



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Marta Cristina Pinto Pereira

LISBOA, abril de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Marta Cristina Pinto Pereira

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Lourenço

LISBOA, abril de 2013

RESUMO

O presente relatório surge no final do percurso desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP). A sua finalidade consiste em descrever os objetivos e as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio, expondo o percurso de formação e aquisição de competências específicas desenvolvidas nos diferentes contextos práticos, descrevendo-os de forma crítico-reflexiva.

A Promoção da Segurança Infantil – Prevenção de Acidentes foi a temática transversal delineada ao longo da Unidade Curricular – Estágio, uma vez que, a mesma consta do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Direção Geral da Saúde (DGS), 2012) como relevante, no sentido de obter ganhos em saúde, considerando-se necessária uma abordagem urgente e assertiva para diminuir as elevadas taxas de mortalidade e morbidade associadas aos acidentes infantis. Metodologicamente, a construção deste relatório centrou-se na prática baseada na evidência, tendo em conta dados empíricos provenientes dos estudos encontrados na revisão sistemática da literatura e nas necessidades identificadas na população-alvo dos diferentes contextos de atuação. Assim, o Módulo I dividiu-se: Recursos da Comunidade, refletindo-se acerca da função do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) neste âmbito e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), desenvolvendo-se um guia orientador da consulta de saúde infantil, uma sessão de educação para a saúde para prestadores de cuidados e dois cartazes informativos. No Módulo II (Unidade de Pneumologia Pediátrica (UPP)), interveio-se nesta temática, quer junto dos prestadores de cuidados através de um guia orientador de cuidados e um cartaz informativo, quer para os profissionais, com um panfleto sobre prevenção de aspiração de corpos estranhos e suas medidas preventivas. No Módulo III que se dividiu pelo Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), onde se revelou pertinente uma abordagem direcionada aos prestadores de cuidados com a elaboração de um cartaz informativo e um guia orientador, bem como um guia orientador mas para os profissionais e pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)), onde foi elaborado um guia orientador para os principais prestadores de cuidados ao recém-nascido (RN).

Ao longo deste percurso atingiram-se as Competências Específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o EESIP: “*Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*”; “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*”; “*Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem*” (OE, 2010, p.2).

Palavras-Chave: Acidentes Infantis, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This report comes at the end of the course of Masters in Nursing Specialization in Child Health and Pediatric Institute of Health Sciences - Catholic University of Portugal (UCP-ICS). Its purpose is to describe the goals and activities throughout the three modules residency, exposing the course of training and specific skills developed in different practical contexts, describing them in a critical and reflective way.

Promoting Child Safety - Accident Prevention was the theme outlined cross over Course -Residency, since it appears in the National Health Plan 2012-2016 (Directorate General of Health (DGS), 2012) as relevant in obtaining health gains, considering required urgent and assertive approach to reduce the high rates of mortality and morbidity associated with childhood accidents. Methodologically, the elaboration of this report focused on evidence-based practice, taking into account empirical data from studies in the systematic review of the literature and the needs identified in the target population of the different contexts of activity. Thus, module I was divided in: Community Resources, reflecting on the role of the Nurse Specialist in Pediatric and Child Health (EESIP) in this area and Unity Health Care Card (UCSP), developing a guide, to guide child health query, a session of health education for carers and two informative posters. In Module II (Pediatric Pulmonology (UPP)), intervened in this issue, both among providers of care through a care advisor guide and an informative poster, both for professionals with a pamphlet on preventing aspiration foreign bodies and their countermeasures. In Module III which was divided in ER Pediatric (SUP), which showed a targeted approach to relevant care providers with the development of an informative poster and guidance counselor, and mentor but a guide for professionals and the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)), which was a prepared guide for guiding the main providers of care to the newborn (NB).

Along this route came to the Specific Skills advocated by Order of Nurses for EESIP: *"Watch the child / teenager with family, in maximizing their health," "Take care of the child / teenager and family in cases of special complexity"; "It provides specific care for the needs of life cycle and development of children and teenagers"* (OE, 2010, p.2).

Keywords: Childhood Accidents, Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health, Health Promotion

“É tentando o impossível que se realiza o possível”

Henry Barbusse

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela educação que me deram, pelo seu amor incondicional, pela sua disponibilidade, ajuda e persistência para apostar na minha formação.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, por me darem forças para continuar e partilharem comigo este momento.

Às minhas orientadoras de estágio, que foram essenciais para a minha formação como especialista.

À professora Margarida Lourenço pela orientação e disponibilidade durante o curso.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil
CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte
DGS – Direção Geral da Saúde
EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
EE – Enfermeiro Especialista
EGS – Exame Global de Saúde
EPE – Entidade Pública Empresarial
HSM – Hospital de Santa Maria
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNV – Programa Nacional de Vacinação
RN – Recém-nascido
SIP – Saúde Infantil e Pediátrica
SOPed – Serviço de Observação Pediátrica
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCP – Universidade Católica Portuguesa

Abreviaturas

Consult. – Consultado
ed. – Edição
enf.º - Enfermeiro
enf.^a - Enfermeira
et al – e outros
n.º - Número
p. – Página
Vol. – Volume
% - Percentagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Protocolo de revisão segundo a matriz *PI[C]OS*

Tabela 2 - Dados relativos aos artigos selecionados

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	19
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
1.1 Revisão Teórico-Concetual	23
1.2 Revisão Sistemática da Literatura	26
1.3 Apresentação e análise dos dados	28
1.4 Considerações finais	31
2. CARATERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS/LOCAIS DE ESTÁGIO	33
2.1 MÓDULO I – COMUNIDADE	33
2.1.1-Consulta de Desenvolvimento Infantil	33
2.1.2-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – Odivelas A	33
2.2 MÓDULO II – INTERNAMENTO	34
2.2.1-Unidade de Pneumologia Pediátrica	34
2.3 MÓDULO II – URGÊNCIA E NEONATOLOGIA	35
2.3.1-Serviço de Urgência Pediátrica	35
2.3.2-Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	35
3. ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	37
3.1 Módulo I	37
3.1.1-Consulta de Desenvolvimento Infantil	37
3.1.2-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – Odivelas A	38
3.2 Módulo II	46
3.2.1-UPP	46
3.3 Módulo III	52
2.3.1-Serviço de Urgência Pediátrica	52
2.3.2-Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	56
4. CONCLUSÃO	61
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ANEXOS	69
Anexo I – Convite para Sessão de Educação	71
Anexo II – Plano de Sessão e Diapositivos da Sessão de Educação	75
Anexo III – Relatório da Sessão e Tratamento de dados	95
Anexo IV – Poster sobre Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida	103
Anexo V – Questionário para identificar necessidades formativas da equipa de enfermagem e Tratamento de dados	107
Anexo VI – Guia Orientador de Ensinos para Profissionais de Saúde sobre Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida e Tratamento de dados	113
Anexo VII – Guia de Higiene Oral	129
Anexo VIII – Folheto sobre Vacinação	139
Anexo IX – Guia Orientador para pais sobre cuidados para prevenir acidentes infantis no 1º e 2º Ano de Vida e Tratamento de dados	143
Anexo X – Cartaz Informativo	159
Anexo XI – Panfleto “Aspiração de Corpos Estranhos” e Tratamento de dados	163
Anexo XII – Guia Orientador de Informação a Transmitir aos Pais sobre Prevenção de Acidentes em Idade Pediátrica e Tratamento de dados	169
Anexo XIII – Cartaz Informativo sobre Prevenção de Acidentes Idade Pediátrica	179
Anexo XIV – Guia Orientador para pais sobre cuidados para prevenir acidentes infantis até aos 6 meses de vida e Tratamento de dados	183

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do ICS – UCP surge, nesta fase final, a elaboração do Relatório de Estágio. Este documento pretende expor o percurso de formação e aquisição de competências específicas desenvolvidas nos diferentes contextos práticos. Deste modo, dá resposta à finalidade do curso que se baseia em contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à criança, família e comunidade, através da aquisição de competências de natureza específica, técnica, humana e ética, que permita ao EESIP atuar de forma responsável nas intervenções de carácter autónomo e interdependente, no sentido de obter ganhos em saúde.

Ao constituírem um grupo prioritário de intervenção, as crianças exigem dos profissionais de saúde, um total empenhamento e disponibilidade nos diferentes contextos em que se inserem, justificando a importância e complexidade da especialização na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SIP) (PORTUGAL, 2005, p.6).

Sendo o Enfermeiro Especialista (EE), considerado o profissional ao qual *“competete prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente junto do utente (indivíduo, família ou grupos), em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”* (DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de novembro, alínea a) do n.º 3 do artigo 7.º), ao EESIP são-lhe atribuídas competências específicas de: *a)Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua doença; b)Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c)Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem* (OE, 2010, p.2).

A temática escolhida para desenvolver nos diferentes módulos foi a Promoção da Segurança Infantil- Prevenção de Acidentes, uma vez que, este tema se reveste de extrema importância no mundo atual pelas proporções catastróficas que assume na mortalidade e morbidade infantis, tornando-se uma área prioritária de intervenção onde, o EESIP adquire um papel crucial na mudança de comportamentos da sociedade onde se encontra inserido.

