaxia)	<i>Epipen 0,3 mg, solução injectável (epinefrina)</i>	<b>1 injeção única</b>	Intra-Muscular na coxa	Um docente ou um não docente	<b>Chamar 112</b> <b>Ligar ao encarregado de educação</b>
Administração intramuscular do Epipen	<p>Uma vez removida a tampa cinzenta, a seringa está preparada e a agulha, na extremidade preta, pode ser automaticamente ativada por pressão. Segurar o auto-injector na mão, colocar a extremidade preta de plástico contra a face da coxa e pressionar com firmeza durante 10 segundos até que o mecanismo dispare a agulha e a solução de epinefrina seja injetada. Por fim, retirar o auto-injector da coxa e massage o local da injeção durante 10 segundos.</p> <p>A injeção na coxa reduz o risco de injeção inadvertida num vaso sanguíneo (injeção intravascular). Devem ser feitos todos os esforços para evitar possíveis injeções intravasculares.</p>				



<b>PIS elaborado por</b>	<b>Enfª Margarida Costa (aluna de Mestrado)</b>
<b>Assinatura do Encarregado de Educação</b>	██████████
<b>Assinatura do Enfermeiro – Saúde Escolar</b>	██████████
<b>Assinatura do Diretor de Turma</b>	<b>Prof.</b>
<b>Data</b>	<b>07 de Dezembro de 2020</b>

**Referências Bibliográficas**

Ministério da Educação e Ciência- Direção-Geral da Educação, Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. (2012). Alergia Alimentar. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alergias-alimentares-jpg.aspx>



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nº SNS: [redacted] Nop: [redacted] Data Inscrição: [redacted]  
Nome: [redacted]  
Sexo: Masculino Data Nascimento: [redacted] BI/C/P: [redacted]  
Naturalidade: Brasil  
Situação Face à Profissão: Desconhecido NIF: [redacted]  
Médico: [redacted]

MORADA

Rua: [redacted] Andar: [redacted]  
Porta: 3  
Lugar: [redacted] Telefone: [redacted]  
Freguesia: [redacted]  
Codigo Postal: [redacted]

INSCRIÇÃO

Tipo de Utente: Esporádico por Assistência Urgente  
Tipo de Inscrição: Inscrição Esporádica

----- ISENÇÃO/REGIME ESPECIAL DE COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS/OUTROS-----

Isenção:	Código:	Validade:
R.E.C.M.:	Código:	Validade:
Med.Esp:	Código:	Validade:

----- ENTIDADES RESPONSÁVEIS -----

Entidade	Nº Beneficiário	Validade
----------	-----------------	----------



---

**RELATÓRIO MÉDICO**

Paciente = [REDACTED] - [REDACTED]

PACIENTE [REDACTED], [REDACTED], EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE ALERGIA ALIMENTAR DA ESPECIALIDADE DE ALERGIA E IMUNOLOGIA DO HC DE RIBEIRÃO PRETO/SP, POR ALERGIA (ANAFILAXIA) AO OVO, ESTANDO ESTE PACIENTE PROÍDO DE CONSUMIR OU MESMO ENTAR EM CONTATO COM OVO OU ALIMENTOS DERIVADOS E PREPARADOS COM OVO, SOB O RISCO DE DESENVOLVER NOVA REAÇÃO ANAFILÁTICA E POTENCIALMENTE FATAL.

ESTE PACIENTE, EM VIRTUDE DA GRAVIDADE DE SUA ALERGIA AO OVO, TEM INDICAÇÃO DE PORTAR EPIPEN JR 0,3MG - CANETA AUTO-INJETORA DE ADRENALINA, QUE SE DEMONSTRUM DISPOSITIVO SEGURO E EFICAZ PARA APLICAÇÃO DESTA MEDICAÇÃO (ADRENALINA), A QUAL ESTÁ ALTAMENTE INDICADA PARA TRATAMENTO DAS REAÇÕES ANAFILÁTICAS. A MÃE DO PACIENTE, [REDACTED], FOI ORIENTADA A TREINADA PARA O USO DESTE DISPOSITIVO.

ATENCIOSAMENTE,

[REDACTED]

[REDACTED]

---

Médico Responsável: [REDACTED]

Emissão:

09/01/2018

**Anafilaxia Plano de Ação de Emergência**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_

Alergia a alimentos ou medicamentos?