Os acidentes, intencionais e não intencionais são a 4ª causa de morte mais comum na Europa. No entanto, existem hoje, estratégias preventivas que já provaram ser eficazes na redução de um problema de saúde pública, em grande parte, evitável

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016 (DGS, 2009). Ainda, segundo este programa, é na infância e na adolescência que os acidentes são a principal causa de morte, sendo que na Europa, estes são os responsáveis por mais óbitos que todas as outras causas juntas.

Os acidentes podem ser evitados e os aspetos preventivos de assistência infantil devem fazer parte de promoção de saúde durante a infância. Para isso, é necessário, proteção, educação e legislação.

Frequentemente, os pais desconhecem surpreendentemente a evolução do desenvolvimento dos seus filhos e parecem não ter consciência das suas capacidades. A orientação antecipada acerca das expectativas do desenvolvimento da criança ajuda a alertar os pais para o tipo de acidentes mais prováveis de ocorrer, numa determinada faixa etária. Só o conhecimento dos preditores dos comportamentos parentais poderá contribuir para o desenvolvimento de futuras intervenções de natureza educacional, mais adequadas e eficazes na mudança das suas atitudes e comportamentos, tendo em vista a prevenção de acidentes na criança.

É nesta necessidade específica de desenvolvimento de competências na área da prevenção de acidentes nas crianças em idade precoce, nos prestadores de cuidados e nos cidadãos em geral, que o EESIP deve incidir a sua prática. O lugar privilegiado que ocupa nos diferentes contextos hospitalares e comunitários e as competências especializadas de que é detentor, permitem a intervenção numa das áreas prioritárias contempladas, tanto na Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional (DGS, 2012), que define como um dos objetivos dos exames de saúde a promoção da prevenção de acidentes, como no Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006), em que uma das atividades a desenvolver para a promoção de um ambiente seguro, são a promoção da segurança infantil e a prevenção dos acidentes rodoviários.

Como agente de referência, o EESIP deve dinamizar toda a equipa multidisciplinar, mantendo-se informado sobre os resultados de investigação acerca da segurança infantil, partilhando conhecimentos válidos e atuais garantindo uma continuidade e coerências das respetivas iniciativas, com o intuito de consciencializar profissionais, crianças, pais e restante comunidade. Só abraçando todos estes intervenientes, se torna possível a mudança de comportamentos, promovendo uma verdadeira cultura de segurança, através da transmissão de informação pertinente e relevante à população em questão.

O Relatório de Estágio pretende expor o percurso de desenvolvimento profissional e pessoal realizado durante o Estágio, sendo este composto por três módulos, correspondendo cada um a áreas de intervenção distintas, realizado em duas instituições de saúde diferentes. Sendo que:

- Módulo I que se dividiu em duas partes, na qual a primeira foi desenvolvida na Consulta de Desenvolvimento Infantil do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, EPE (CHLN-HSM, EPE), num período de três dias de observação entre 23, 24 e 26 de abril de 2012 e a segunda parte decorreu na UCSP - Odivelas A, entre 30 de abril a 23 de junho de 2012;

- Módulo II que se realizou na UPP do CHLN-HSM, EPE, no período de 20 de setembro a 10 de novembro de 2012;

- Módulo III que decorreu em dois serviços distintos do CHLN-HSM, EPE: SUP, no período de 12 de novembro a 7 de dezembro de 2012 e na UCIN, no período de 10 de dezembro de 2012 a 18 de janeiro de 2013.

Este Relatório de Estágio apresenta como objetivo: descrever de forma sucinta e objetiva o trabalho desenvolvido nos módulos de estágio, através da exposição dos objetivos e atividades realizadas, assim como as competências adquiridas tendo por base uma análise crítica do caminho percorrido para alcançar as competências de um EESIP. Neste sentido, o percurso desenvolvido envolveu distintas ações, de forma a adequar o trabalho efetuado às necessidades específicas de cada criança/família e de cada contexto (onde decorreram as experiências práticas), dirigindo a atividade para a problemática da promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes, o que se revelou fundamental nos três módulos de estágio realizados.

Estruturalmente, este relatório é constituído por três capítulos principais: o primeiro onde é feita uma caracterização sumária dos locais de estágio, um segundo que apresenta uma revisão sistemática da literatura de acordo com a temática escolhida e um terceiro capítulo centrado na descrição e análise crítica dos objetivos e das atividades desenvolvidas para cada módulo de estágio, fundamentando a sua importância e salientando as competências do EESIP que foram adquiridas. Por último, surge a conclusão onde são refletidas as mudanças pessoais e profissionais suscitadas por este trabalho, as limitações encontradas no seu decorrer e onde são descritas algumas sugestões para possíveis investigações futuras.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 – Revisão Teórico Concetual

A realidade que envolve os acidentes infantis e as suas consequências (traumatismos e lesões não intencionais) não passa despercebida nos dias de hoje, pelas proporções catastróficas nas taxas de mortalidade e morbidade infantis de que são responsáveis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), centenas de milhares de crianças e jovens morrem todos os anos devido a acidentes, enquanto tantos outros sofrem as consequências dos acidentes não fatais, ficando com sequelas para o resto das suas vidas.

Mais de 2000 crianças morrem por dia, em todo o mundo, vítimas de quedas, acidentes rodoviários, intoxicações, queimaduras e afogamentos. Mortes prematuras que correspondem a anos de vida potencialmente perdidos, anos esses em que as crianças e jovens não puderam crescer, aprender e contribuir para a sociedade (EUROSAFE, 2012, p.1). Um panorama trágico que revela o grave problema de saúde pública que estes eventos representam para a sociedade atual, com elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos (OMS, 2008, p.15).

Em Portugal, a realidade é assustadoramente semelhante com os acidentes e as suas consequências a constituírem a principal causa de morte entre os 0 e os 19 anos (EUROSAFE, 2012, p.1). Estes casos fatais, constituem apenas a “ponta do iceberg”, uma vez que, centenas de crianças são hospitalizadas e observadas diariamente nos serviços de saúde na sequência de acidentes, não contando com os inúmeros casos não reportados e, conseqüentemente, inexistentes para as estatísticas (EUROSAFE, 2012, p.2).

Conscientes destes números, não é de todo de se estranhar a crescente preocupação em redor da prevenção dos acidentes. Uma intervenção imediata e assertiva ao nível da prevenção de acidentes, baseada no reconhecimento da previsibilidade e na possibilidade de controlo, revelou-se, finalmente, prioritária no nosso país. Esforços encontram-se neste momento a ser realizados, com o objetivo de consciencializar a população para o número de acidentes que ocorrem em crianças e jovens e de promover medidas efetivas de prevenção. Paralelamente, a prevenção de acidentes infantis, corresponde, atualmente, a uma área de intervenção descrita tanto no Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006) como na Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional (DGS, 2012), tendo surgido em 2009, o Programa Nacional de

Prevenção de Acidentes 2009-2016 (DGS, 2009) que incute uma abordagem de saúde pública para a promoção da segurança, a redução de acidentes e das suas consequências.

Deste modo, pequenos passos têm sido dados na área da segurança infantil. Contudo, estas medidas são pequenas peças de um puzzle que se mostra extenso e complexo. É, na realidade, da coresponsabilização de todos os cidadãos, nomeadamente das crianças, famílias, comunidade e profissionais de saúde, a definição de estratégias efetivas e a promoção de uma cultura de boas práticas na área da prevenção de acidentes. Só o trabalho em parceria permite modificar mentalidades, comportamentos e, finalmente, estatísticas.

O reconhecimento de um padrão na esfera dos acidentes infantis admite a previsibilidade da sua ocorrência e, conseqüentemente, a possibilidade da sua prevenção. Se antigamente os acidentes eram considerados como meros frutos do acaso e da sorte, nos dias de hoje, eles são entendidos como previsíveis e passíveis de serem evitados (SOUZA e BARROSO, 1999, p. 108). Uma atuação urgente, revela-se então, crucial.

Ao comparar as mortes por acidentes com outras causas de morte em crianças e jovens, torna-se evidente que a prevenção é a melhor estratégia de resolução deste grave problema, tornando-o, numa das grandes prioridades em saúde e como parte fundamental do progresso da promoção da saúde para todas as faixas etárias (HOCKENBERRY, 2006, p.6). Todas estas ações vão ao encontro do que se encontra descrito na Carta de Ottawa (1986, p.1) *“A promoção de saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável”*.

A base de toda a prevenção dos acidentes infantis traduz-se na partilha destas medidas de segurança à criança, família e sociedade em geral, tendo em conta a fase de desenvolvimento infantil e os diferentes contextos em que se inserem, consciencializando e alterando comportamentos, de forma a caminhar em direção a uma verdadeira cultura de boas práticas. A principal estratégia de atuação, assenta assim, na educação. *“A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde”* (Carta de Ottawa, 1986, p.4). A OMS (1986) define ainda, a promoção da saúde como o *“processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre, e para*

melhorar, a sua saúde. Ele vai além de um foco no comportamento individual para uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais”.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1987), modelo de médio alcance, é o modelo que mais se adequa a esta problemática, uma vez que, reforça e complementa esta abordagem educativa, na medida em que defende que, os indivíduos estão mais propensos a comportarem-se e a adotarem comportamentos de promoção de saúde, quando outros, que lhes são mais próximos, modelam o comportamento e lhes fornecem apoio para favorecer esse comportamento. De acordo com este modelo, as famílias e os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo seu ciclo de vida, podendo aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos promotores de saúde (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.704).

Servindo-se destes pressupostos, o EESIP, pelo lugar que ocupa na comunidade e pelas competências que possui, constitui-se como um elemento de referência na educação da promoção na segurança infantil. Como perito na conceção e gestão dos cuidados à criança e família, binómio beneficiário dos seus cuidados, ele deve aprofundar os conhecimentos no âmbito dos acidentes infantis, recorrendo a dados de investigação pertinente e válidos, numa constante articulação com a prática e com o seu espírito crítico e inovador. Ao orientar a sua prática neste sentido, o profissional reconhece-se como possuidor de:

“um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2007, p.17).

Detentor destes saberes e competências, o EE deve, então, trabalhar em parceria com a criança e educadores, quer sejam pais, professores ou outros profissionais de saúde, transmitindo orientações sobre perigos inerentes a cada idade, promovendo a adoção de verdadeiros comportamentos de segurança e a adequação do meio ambiente, no sentido de assegurar o crescimento saudável dos mais novos num núcleo seguro e harmonioso (HOCKENBERRY, 2006, p.6).

Os pais desempenham igualmente um papel crucial. Como principais prestadores de cuidados, para além de informados sobre as principais medidas de segurança infantil, devem possuir a plena consciência do modelo de referência que

representam para os seus filhos ao longo de todo o ciclo de desenvolvimento e, conseqüentemente, dos comportamentos exemplares que devem demonstrar. O EE deve intervir sistematicamente em parceria com estes, diagnosticando eventuais necessidades de educação na área da prevenção e delineando estratégias de intervenção individualizadas e assertivas, tendo em conta toda a dinâmica familiar e o contexto socioeconómico.

A obtenção de resultados favoráveis na área da prevenção de acidentes infantis, só será possível se, todos os cidadãos, crianças/jovens, pais/família e comunidade, tiverem real consciência dos números da tragédia, das conseqüências que daí advêm e, se sintam e sejam considerados como elementos responsáveis, ativos e fundamentais num plano de parceria que é viável e do qual depende a sobrevivência das crianças.

A pertinência desta temática encontra a sua justificação no n.º 2 do artigo 6.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (1990), o de “*assegurar na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança*”.

1.2 – Revisão Sistemática da Literatura

No seguimento da temática abordada, realizou-se uma revisão sistemática da literatura de forma a sustentar os objetivos a definir e as atividades a desenvolver ao longo dos vários módulos de estágio.

Para a sua realização, desenvolveu-se uma pesquisa de abordagens quantitativa e qualitativa, com o intuito de conhecer a importância das intervenções promotoras de saúde relativas à prevenção de acidentes infantis nos diferentes contextos. Todos os estudos enquadrados nos critérios de inclusão e exclusão e diretamente relacionados com a temática em estudo, foram contemplados. O método utilizado para a realização da mesma foi o descrito em Cochrane Database of Systematic Reviews – CDSR e materializou-se a pesquisa através das bases eletrónicas Academic Search Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Assim, definiu-se como questão de pesquisa para este estudo: “*Qual a importância atribuída pelos prestadores de cuidados da criança e pelos próprios profissionais de saúde ao seu papel na prevenção de acidentes infantis?*”.

Esta questão teve por base a matriz *PI[C]OS*, tal como se pode verificar na seguinte tabela.

Crítérios de seleção	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão	Crítério cronológico
P - Participantes	- Prestadores de cuidados da criança - Profissionais de Saúde	-Estudos não originais -Artigos em idiomas para além da Língua Portuguesa e Inglesa	- Estudos com friso cronológico dos últimos 6 anos
I - Intervenções	- Importância das intervenções promotoras de saúde relativas à prevenção de acidentes infantis		
C - Comparação	- Comparar nos diferentes estudos a importância das intervenções promotoras de saúde relativas à prevenção de acidentes sugeridas		
O - Outcomes (resultados)	- Intervenções promotoras de saúde no âmbito da prevenção de acidentes infantis em contexto comunitário e/ou hospitalar em situação de saúde/doença		
S - Study (tipo de estudo)	- Estudos de natureza qualitativa e quantitativa		

Tabela 1 – Protocolo de revisão segundo a matriz *PI[C]OS*.

De forma a responder a esta questão foram realizadas pesquisas tendo como tema central a segurança infantil, sendo que foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos relacionados com acidentes infantis e sua prevenção, cujos participantes fossem prestadores de cuidados da criança e profissionais de saúde. No que respeita aos critérios de exclusão determinaram-se os estudos não originais e os artigos em idiomas para além das línguas portuguesa e/ou inglesa.

Como critério cronológico definiu-se a inclusão de estudos publicados entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2012.

As bases de dados pesquisadas foram: B-On, EBSCO, MEDLINE/PubMed, Scielo e ScienceDirect. Foi ainda, realizada pesquisa manual na Biblioteca da Unidade de Ensino de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (Campus de Sintra e

Lisboa) e o motor de pesquisa *Google Scholar*. Consideraram-se, ainda, as referências bibliográficas dos artigos consultados.

Para a pesquisa dos estudos relevantes utilizou-se o vocabulário contemplado nos descritores MeSH e uma combinação da matriz *PI[C]OS*, através dos operadores booleanos AND e OR e das palavras-chave/descriptores. Relativamente à língua portuguesa a pesquisa foi realizada com a utilização das palavras-chave: acidentes infantis, EESIP e promoção da saúde, não se identificando qualquer artigo de acordo com os critérios de inclusão para utilizar neste estudo. Prosseguiu-se a pesquisa, utilizando-se a língua inglesa, com a aplicação dos seguintes descritores: *prevention of childhood accidents, pediatric nursing, child safety, promotion of health*. No total foram identificados, por título, 113 artigos que se mostraram pertinentes para este estudo. Por meio da leitura do *abstract* e aplicando os critérios de exclusão e inclusão, rejeitaram-se 97 artigos. Através da leitura integral dos 16 artigos selecionados foram excluídos 11 artigos. Aceitaram-se, assim, 5 artigos para esta revisão da literatura (1 artigo selecionado da base de dados ScienceDirect e os restantes 4 da base de dados MEDLINE/PubMed).

Aquando da leitura integral dos artigos selecionados foi identificado o ano, o país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo, sendo que a síntese de cada um deles se apresenta, na Tabela 2.

1.3 – Apresentação e análise dos dados

Autor(es)/ Ano/País	Participantes	Intervenções	Resultados (Outcomes)	Tipo de estudo
TSOUMAKAS K. <i>et al.</i> - Parent's adherence to children's home-accident preventive measures. <i>International Nursing Review</i> 56, (2009) 369-374	900 pais de crianças entre os 0-6 anos que frequentam jardins de infância e creches na Grécia	Investigar o conhecimento dos pais e da aplicação de medidas preventivas em crianças que sofreram acidentes em casa e de como o risco básico é um fator de correlação com a aderência parental	Metade dos pais teve uma adesão inadequada para a aplicação de medidas preventivas em crianças que sofreram acidentes em casa, enquanto, quase metade alegou um défice de informação, informação esta, que consideram que deveria ser dada por enfermeiros.	Estudo randomizado com utilização de questionários
HOWARD R., HOUGHTON C. - Improving parental first- aid practices.	654 pais	Investigar o conhecimento dos pais ou responsáveis sobre	A maioria dos pais não tinha conhecimentos sobre gestão de primeiros socorros em determinadas situações. Os enfermeiros	Estudo randomizado com

<i>Emergency Nurse</i> 20:3 (2012) 14-19		práticas de primeiros socorros	são que se encontram na posição ideal para compartilhar informação sobre a prevenção de lesões.	utilização de questionários
WHITEHEAD E., OWENS D. -Parental perceptions of unintentional injury risks to children. <i>International Journal of Health Promotion and Education</i> 50:1 (2012) 20-27	9 pais de crianças com menos de 15 anos	Explorar o papel dos pais na prevenção, nas dificuldades que enfrentam para manter as crianças seguras e quais as suas percepções sobre as melhores estratégias de prevenção	Todos os pais falaram sobre a informação, seis pais sentiram que havia uma necessidade de mais informações, quer seja através de meios de comunicação ou oportunidades de formação.	Estudo qualitativo
CRANDALL, M. et al - Injury in the First Year of Life: Risk Factors and Solutions for High-Risk Families. <i>Journal of Surgical Research</i> 133, (2006) 7-10	3080 mães que participaram em entrevistas realizadas logo após o nascimento e foram acompanhadas durante 1 ano de vida	Investigar potenciais fatores que contribuem para uma lesão em crianças nascidas em famílias de alto risco.	520 mães (13,7%) relataram que os seus bebés sofreram uma lesão que exigiu cuidados médicos durante o primeiro ano de vida, tendo sido identificados 17 potenciais fatores de risco. Evidenciou-se que a educação materna sobre as competências parentais seguras pode revelar-se precioso.	Estudo de <i>coorte</i> longitudinal
WOODS, A. - The role of health professionals in childhood injury prevention: A systematic review of the literature. <i>Patient Education and Counseling</i> 64 (2006) 35-42	185 participantes (médicos e enfermeiros)	Explorar o conhecimento dos profissionais de saúde, atitudes e práticas e seu papel na prevenção de lesões infância.	Os dados sugerem que apenas metade destes participantes é conhecedor da epidemiologia de lesões na infância. Muitos estudos recomendam formação contínua para aumentar estes conhecimentos.	Estudo controlado randomizado

Tabela 2 – Dados relativos aos artigos selecionados.