Asma : Sim (alto risco de reação grave)  Não ( )

Outros problemas de saúde, além de anafilaxia:

*Rinite alérgica persistente moderada grave.*

Outros medicamentos utilizados:

1- Se apresentar apenas urticária e /ou angioedema (inchaço ao redor da boca, olhos, mãos, pés, região genital) usar o anti-histamínico e manter observação de pelo menos 2 horas.

*Loratadina 10mg - 1 comprimido.*

2- Se tiver apenas sintoma de tosse, chiado no peito e falta de ar usar salbutamol na dose abaixo e corticosteroíde e manter observação de pelo menos 2 horas.

*Salbutamol 3 jatos*

*Prednisona 3mg/ml - 10ml.*

3- Se tiver os sintomas 1 e 2 associados fazer adrenalina auto injetável.

a) Injetar adrenalina na região lateral da coxa usando :

EpiPen Jr (0,15 mg) ( ) EpiPen (0,3 mg)  ou adrenalina (1:1000)- ml  
Twinject (0,15 mg) ( ) Twinject (0,3 mg) ( )

b) Elevar os membros inferiores ( pernas) para cima

c) Usar anti-histamínico : *idem* (1)

d) Usar broncodilatador: *idem* (2)

e) Usar corticosteroíde: *idem* (2)

4- Ligue para o 193 ou equipe de resgate

5- Contato casa \_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_

Assinatura do médico / Data / Número de Telefone

Assinatura dos pais (para os indivíduos com idade inferior a 18 anos)

## Receita Médica N°

Identificação do Emitente		
Nome: [REDACTED]	CRM - [REDACTED]	UF: SP
Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO, S/N		TELEFONE: (16)3602-1000
CEP 14048900 RIBEIRAO PRETO-SP		

Via Única

Paciente: [REDACTED] - [REDACTED] anos  
Nome Social: [REDACTED] N° CNS [REDACTED]  
Endereço: [REDACTED]

Prescrição de Medicamentos

**USO INTERNO**

1- ADRENALINA AUTO-INJETAVEL 0,3 MG ----- 1 Frascos  
APLICAR NA REGIAO LATERAL DA COXA , SE TIVER REAÇÃO GRAVE AO OVO (CONFORME PLANO  
DE AÇAO DE ANAFILAXIA )  
OBS: SIMPLES

RIBEIRAO PRETO, 09 DE JANEIRO DE 2018

ALIM-ALERGIA ALIMENTAR

Assinatura \_\_\_\_\_

Receituário somente é válido com a assinatura do profissional

## Receita Médica N° [REDACTED]

Identificação do Emitente		
Nome: [REDACTED]	CRM - [REDACTED]	UF: SP
Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO, S/N		
CEP 14048900 RIBEIRAO PRETO-SP		TELEFONE: (16)3602-1000

Via Única

**Paciente:** [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] anos  
**Nome Social:** [REDACTED]      **Nº CNS:** [REDACTED]  
**Endereço:** [REDACTED]

### Prescrição de Medicamentos

#### USO INTERNO

1- LORATADINA COMPRIMIDO 10 MG----- 60 Comprimidos  
DAR 1CP AO DIA, VIA ORAL, POR 15 DIAS SE ALERGIA  
OBS: RECEITA SIMPLES  
Este medicamento faz parte da RENAME

#### USO EXTERNO

2- SALBUTAMOL, SPRAY 100 MCG/DOSE EMB. 200 DOSES----- 1 Frascos  
FAZER 3 JATOS COM ESPAÇADOR DE 6 EM 6 HORAS SE TIVER TOSSE SECA, FALTA DE AR E  
CHIADO NO PEITO . USAR POR 7 DIAS  
OBS: RECEITA SIMPLES  
Este medicamento faz parte da RENAME



RIBEIRAO PRETO, 09 DE JANEIRO DE 2018  
ALIM-ALERGIA ALIMENTAR

Assinatura \_\_\_\_\_  
Receituário somente é válido com a assinatura do profissional

**APÊNDICE XXXII – Poster Científico “O  
Impacto das Tecnologias no Desenvolvimento  
Infantil”**



# Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

## O Impacto das Tecnologias no Desenvolvimento Infantil <sup>2</sup>

Margarida Costa <sup>a,b</sup>, Débora Querido <sup>a,b</sup> & Joana Rato <sup>c</sup>

(a) Enfermeira no Departamento de Pediatria do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.  
(b) Mestranda na Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.  
(c) Investigadora no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