Todos os estudos recolhidos (Tabela 2) apresentam informações relevantes para a resposta à questão de partida desta pesquisa, uma vez que, os dados obtidos revelaram a importância do papel do enfermeiro para a prevenção de acidentes infantis e quais as intervenções de enfermagem pertinentes sob esta temática.

No que concerne ao estudo apresentado por TSOUMAKAS *et al.* (2009), verificou-se que os pais consideram que as principais fontes de informação sobre as

medidas que devem ser aplicadas, para a prevenção dos acidentes domésticos são os enfermeiros (48,6%), os meios de comunicação (39,9%) e folhetos (36,3%). Quase metade dos pais inquiridos (48,7%) consideram o seu conhecimento como insuficiente, enquanto que, metade destes, acredita que os acidentes domésticos podiam ter sido antecipados em 80% das vezes ou mais. Quanto às razões sobre o que achavam que poderia ter impedido adequadamente os acidentes domésticos, a maioria deles (64,8%) respondeu não ter aplicado as medidas que já lhe eram familiarizadas, enquanto 53,9% afirmaram falta de informação sobre medidas preventivas. A adesão dos pais para a aquisição de medidas preventivas foi identificada como a principal causa na redução significativa dos acidentes domésticos. Esses achados podem ter implicações sérias para os enfermeiros com atuação na prevenção primária, especialmente nas escolas, pois estes encontram-se numa melhor posição para oferecer orientação através de programas educacionais.

Do mesmo modo, HOWARD e HOUGHTON (2012), sugerem ser necessário a implementação de um programa nacional de educação, de modo a garantir que as crianças recebam os primeiros socorros de forma adequada. Estas autoras defendem que os enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência pediátrica, enquanto prestam cuidados a uma criança que sofreu uma lesão acidental, têm a oportunidade de avaliar os conhecimentos dos pais sobre primeiros socorros e aumentá-los, dando-lhes simples folhetos e manuais para exporem em lugares apropriados nas suas casas.

Já no estudo efetuado por WHITEHEAD e OWENS (2012), todos os pais referiram falta de informação sobre medidas preventivas para evitar acidentes, atribuindo a sua importância à divulgação desta informação através dos meios de comunicação e ações de formação.

Também CRANDALL *et al* (2006) faz referência à educação de competências parentais, principalmente no seio de famílias de alto risco, visto este estudo ter demonstrado que as atitudes maternas e comportamentos para com os seus filhos podem fazer uma diferença significativa no risco de lesão infantil durante o primeiro ano de vida. Estes autores, dão ainda ênfase, a que todos profissionais de cuidados de saúde pediátricos devem promover práticas na prevenção de lesões, especialmente em famílias de alto risco (depressão pós-parto, falta de recursos socioeconómicos, desemprego, violência, abuso de álcool e drogas...).

Relativamente ao estudo realizado por WOODS (2006), este demonstra que embora estes profissionais de saúde forneçam informações específicas sobre prevenções

de lesões na sua prática quotidiana, é necessário apostar na sua formação contínua, uma vez que, os esforços que ambos têm realizado, são ainda poucos, para uma verdadeira redução de acidentes na infância. Continua a haver a necessidade para uma pesquisa de alta qualidade especificamente no sentido de mudar a prática.

1.4 - Considerações finais

Os acidentes infantis e suas consequências, são considerados atualmente um grave problema de saúde pública. As taxas de mortalidade e morbidade infantis relacionadas com os acidentes demonstram que é necessário e urgente uma atuação assertiva e intersectorial, de forma a alterar esta dura realidade. Os acidentes originam um elevado peso económico, familiar e social, tanto para as crianças, famílias e sociedade em geral, sendo responsabilidade de todos os cidadãos darem o seu contributo para modificar esta trágica realidade.

A família é considerada a principal entidade responsável pela promoção da saúde e bem-estar dos seus membros realizando atividades de proteção e prevenção de danos relativos à saúde, principalmente das crianças. No entanto, isto nem sempre se verifica na prática, tornando-se necessária a intervenção de profissionais de saúde, de modo a proporcionar apoio e orientações a esta unidade familiar, com o intuito de permitir à criança um desenvolvimento infantil adequado e com qualidade.

A criação e manutenção de ambientes e produtos seguros para as crianças e jovens são fundamentais para a redução da sua exposição ao risco da ocorrência de acidentes. Ao nível da segurança infantil, cabe aos profissionais de enfermagem, especialmente ao EESIP apoiar os pais/família, principais prestadores de cuidados da criança, ao longo dos seus diferentes estadios de desenvolvimento, partilhando informação e promovendo experiências de aprendizagem, no sentido da adoção de medidas preventivas de acidentes. Perito na conceção e gestão dos cuidados à criança e família, com um entendimento profundo sobre este binómio e as competências especializadas de que é detentor, este profissional apresenta um papel central na mudança de mentalidades, atitudes e comportamentos, não só da criança e família, mas também de outros profissionais de saúde, ao nível dos diferentes contextos de atuação.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS/LOCAIS DE ESTÁGIO

2.1 MÓDULO I – COMUNIDADE

O Módulo I, designado a ser desenvolvido numa unidades de saúde com o objetivo da prevenção e promoção da saúde familiar, decorreu, numa primeira parte, na Consulta de Desenvolvimento Infantil do CHLN-HSM, EPE, durante três dias e, posteriormente, na UCSP – Odivelas A.

2.1.1 - Consulta de Desenvolvimento Infantil

A consulta de desenvolvimento do departamento da criança e da família tem lugar no pavilhão das consultas externas de pediatria. Estruturalmente é composto por uma sala de espera, onde existe a receção e divide-se em duas alas: a ala da esquerda, composta por quatro gabinetes médicos e a ala da direita da qual fazem parte um wc e mais cinco gabinetes médicos.

Nesta consulta são observadas e acompanhadas crianças com patologia do desenvolvimento ou em risco de a adquirir, residentes na área de influência deste hospital. Sendo uma consulta de referência, a sua referenciação é feita por médicos assistentes, pelas consultas de pediatria ou outras consultas deste hospital ou por serviços de educação. Os principais motivos de referenciação são: atraso da fala, atraso do desenvolvimento psicomotor, perturbação de défice de atenção e hiperatividade.

Fazem parte da equipa multidisciplinar médicos pediatras, psicólogas e professoras do ensino especial.

Esta consulta não tem cuidados de enfermagem.

2.1.2 UCSP – Odivelas A

Esta unidade funciona como Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa V - Odivelas, juntamente com as UCSP da Póvoa de Santo Adrião, Caneças, Olaião; Unidade Funcional da Quintinha e Unidade de Saúde Familiar da Ramada.

O espaço físico desta unidade tem lugar num prédio de quatro andares.

No âmbito da Enfermagem Pediátrica, esta unidade integra a Consulta de Saúde Infantil e a da Vacinação. Estas decorrem no segundo piso, composto por uma sala de espera destinada a estas duas valências, um gabinete de vacinação e um gabinete de consultas de saúde infantil que estão interligadas por uma porta.

Da equipa multidisciplinar fazem parte 10 enfermeiros que desenvolvem as consultas de enfermagem e a vacinação, médicos de família e uma assistente operacional que presta ajuda na sala de vacinação.

2.2 MÓDULO II – INTERNAMENTO

O Módulo II, designado a ser desenvolvido numa unidade de saúde com objetivos de tratamento da criança com problemas de saúde, de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos, decorreu na UPP – CHLN-HSM, EPE.

2.2.1 - UPP

Situando-se no piso 8 deste hospital, a UPP tem lotação por 12 camas, sendo distribuídas por 4 quartos individuais e 2 quartos com 4 camas cada um. Tem uma sala de Enfermagem, uma arrecadação, uma sala de atividades, uma copa e um wc. Deste também fazem parte as Técnicas Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, constituído por 2 quartos e um wc comum.

Cada unidade de internamento é composta por um berço/cama, mesa-de-cabeceira e um cadeirão. Cada quarto tem uma televisão e um cacifo respetivo a cada unidade de internamento.

Os pais podem permanecer junto da criança durante o dia sendo que, no período noturno, só a um é facultada a estadia.

Possui uma abordagem pluridisciplinar para a investigação e cuidados clínicos à criança com doença pulmonar aguda e crónica ou doenças respiratórias complexas, nas vertentes de diagnóstico e de terapêutica. Estes cuidados distribuem-se, ainda, pelo Ambulatório, constituído por diversas consultas e Hospital de Dia, pelas Técnicas Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Estudos Funcionais Respiratórios e do Sono; Reeducação Funcional Respiratória, Ventilação e Oxigenoterapia de Longa Duração) e pela Unidade Móvel de Apoio Domiciliário que presta cuidados de apoio a doentes crónicos sinalizados pela parte médica deste serviço. A Unidade tem ainda, colaboração com o Centro Especializado de Fibrose Quística.

São internadas nesta unidade crianças com patologia respiratória aguda e crónica, com proveniência do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Serviço de Observação Pediátrica (SOPed), Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) ou da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Da equipa multidisciplinar deste serviço fazem parte médicos pediatras, 14 enfermeiros generalistas e especialistas em saúde infantil, assistentes operacionais, duas educadoras, uma professora e uma secretária de unidade.

O método de trabalho de enfermagem praticado é o individual.

2.3 MÓDULO III – URGÊNCIA E NEONATOLOGIA

O Módulo III, designado a ser desenvolvido numa unidade de saúde de Urgência e Neonatologia decorreu, no SUP e na UCIN do CHLN-HSM, EPE.

2.3.1 - SUP

Situado no piso 2, este serviço admite crianças até aos 18 anos.

Tem sofrido diferentes remodelações, pelo que, atualmente nele funcionam o Balcão de Urgência (Triagem e Sala de Tratamentos) e SOPed.

O Balcão de Urgência é uma unidade ambulatoria destinada ao atendimento da criança/adolescente, em situação de urgência/emergência, proveniente do domicílio ou de outra instituição. Este é composto pela sala de triagem, sala de aerossóis, sala de reanimação, sala de tratamentos, sala de ortopedia e sala de pequena cirurgia, funcionando estas duas últimas como salas de observação e vigilância, por falta de recursos humanos.

A equipa de enfermagem é constituída 20 enfermeiros generalistas e especialistas, sendo que um é responsável pela triagem, outro pela sala de tratamentos e dois pelo SOPed. Para além destes, existem seis equipas médicas, auxiliares de ação médica e uma secretária de unidade.

O método de trabalho é o de enfermeiro responsável, sendo este encarregue da globalidade dos cuidados prestados à criança/família.

2.3.2 - UCIN

Localizada no piso 7, a unidade é estruturalmente composta por uma sala de cuidados intensivos com lotação de 8 incubadoras e uma sala de intermédios com lugar para 10 berços/incubadoras. Existe também uma sala de pré-saída com 4 berços.

Como serviço capaz de receber recém-nascidos (RN's) que necessitam de cuidados especializados e prematuros em crescimento, cada unidade individual está equipada com incubadora, monitor cardio-respiratório, insuflador manual, rampas de oxigénio, rampas de aspiração, duas bombas perfusoras de terapêutica endovenosa, foco

de luz, e uma cadeira para o acompanhante da criança. Este serviço tem ainda à disposição um leque variado de material para posicionamento e conforto do recém-nascido.

A equipa de enfermagem é constituída por 39 elementos. Trata-se de uma equipa que tem a preocupação de envolver os pais nos cuidados, uma vez que, existe um enfermeiro de referência por cada família, acompanha-a desde o acolhimento até à alta.

A entrada na unidade é realizada a maior parte das vezes por transferência do bloco de partos, podendo no entanto, ser admitidos RN's por transferência de outros serviços do hospital, de outras unidades hospitalares transportados pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) ou vindos pelo SUP.

3. ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Tendo em conta a temática selecionada para a Unidade Curricular - Estágio e os diferentes módulos que a integram, foi proposto um objetivo geral e transversal a todos eles, que refletisse e justificasse todas as ações desenvolvidas, nomeadamente, *contribuir para a promoção da segurança infantil, nos diferentes contextos de atuação, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.*

Este objetivo reveste-se de extrema importância/pertinência, se catalogarmos a mortalidade inerente aos acidentes infantis com o propósito máximo de toda a prestação de cuidados de um EE na área da SIP: assegurar o bem-estar e a qualidade de vida futura da criança, salvaguardando a sua sobrevivência.

Definido o objetivo central, dele emergem objetivos específicos para cada módulo de estágio. Apesar do esforço em definir objetivos viáveis e atividades passíveis de serem realizadas, mesmo após um breve conhecimento da dinâmica funcional e organizacional de cada serviço e de algumas entrevistas informais com a enfermeira orientadora, equipa de enfermagem e enfermeira chefe, verifiquei a necessidade de reformular alguns deles, tendo em conta a realidade encontrada e as necessidades de atuação dentro da área temática.

O presente capítulo visa ser o produto final de um percurso realizado, descrevendo os objetivos específicos delineados, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, recorrendo a uma constante análise reflexiva e crítica.

3.1 – Módulo I

3.1.1 – Consulta de Desenvolvimento Infantil

A escolha desta unidade como campo de estágio, apesar de observacional, foi efetuada com base no facto de esta consulta se desenvolver na instituição onde presto cuidados, sendo uma mais-valia para o meu percurso profissional, uma vez que, me abriu horizontes no campo da filosofia de cuidados prestados pela minha instituição ao nível da área da pediatria.

Apesar dos cuidados de enfermagem não estarem presentes nesta consulta, denotei ao longo da minha passagem, apesar de curta, por esta unidade, a pertinência e a importância da presença de um enf.º, principalmente de um EESIP.

Como tal, foi definido como objetivo deste estágio de observação:

- *Compreender a importância da existência de um EESIP numa instituição de recurso comunitário.*

Com um papel de destaque dentro da equipa de saúde, o EESIP revela-se como um elemento de referência para a criança e família neste recurso da comunidade. A variedade de situações presentes denuncia as competências técnicas, científicas e humanas que são necessárias para a compreensão intuitiva de cada caso, apreendendo diretamente o problema, num conhecimento profundo da situação global (BENNER, 2001, p.58).

A importância da existência deste perito, é revelada pela precedência da consulta de enfermagem a todas as consultas médicas, procurando ser um espaço de colheita de dados, de partilha de informação e, muitas vezes, de ensinamentos. A forma como a própria consulta se desenvolve, depende da criança e sua família, da situação clínica, do facto de ser ou não a primeira consulta e das necessidades identificadas. Neste espaço de partilha, é dada importância não apenas à situação de doença, mas, principalmente, à qualidade de vida da criança e família, com enfoque no seu potencial de desenvolvimento.

O reconhecimento da importância de um EESIP neste contexto, vai ao encontro da competência que lhe é exigida, “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (OE, 2010, p.4).

3.1.2 – UCSP – Odivelas A

A escolha desta unidade como campo de estágio foi efetuada com base na sua localização e facilidade de acesso, mas igualmente, por ser a unidade de saúde da minha área de residência. Tendo um duplo papel nesta instituição de saúde, o de profissional e o de utente, tornou-se um verdadeiro contributo para toda a minha intervenção. O conhecimento da sua população alvo, demonstrou-se um fator facilitador de todo o processo de avaliação, planeamento e implementação de soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família, através da aplicação de uma prática avançada. Por outro lado, toda a minha atuação tendo em conta este duplo papel, dar-me-á a possibilidade de, a curto ou a longo prazo, vir a comprovar os resultados da minha atuação como futura EESIP, um elemento pró-ativo da comunidade.

A importância da abordagem da promoção da segurança infantil, nomeadamente, a prevenção de acidentes infantis nesta unidade, advém do conhecimento, enquanto

residente nesta freguesia, da necessidade de um plano de intervenção que promova a mudança de comportamentos de risco adotados pela população em geral e pelas crianças em particular. Por outro lado, a Rede de Cuidados de Saúde Primários, relativamente à promoção da segurança infantil, encontra todo o seu fundamento na própria missão definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), ao realçar a importância de:

“desenvolver intervenções centradas na pessoa, orientada pelo indivíduo, respetiva família e para a comunidade em que se insere, ao longo de todo um continuum de cuidados, desde o nascimento até à morte. Estas intervenções incluem a promoção de saúde (...), assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos sociais vulneráveis, nomeadamente as crianças (...)” (OE, 2010, p.1).

Esta ideia é intensificada pelo reconhecimento da prevenção de acidentes infantis como uma área prioritária tanto no Programa-Tipo de Atuação Saúde Infantil e Juvenil como no Programa Nacional de Saúde Escolar.

Integrado num importante recurso da comunidade, o EESIP encontra-se num local privilegiado para a promoção da segurança infantil, desenvolvendo a sua atividade em todos os campos de contexto que envolvem a criança e os seus cuidadores, tais como o centro de saúde, a comunidade, a escola e o próprio domicílio.

Assim, delinearam-se os seguintes objetivos específicos, para este momento de aprendizagem:

- Contribuir para a prestação de cuidados especializados à criança/família de forma a avaliar as necessidades de cuidados de saúde relativos à segurança infantil.

Este objetivo reveste-se de pertinência na medida em que é imprescindível conhecer a realidade de um contexto específico de prestação de cuidados para que as intervenções sejam consonantes com a realidade a que se destina, permitindo uma correta avaliação das necessidades e, conseqüentemente, uma definição de atividades pertinentes e exequíveis. A consciência deste facto, demonstra por si só, a capacidade de *“avaliar e adequar os diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica e profissional avançada”* (UCP, 2012, p.4), competência esperada de qualquer EE.

Deste modo, revelaram-se fundamentais, a realização de reuniões informais com a enfermeira orientadora e a restante equipa de enfermagem; a consulta de manuais e protocolos existentes na unidade e, principalmente, a observação dirigida e participada da prática de enfermagem em todas as vertentes da saúde infantil (consultas e vacinação).

Após a concretização destas ações, foi possível denotar a pouca ênfase dada a esta temática, tanto a nível das consultas/vacinação como do material existente na unidade. Assim, a identificação destas necessidades ao nível da segurança infantil constituiu a base da minha atuação nesta unidade, servindo como fundamento para os objetivos traçados para o módulo. Baseada na observação e avaliação, o percurso realizado, traduz o desenvolvimento de competências inerentes a um EESIP, *“demostrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de formação, identificando necessidades formativas na sua área de especialização numa constante formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”* (UCP, 2012, p.4). A pretensão de uma intervenção assertiva demonstra capacidade de *“tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas e zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização”* (UCP, 2012, p.4-5).