<b>Introdução</b>	A atualidade é marcada pelo crescente aumento da utilização de dispositivos tecnológicos, implicando que as crianças sejam expostas e/ou utilizem algum dispositivo digital cada vez mais cedo. As associações de pediatria alertam para o facto do tempo de ecrã em crianças até aos 8 anos ser, em média, mais de 2 horas por dia, ultrapassando assim o desejável. É premente a discussão sobre como o tempo de ecrã em excesso pode ter consequências diretas no desenvolvimento infantil.
<b>Objetivo</b>	Rever literatura recente sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil para construção de folheto de sensibilização para divulgação nas unidades de saúde.
<b>Metodologia</b>	Realizou-se uma revisão de literatura narrativa nas bases <i>Google Scholar</i> e <i>Science Direct</i> , com os descritores "screen time" e "child development". Foram considerados estudos nos idiomas inglês e português, publicados entre 2017 e 2020.
<b>Resultados</b>	Após pesquisa exploratória, foram seleccionados os artigos mais recentes para leitura integral, e segundo os estudos analisados, a utilização prolongada e não supervisionada de dispositivos em idades precoces prejudica a aquisição e desenvolvimento de várias competências, nomeadamente da linguagem, motricidade e competências sociais. Para a elaboração do folheto, foram identificadas as principais consequências e estratégias.



Figura 1: Folheto de disseminação científica elaborado sobre as consequências e estratégias no uso de dispositivos digitais.

<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Prejudica a atenção, compreensão, interpretação, memória e imaginação;</li> <li>◆ Compromete a relação com os cuidadores e outras crianças;</li> <li>◆ Limita a capacidade de autorregulação;</li> <li>◆ Aumenta o risco de obesidade;</li> <li>◆ Afeta a quantidade e qualidade do sono.</li> </ul>	<b>Consequências</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Limitar o uso de dispositivos até aos 2 anos;</li> <li>◆ Elaborar um plano familiar com regras sobre a utilização de tecnologias (duração, acesso e atividades);</li> <li>◆ Restringir a utilização no máximo 1 hora por dia;</li> <li>◆ Priorizar os programas educativos;</li> <li>◆ Evitar o uso de dispositivos tecnológicos antes de dormir;</li> <li>◆ Incentivar as atividades físicas no exterior como momentos de brincadeira;</li> <li>◆ Supervisionar e participar na aprendizagem do seu filho durante a utilização de tecnologias;</li> <li>◆ Valorizar momentos familiares de interação e comunicação.</li> </ul>	<b>Estratégias</b>

**Conclusão** Literatura recente aponta preocupação sobre o uso excessivo de utilização de dispositivos por parte das crianças e tornou-se fundamental sensibilizar os pais para esta gestão. Considerando que vivemos na *Era Digital*, também os enfermeiros, nos contextos de saúde, podem recorrer ao seu papel privilegiado junto das famílias e sensibilizar a correta utilização das tecnologias de forma a promover o desenvolvimento saudável de crianças, especialmente, em idade pré-escolar.

### Referências Bibliográficas

Hadders-Algra, M. (2019). Interactive media use and early childhood development. *Journal de Pediatria*, 1-3.  
 art Evans, M. S. W., & Hightower, B. (2018). Digital Media Use by Young Children: Learning, Effects, and Health Outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and the Media*, 173.  
 Levine, L. E., White, B. M., Bowman, L. L., & Kachinsky, K. (2019). Mobile media use by infants and toddlers. *Computers in Human Behavior*, 94, 92-99.  
 Madigan, S., Browne, D., Racine, N., Mori, C., & Tough, S. (2019). Association between screen time and children's performance on a developmental screening test. *JAMA pediatrics*, 173(3), 244-250.  
 Ponte, C., Simões, J., Batista, S., & Jorge, A. C. (2017). *Crescendo entre ecrãs. Usos de meios eletrónicos por crianças (3-8 anos)*. Lisboa: ERC - Entidade Reguladora para a Comunicação Social.

**APÊNDICE XXXIII – Resumo Poster Científico “O Impacto das Tecnologias no Desenvolvimento Infantil”**

---

## III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem 27 de novembro 2020

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa

---

### RESUMO - Posters

Título do Poster: O Impacto das Tecnologias no Desenvolvimento Infantil

Autoria(s): Margarida Costa<sup>a</sup> ([margaridatcosta95@gmail.com](mailto:margaridatcosta95@gmail.com)), Débora Querido<sup>a</sup>, Joana Rato<sup>b</sup>

Afiliação do(s) autor(es):

(a) Mestranda na Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

(b) Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

#### **Resumo:**

**Introdução:** A atualidade é marcada pelo aumento crescente da utilização de diferentes dispositivos tecnológicos, implicando que as crianças sejam expostas e/ou utilizem algum destes dispositivos digitais, cada vez mais cedo. As associações de pediatria alertam para o facto do tempo de ecrã em crianças até aos 8 anos ser, em média, mais de 2 horas por dia, ultrapassando assim o desejável. É premente a discussão sobre como o tempo de ecrã em excesso pode ter consequências diretas no desenvolvimento infantil.