A definição deste objetivo surge como resposta ao processo de diagnóstico de necessidades observadas na consulta de saúde infantil em relação à promoção da segurança infantil, onde observei uma escassa abordagem feita a esta temática e à pouca perceção demonstrada pelos pais, uma vez que, colocavam as cadeiras de transporte das crianças em cima de cadeiras ou mesas, ou o aparecimento de bebés sem cintos de segurança colocados.

A Consulta de Saúde Infantil constitui um momento privilegiado de partilha com a criança e família, permitindo a observação de eventuais comportamentos de risco e o fomentar de uma cultura de segurança ao longo dos diferentes estadios de desenvolvimento infantil, respeitando todo um contexto familiar, socioeconómico e cultural (OLIVEIRA e CADETE, 2007, p.23). Neste espaço de parceria, o EESIP tem a possibilidade de *“transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil”* (OE, 2009, p.23).

O confronto com esta realidade reportou-me para a necessidade de uma intervenção assertiva direcionada para os principais prestadores de cuidados da criança, visto que, a consciencialização dos mesmos era prioritária, constituindo um passo fundamental num longo caminho de aceitação e de modificação de atitudes e comportamentos. Para tal, foi realizada uma sessão de ensino, que procurou dar a conhecer um pouco da realidade que envolve os acidentes infantis e a relação existente entre os diferentes tipos de acidentes e o estadio do desenvolvimento infantil, dando

ênfase às principais medidas preventivas a adotar para a sua prevenção e a elaboração de dois cartazes informativos sobre a mesma temática, tornando-se um documento de leitura rápida.

Ao longo da realização destas atividades, foram ocorrendo reuniões com a enfermeira (enf.^a) orientadora e equipa de enfermagem, no sentido de, ser discutido a sua relevância e serem aferidos alguns aspetos relacionados com as suas estruturas, nomeadamente a faixa etária, de grande importância para a intervenção planeada. A mesma, foi delimitada com base nas necessidades identificadas nas consultas e nas referidas pela equipa de enfermagem, de modo a direcionar os ensinamentos à população-alvo adequada. Relativamente à pesquisa bibliográfica por mim elaborada para a realização destes documentos, relata que os pais pensam que, durante os primeiros meses de vida, os bebés pouco fazem mais que comer e dormir, mas não é bem assim, uma vez que, subitamente, eles começam a agarrar coisas, a virar-se, a gatinhar e a andar...fazendo com que o perigo espreite quando menos se espera. Logo, o bebé pode cair, queimar-se, ser vítima de um acidente de automóvel... À medida que o bebé cresce e se desenvolve, surgem novos riscos e, rapidamente os acidentes passam a ser a maior ameaça à sua saúde e bem-estar. É por isso necessário adquirir hábitos seguros desde o primeiro dia de vida das crianças (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2010).

Para dar a conhecer a realização da sessão de ensino, para além de, esta ter sido abordada durante as consultas de saúde infantil, foi também, exposto pela unidade um convite para os interessados destinatários (ANEXO I). Apenas compareceu uma mãe, que já tinha demonstrado o seu interesse durante uma consulta de saúde infantil. Foi possível a presença de mais duas mães, pelo facto de, a sessão se ter realizado na sala de espera onde estas aguardavam pela consulta de saúde infantil. A sessão de ensino intitulada de *“Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida”* (ANEXO II) foi bastante interessante, uma vez que, das mães presentes na sessão, nenhuma era portuguesa. Tive o cuidado de ao longo da minha exposição, validar com as mães se me estaria a fazer entender. Apesar desta pequena barreira linguística, no final o *feedback* foi bastante positivo e todas elas referiram que tinham percebido o que tinha sido apresentado (ANEXO III). Daqui emerge a competência de *“demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e a família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* (UCP, 2012, p.4) que o EESIP deve possuir.

Quanto aos cartazes informativos (ANEXO IV) relacionados com a temática abordada na sessão de educação, estes ficaram de ser expostos no gabinete das consultas de enfermagem, mas até ao final do meu estágio, tal não ocorreu, pelo que, não foi possível obter nenhum *feedback* dos seus destinatários.

O alcançar destas atividades e o reconhecimento da sua importância traduziram-se na capacidade de *“demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação da prática baseada na evidência, incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, demonstrando o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente através da promoção da formação em serviço no âmbito da SIP”* (UCP, 2012, p.4-5).

Todo este percurso culminou com o atingir do objetivo proposto. Ao longo do seu processo foi possível a aquisição de várias competências inerentes ao EESIP, ao *“demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização, comunicando aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”* (UCP, 2012, p.4), tais como *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* manifestada através da unidade de competência *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem”* e *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* expressadas através das unidades de competência *“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”* e *“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura”* (OE, 2010, p.3 e 5).

- Implementar uma estratégia de assistência sistematizada à criança/família, que implique a formação dos enfermeiros do serviço no âmbito da prevenção de acidentes no 1º ano de vida.

A definição deste objetivo nasce como resposta às necessidades observadas na consulta de saúde infantil em relação à promoção da segurança infantil, onde observei uma escassa abordagem feita a esta temática, com deficiente transmissão de medidas preventivas de acidentes à família, por parte dos profissionais, refletindo a pouca consciencialização para uma realidade que, atualmente, é concebida como um grave problema de saúde pública.

Em reuniões informais com a enf.^a orientadora e respetiva equipa de enfermagem foi determinado que a melhor estratégia para abordar esta problemática

seria a realização de um guia orientador de ensinios ao qual os profissionais pudessem recorrer como auxiliar para complementar os ensinios a realizar durante as consultas. Deste modo, este guia destinou-se a servir de apoio a toda a prática, procurando uniformizar conceitos, ensinios e cuidados.

Para uma abordagem adequada e assertiva, foi elaborado anteriormente um questionário como o objetivo de identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem da unidade, relacionadas com a temática, para que a minha intervenção se demonstrasse adaptada para suprimir tais necessidades (ANEXO V).

Após a sua aplicação e tratamento de dados (ANEXO V) foi possível chegar às várias necessidades emergentes dos enfermeiros, pelo que surgiu então, o “*Guia Orientador de Ensinios para Profissionais de Saúde – Prevenção de Acidentes Infantis no 1º Ano de Vida*” (ANEXO VI), que procurou dar a conhecer um pouco da realidade que envolve os acidentes infantis, destacando as principais medidas preventivas a transmitir durante as consultas de saúde infantil.

A apresentação deste documento foi realizada através de conversas informais com os vários profissionais, uma vez que, fui alertada para a pouca adesão a sessões de formação. No final, o *feedback* proveniente destas conversas revelou-se extremamente positivo. Todos os enfermeiros referiram que o guia abordava temas pertinentes na área dos acidentes infantis e sua prevenção, permitindo um aprofundar de conhecimentos, fundamental para a realização de ensinios uniformizados e assertivos, para além de, estar elaborado como um documento de fácil consulta (ANEXO VI). Aqui se evidenciam as competências adquiridas de: “*comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializada, produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*” colaborando, igualmente, na “*integração de novos profissionais*” (UCP, 2012, p.4-5).

A comprovação da sua importância foi demonstrada nas consultas que se seguiram nas quais foi utilizado, tornando-se possível observar uma maior sistematização no ensino de medidas preventivas de acidentes à família, traduzindo uma maior consciencialização para a problemática, para ambos os intervenientes.

Todas estas etapas e atividades que decorreram para o atingir deste objetivo demonstraram o desenvolvimentos de determinadas competências: “*tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais*

*e ética, abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, participando e promovendo a investigação em serviço na área da SIP” (UCP, 2012, p.4-5) e “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” apresentada através da unidade de competência “*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, 2010, p.3).*

- Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade à criança/família, segundo uma metodologia científica, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.

A definição deste objetivo vai ao encontro da alínea a) do n.º 3 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro, onde se encontra descrito que uma das funções inerentes ao EE é prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais aprofundado de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente em situação de crise ou risco no âmbito da especialidade que possui.

Numa abordagem comunitária, o cuidar encontra a sua essência na promoção do desenvolvimento da criança/jovem, através da avaliação/monitorização e da orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil-juvenil (OE, 2009, p.23). Como tal, o EESIP baseia a sua prática na aquisição de competências ao nível da negociação e desenvolvimento do papel parental, ajudando os pais a adotarem comportamentos promotores do crescimento e desenvolvimento infantil, promovendo a saúde infantil através do desenvolvimento de intervenções intersectoriais para reduzir a morbilidade e mortalidade por acidentes e na deteção precoce de situações de risco e de doença.

Compreendendo o papel predominante do EESIP nesta área, defini como atividades para o presente objetivo a realização de consultas de saúde infantil e a colaboração no programa de vacinação.

Este objetivo específico revelou-se de grande importância ao nível do meu desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente na aquisição de novas competências e conhecimentos nesta área, considerando-se que toda a minha experiência profissional se resume à área dos adultos, onde sempre exerci funções. Consciente desta limitação prática, o recurso à pesquisa bibliográfica tornou-se fundamental, proporcionando uma base de conhecimentos mais sólida ao nível da área da enfermagem comunitária e do próprio desenvolvimento infantil, trazendo impacto à minha forma de estar, cuidar e integrar na dinâmica da saúde infantil desta unidade. De

todo este processo adveio a capacidade de *“gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida e da sua formação pós-graduada, mantendo de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes na área da SIP”* (UCP, 2012, p.4).

Apesar destes conhecimentos teóricos serem essenciais, eles apenas constituem uma parte de todo um processo de aprendizagem que implica uma articulação constante com a prática. Com este reconhecimento surge a importância da prestação de cuidados ao nível das diferentes valências da saúde infantil.

Desde o primeiro dia na consulta de saúde infantil, dei início ao meu caminho, com vista a, alcançar o objetivo proposto, promovendo a minha autonomia ao longo das três semanas de permanência, nesta valência. Durante este período de tempo, foi perceptível aperceber-me das inúmeras vezes que se realizaram Exames Globais de Saúde em crianças entre os 5-6 anos (EGS 5-6), “idade-chave” preconizadas para as consultas de saúde infantil a Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional (DGS, 2012). Este tipo de exame integra o plano de avaliações periódicas pediátricas definido pela DGS e tem o objetivo de avaliar a presença de condições físicas e de desenvolvimento psicomotor adequadas à nova fase de aprendizagem que se inicia com o ingresso escolar. Fazem parte do mesmo, a avaliação antropométrica (peso e estatura); a realização de um exame objetivo completo com avaliação da higiene oral, acuidade visual, acuidade auditiva (em grupos de risco) e da postura. Este inclui ainda, a avaliação do cumprimento do programa vacinal, assim como da linguagem e restantes áreas do desenvolvimento psicomotor. Foi nesta área que, achei que seria importante a minha intervenção, uma vez que, me deparei com a existência de um descuido tanto por parte dos pais, como por parte das crianças relativamente à higiene oral. Algumas destas crianças já apresentavam cáries, sendo seguidas em consulta de estomatologia. A existência de cáries, na sua grande maioria deve-se à falta de lavagem dos dentes e/ou à ingestão de açúcares.

Segundo o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (DGS, 2006), as doenças orais constituem pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.

De forma a dar resposta a esta necessidade e, após uma reunião com a restante equipa de enfermagem, foi elaborado um “*Guia de Higiene Oral*” (ANEXO VII), dirigido tanto aos pais com a explicação dos cuidados, como para as crianças, com ilustrações sobre os cuidados a ter com os dentes. Devido ao limitado tempo de estágio, não foi possível colocar este documento em prática, ficando apenas como sugestão para integração em futuras consultas de saúde infantil, mais propriamente nos EGS 5-6.

A passagem pela vacinação decorreu praticamente num período de tempo equivalente ao das consultas de saúde infantil, na qual me tornei autónoma na administração de vacinas e ensino dos cuidados relativamente às mesmas até ao final da minha estadia nesta valência (4 semanas).

O fator tempo foi facilitador para o meu processo de aprendizagem em conhecimentos teórico-práticos, sustentados pelo conhecimento mais profundo do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (2012). Permitiu-me desenvolver a prática de administração e conseqüentemente dar contributos aos pais através dos ensinamentos sobre os cuidados a ter após administração das vacinas. Do meu estágio, realço a importância da reformulação do panfleto distribuído aos pais, com informações sobre as vacinas, cuidados e horários de funcionamento, uma vez que, o mesmo já não se encontrava atualizado, visto ter entrado em vigor um novo PNV (ANEXO VIII).

O culminar da realização destas atividades assume a capacidade de: “*identificar necessidades formativas na área da SIP, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar zelando pelos cuidados prestados*” (UCP, 2012, p.4-5) e “*Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” declarada através da unidade de competência “*Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem*”(OE, 2010, p.3).

3.2 – Módulo II

3.2.1 - UPP

A escolha deste serviço como campo de estágio foi efetuada com base na sua localização e facilidade de acesso, visto estar integrado na instituição onde exerço as minhas funções e ser um possível serviço por mim escolhido para trabalhar posteriormente após a minha transferência do atual serviço onde trabalho.

Como futura EESIP, a possibilidade de promover a segurança infantil na instituição onde exerço funções, especificamente neste serviço, reflete-se num contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional para além de ir ao encontro de uma das funções atribuídas a este profissional: “*colaborar nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço*” descritas na alínea i) do n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro.

Inicialmente foi necessário o conhecimento da funcionalidade desta unidade, de reuniões informais com a enf.^a orientadora e enf.^a chefe e com a restante equipa de enfermagem, consulta de normas e protocolos existentes no serviço e a observação dirigida e participada da prática de enfermagem. O desenvolvimento de todas estas atividades foi fundamental para um melhor enquadramento do serviço na instituição e no reconhecimento de toda uma filosofia baseada na parceria do cuidar, de modo a tornar os objetivos específicos assertivos e adequados à população-alvo que se encontra internada neste serviço e aos profissionais de saúde que dele fazem parte. Como tal, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Colaborar com os prestadores de cuidados das crianças internadas na UPP na adoção de comportamentos promotores de segurança infantil.

A definição deste objetivo encontra a sua justificação no papel fundamental que os programas de educação para a saúde, dirigidos aos prestadores de cuidados, têm na promoção da segurança infantil e, na sua pertinência num serviço cujo um dos propósitos centrais é o desenvolvimento de competências parentais para a prestação de cuidados de suporte à criança com necessidades especiais (doente crónico).

O reconhecimento da centralidade dos pais/família no projeto de vida da criança representa um fator fundamental na promoção da segurança infantil, traduzindo-se no atribuir de toda uma responsabilidade de um ser dependente deles. É da responsabilidade dos pais, principais prestadores de cuidados, manter desde o nascimento a integridade da criança, proporcionando-lhe um ambiente seguro e harmonioso para o seu desenvolvimento (HOCKENBERRY, 2006, p. 108).

É aqui que o EESIP assume um papel de relevo. Considerados como principais responsáveis pela saúde, segurança e bem-estar da criança, para além de serem aqueles que ditam as regras e controlam o seu meio envolvente, torna-se fundamental que o enfermeiro os encare como verdadeiros parceiros de interação, capacitando-os de saberes e competências que lhes permitam prestar cuidados de suporte às necessidades da criança, respondendo às diferentes situações de saúde ao longo do seu

desenvolvimento (HESBEEN, 1998, p.16). Como tal, o aumento de saberes dos pais face ao seu papel advém do fornecimento de informação, do ensino, da instrução e do treino de capacidades, conseguidos através de estratégias educativas dirigidas e individualizadas.

Foi com este propósito que incidi as minhas atividades para o atingir do objetivo inicialmente proposto. O constatar da importância desta abordagem educativa aos principais prestadores de cuidados da criança reflete a capacidade de: *“avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional académica e profissional avançada de modo a abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a criança e família numa demonstração constante de um elevado nível de conhecimentos na área da SIP”* (UCP, 2012, p.4).

Após ter elegido que o melhor método de abordagem aos pais sobre esta temática seria um manual com informações abrangentes e ensinamentos sobre prevenção de acidentes, houve necessidade de realizar algumas reuniões informais com os elementos do serviço para o dar a conhecer e aferir qual a idade limite da criança mais adequada a abordar. O *feedback* por parte da equipa foi bastante positivo, uma vez que, os próprios reconheciam a existência de poucos documentos informativos para fornecerem aos pais sobre esta temática. Depois de avaliar os documentos existentes no serviço, certifiquei-me que, relativamente à informação sobre prevenção de acidentes, apenas existia um panfleto sobre queimaduras, emergindo desta ação, para um correto diagnóstico de situação, a competência de *“identificar as necessidades formativas na área da SIP”* (UCP, 2012, p.5). Quanto à idade limite da criança, foi definida que o 1º e o 2º ano de vida, seriam as idades mais adequada para abranger, visto serem as idades com maior frequência de internamentos no serviço, uma vez que, as infeções respiratórias são as situações que mais frequentemente levam a criança ao médico, representando cerca de 40% das consultas de pediatria e consequentes internamentos (CORDEIRO, 2006, p. 79).

Foi, então, elaborado o *“Guia orientador para pais sobre cuidados para prevenir acidentes infantis no 1º e 2º ano de vida”* (ANEXO IX), esquematizando os principais e mais frequentes comportamentos associados à ocorrência de cada tipo de acidente, assim como, os cuidados/intervenções assertivas para a sua prevenção. No final, após análise e tratamento de dados dos questionários fornecidos aos mesmos para avaliação da sua importância e pertinência (ANEXO IX), tornou-se perceptível que este

guia serviu como estratégia, pelo menos, para alertar os pais quais as medidas preventivas a adotar para cada situação demonstrada.

Inerente à realização deste guia e sua distribuição junto dos prestadores de cuidados, demonstrou-se intrinsecamente, o desenvolvimento várias competências: *“comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral tal como, os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas, demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação da prática baseada na evidência de modo a incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, demonstrando o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente sem esquecer os conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e a família, respeitando as suas crenças e cultura”* (UCP, 2012, p.4-5).

Apesar deste guia orientador se revelar de tamanha importância para os pais, funcionando como um documento de fácil manuseio e leitura, julguei que seria igualmente marcante realizar algo relativo a esta temática, direcionada para o meio onde se encontravam nesta fase, visto ter observado alguns “descuidos” da sua parte relativamente aos cuidados prestados à criança.