**Objetivos:** Rever literatura recente sobre o impacto das tecnologias no desenvolvimento infantil para construção de folheto de sensibilização para divulgação nas unidades de saúde.

**Materiais e Métodos:** A pesquisa foi realizada no âmbito da Unidade Curricular Psicologia do Desenvolvimento, inserida no Curso de Mestrado com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Realizou-se uma revisão de literatura narrativa nas base de dados Google Scholar e ScienceDirect by ELSEVIER, utilizando como descritores “screen time” e “child development”. Foram considerados estudos nos idiomas inglês e português, publicados entre 2017 e 2020.

**Resultados:** Após a análise dos resultados da pesquisa, foram selecionados os artigos mais recentes para leitura integral, sendo que se tratavam de estudos de investigação

sobre a utilização de tecnologias por crianças entre a idade pré-escolar e escolar, da população portuguesa. Os resultados obtidos através da análise dos artigos confirmam que a utilização prolongada e não supervisionada de dispositivos em idades precoces prejudica a aquisição e desenvolvimento de várias competências, nomeadamente da linguagem, motricidade e competências sociais. As principais consequências identificadas estão relacionadas com a atenção, compreensão, interpretação, memória, imaginação, relação com os cuidadores e outras crianças, capacidade da criança se autorregular, risco de obesidade e quantidade e qualidade do sono. As estratégias identificadas pelos autores para promover a correta utilização das tecnologias incluem limitar o uso de dispositivos até aos 2 anos de idade, estabelecer um plano familiar com regras sobre utilização, restringir a utilização até no máximo 1h por dia, priorizar programas educativos, evitar uso de dispositivos antes de dormir, incentivar atividade física no exterior, supervisionar a utilização de tecnologias e valorizar momentos familiares de interação e comunicação.

Conclusão: Através desta revisão da literatura, identificou-se que a utilização excessiva de dispositivos tecnológicos tem um impacto negativo na saúde e no desenvolvimento infantil. Sendo esta considerada a Era Digital, é fundamental que os enfermeiros possam intervir junto das famílias para unificar a correta utilização das tecnologias pelas crianças, de forma a promover o seu melhor desenvolvimento saudável. A intervenção de Enfermagem é essencial, através da sensibilização dos pais e cuidadores, para capacitá-los para adequarem a utilização da tecnologia pelas crianças.

#### Referências Bibliográficas:

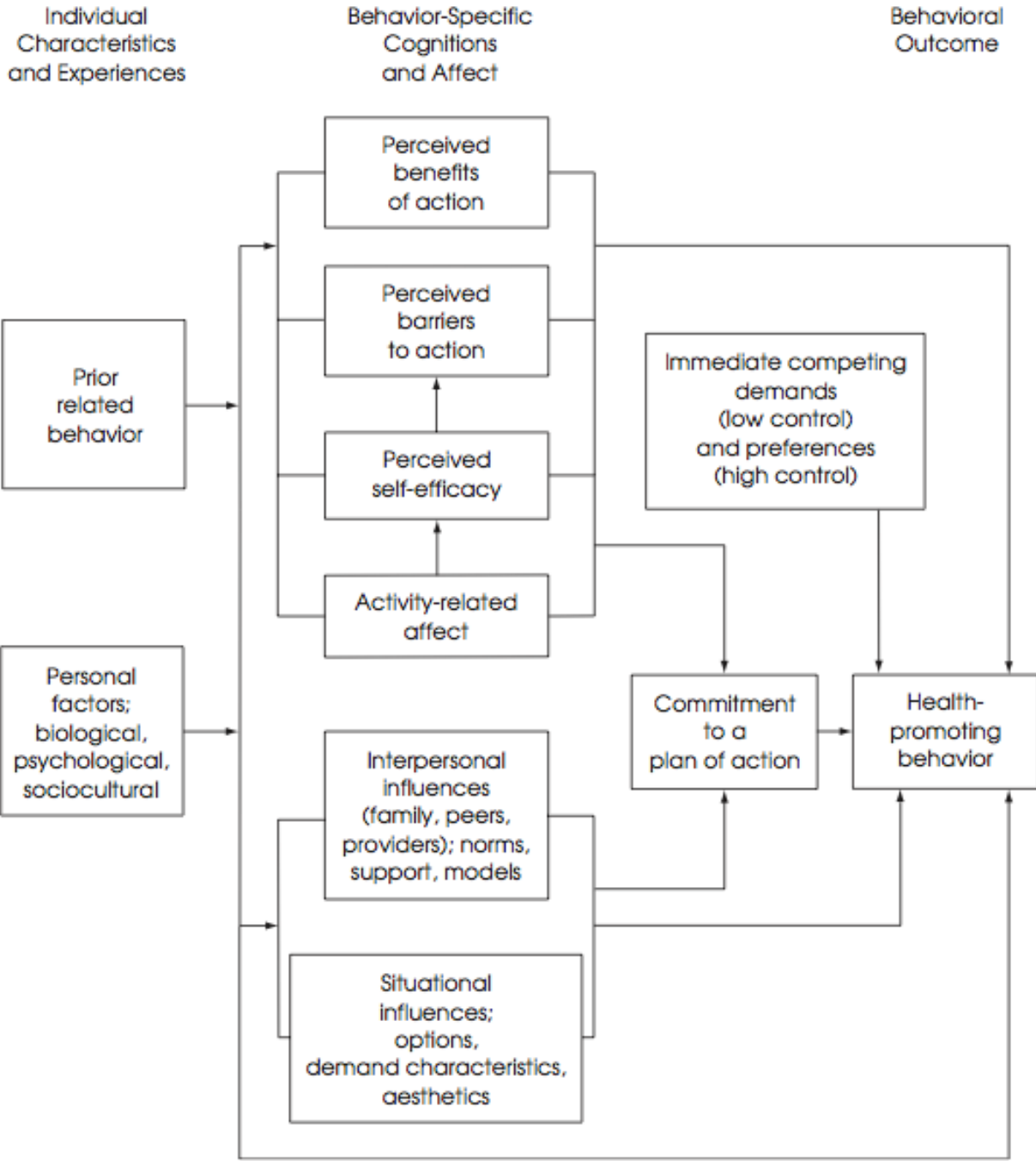
- Hadders-Algra, M. (2019). Interactive media use and early childhood development. *Jornal de Pediatria*, 1-3.
- Jabari Evans, M. S. W., & Hightower, B. (2018). Digital Media Use by Young Children: Learning, Effects, and Health Outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and the Media*, 173.
- Levine, L. E., Waite, B. M., Bowman, L. L., & Kachinsky, K. (2019). Mobile media use by infants and toddlers. *Computers in Human Behavior*, 94, 92-99.
- Madigan, S., Browne, D., Racine, N., Mori, C., & Tough, S. (2019). Association between screen time and children's performance on a developmental screening test. *JAMA pediatrics*, 173(3), 244-250.

Ponte, C., Simões, J., Batista, S., & Jorge, A. C. (2017). Crescendo entre ecrãs. Usos de meios eletrónicos por crianças (3-8 anos). Lisboa: ERC- Entidade Reguladora para a Comunicação Social.

# **ANEXOS**



# **ANEXO I – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**



Fonte: Pender et al., 2015

**ANEXO II – Certificado de Participação com  
Poster Científico “Procedimento do teste de  
apneia do RN pré-termo no sistema de  
retenção: uma revisão scoping” no III  
Seminário Internacional do Mestrado em  
Enfermagem**

## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Margarida Costa, Enfermeira Mónica Costa, Prof. Doutora Margarida Lourenço, Prof. Doutora Sílvia Caldeira, Prof. Doutora Elisabete Nunes e Prof. Doutora Zaida Charepe**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no **dia 27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 36 com o tema **“PROCEDIMENTO DO TESTE DE APNEIA DO RN PRÉ-TERMO NO SISTEMA DE RETENÇÃO: UMA REVISÃO SCOPING”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
**Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN**  
Professora Auxiliar



**ANEXO III – Certificado de Participação  
com Poster Científico “O Impacto das  
Tecnologias no Desenvolvimento Infantil” no  
III Seminário Internacional do Mestrado em  
Enfermagem**

## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Margarida Costa, Enfermeira Débora Querido e Prof. Doutora Joana Rato**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no **dia 27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 13 com o tema **“O IMPACTO DAS TECNOLOGIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
**Amélia Simões Figueiredo; PhD, MEd, RN**  
Professora Auxiliar