Um hospital pediátrico apresenta características específicas ao nível da sua infraestrutura e organização, que podem representar um verdadeiro perigo para a integridade física das crianças e jovens que ali se encontram internados, ou que, simplesmente, ali se deslocam. Apesar da inexistência de dados de investigação que sustentam a perigosidade do ambiente hospitalar para as crianças, o conhecimento da realidade serve de suporte a toda esta problemática.

No sentido de promover um ambiente seguro assume-se, assim, da parte dos profissionais de saúde, a identificação dos riscos existentes dentro da instituição em geral e de cada serviço em particular, tendo em conta a singularidade da população e da dinâmica organizacional, no sentido de discutir e definir estratégias preventivas de acidentes.

O levantamento e a reflexão em redor de toda esta problemática denotam o desenvolvimento de competências inerentes ao EESIP, tais como a *“demonstração de uma consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a criança e família numa reflexão crítica na e sobre a prática”* (UCP, 2012, p.4).

Sendo uma unidade que recebe crianças desde o nascimento até aos 18 anos, as crianças mais pequenas permanecem em berços. Berços esses de ferro e com uma grande altura relativamente ao chão. Muitas vezes, tive a oportunidade de observar o “descuido” por parte dos cuidadores da criança, aquando da sua saída do serviço de a deixarem em segurança, não elevando as grades dos berços. Pelo que consegui apurar em conversas com a equipa de enfermagem, até à data, ainda não se tinha registado nenhum episódio de queda durante o internamento. Mesmo assim, por achar que a minha intervenção como EESIP seria uma mais-valia para o serviço e para alertar os cuidadores relativamente a este possível acontecimento, procurei elaborar um pequeno cartaz informativo (ANEXO X) com ilustrações chamativas e uma mensagem de segurança, de modo que fosse colocada num local estratégico para lembrar os cuidadores a elevarem as grades dos berços.

Segundo o Relatório de Avaliação sobre a Segurança Infantil (EUROSAFE, 2012) designado ao nosso país, classifica as lesões e os traumatismos como os principais responsáveis pela morte de crianças entre os 0 e os 19 anos. Aqui, tal como no resto da Europa, as quedas são o mecanismo de acidente mais frequente em crianças e jovens e a maior causa de ida às urgências, nestas faixas etárias.

Apesar da sua elaboração e aprovação por parte de toda a equipa do serviço, não foi possível a sua implementação, pelo facto de, o serviço se encontrar em fase de mudança de chefia, que só posteriormente, iria avaliar tal documento.

A concretização de todas estas atividades reflete um progresso, na aquisição de um conjunto de competências do EESIP, tais como *“tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da SIP, tomar decisões fundamentadas atendendo as evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, zelando pelos cuidados prestados na sua área de especialização”* (UCP, 2012, p.4 e 5) e igualmente, as competências preconizadas pela OE (2010, p.3-5): *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* anunciada através da unidade de competência *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem”*; *“Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade”* manifestada através das unidades de competência *“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”*, *“Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”* e *“Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”* e também

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” expressadas através das unidades de competência *“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”* e *“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura”*.

- Uniformizar cuidados de enfermagem promotores da segurança infantil na UPP, através da elaboração de um folheto.

A definição deste objetivo emerge como solução para colmatar a falta de informação existente sobre segurança infantil no *dossier* com manuais e normas existentes neste serviço.

Querendo contribuir com a informação mais adequada para este serviço sobre esta temática, de um modo assertivo e pertinente para a uniformização dos cuidados de enfermagem, surgiu em conversa informais com a equipa de enfermagem a necessidade da realização de um panfleto relativo à segurança infantil, que fosse ao encontro das situações vivenciadas por crianças internadas na UPP decorrentes do acontecimento de um acidente. Sendo um serviço que recebe crianças com patologia respiratória aguda e/ou crónica, a única hipótese seria abordar algo alusivo à aspiração de corpos estranhos.

Surgiu, então, o panfleto sobre *“Aspiração de corpos estranhos”* (ANEXO XI), que procurou focalizar a temática envolvente deste tipo acontecimento, assim como, o modo de atuação e suas as medidas preventivas, informação esta, pertinente para ser explicada aos pais para precaverem tal incidente.

Este panfleto foi dado a conhecer à equipa de enfermagem nas passagens de turno, onde foram dadas opiniões e solicitados alguns ajustes, de modo a que este documento se torna útil e de fácil consulta. Apesar de não ter sido implementado durante a minha permanência neste campo de estágio, devido à necessidade de aprovação pela instituição, ele revestiu-se de extrema importância para a uniformização de cuidados e ensinios de enfermagem, como se pode constatar, nos questionários fornecidos à equipa de enfermagem (ANEXO XI).

A avaliação desta necessidade e a formulação da respetiva estratégia de resolução, espelham o desenvolvimento de competências intrínsecas ao EESIP de *“identificar as necessidades formativas na sua área de especialização, através da formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, comunicando os*

resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas através de um discurso pessoal fundamentado, demonstrando um nível de conhecimentos aprofundados na sua área de especialização” (UCP, 2012, p.4). Todas estas competências se unem para a *“promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros através da participação e promoção da investigação em serviço, de modo a colaborar na integração de novos profissionais”* (UCP, 2012, p.5), tal como a competência de *“Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde”* expressa através da unidade de competência *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* (OE, 2010, p.3).

3.3 – MÓDULO III

3.3.1 – SUP

A justificação da escolha deste serviço como campo de estágio prende-se igualmente, com a escolha descrita anteriormente para o módulo II.

Foram desenvolvidas ações semelhantes às adotadas no campo de estágio anterior, de modo a conhecer a funcionalidade do serviço, os seus protocolos e modo de atuação.

A pertinência da abordagem do tema da promoção da segurança infantil no SUP, encontra a sua justificação na própria essência do serviço, considerando a população a quem se destina e a natureza dos cuidados prestados. Consistindo num serviço de primeira linha ao qual os principais prestadores de cuidados recorrem em situações que consideram de carácter urgente, é aqui que, surgem a maior parte das crianças, vítimas de acidentes e de lesões não intencionais, de diferentes etiologias e graus de gravidade.

Segundo o Relatório Final de Quedas em crianças e jovens apresentado pela APSI (2010), numa análise de dados recolhidos pelo ADÉLIA (Acidentes Domésticos e de Lazer - Informação Adequada), sistema de monitorização, vigilância e registo de acidentes domésticos e de lazer nos serviços de urgência dos hospitais e dos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, em Portugal, verificou-se a ocorrência de 49.557.000 idas às urgências, entre 2003 e 2008, apenas na sequência de uma queda accidental.

Considerando o carácter preventivo destes eventos, a importância de uma educação contínua e abrangente ao nível dos diferentes contextos e a afluência de

crianças vítimas de acidentes num serviço desta natureza, torna-se evidente a importância da promoção da segurança infantil como estratégia prioritária de atuação por parte dos profissionais de enfermagem, resultando como um fundamento para todo o meu plano de ação neste campo de estágio.

- Implementar uma estratégia de atuação sistematizada no SUP sobre a promoção da segurança infantil através da elaboração de um guia orientador de segurança infantil.

Para compreender a pertinência desta temática ao nível de um serviço como o SUP e, deste modo, justificar o presente objetivo, é fundamental clarificar as diferentes vertentes que integram o conceito de prevenção no fenómeno dos acidentes.

Na realidade que engloba este tipo de eventos, o modelo de prevenção que aqui se revela mais adequado, é aquele em que a prevenção é efetivada sob três formas distintas: a primária, secundária e terciária. A primeira, direcionada para a prevenção, destaca os programas educativos e as medidas de segurança; a segunda focaliza a assistência e procura-se tratar eficazmente e minimizar as sequelas físicas, emocionais e sociais e por último, a terceira privilegia a reabilitação e a reintegração da criança no contexto familiar e social (OMS, 2008, p.12).

No SUP, o enf.º encontra-se no local privilegiado para o desenvolvimento destes três níveis de prevenção, uma vez que, se encontra em contato direto com crianças e jovens vítimas de acidentes e suas consequências. Para além do tratamento das lesões presentes de modo a minimizar e/ou evitar repercussões físicas e emocionais futuras, o enfermeiro tem oportunidade de intervir junto da criança e família onde se observam comportamentos de risco, a fim de, prevenir eventos semelhantes.

De forma a desempenhar assertivamente este papel, o enf.º que exerce funções num serviço como este, deve possuir um conhecimento aprofundado e atual sobre a problemática dos acidentes infantis e sua prevenção. Conhecer os estadios do desenvolvimento infantil, compreender a relação destes com o meio envolvente no contexto de cada tipo de acidente e conhecer as diversas estratégias preventivas a adotar, com base em dados de investigação relevantes, são peças fundamentais no puzzle que constitui a promoção da segurança infantil.

Foi no sentido de fornecer estas peças e, simultaneamente, consciencializar os profissionais deste serviço para esta temática, que após uma reunião informal com a enf.^a orientadora e segundo elemento, foi proposto a elaboração de um documento que

servisse de guia orientador no ensino a realizar à criança e família sobre medidas preventivas de acidentes, numa forma de uniformizar práticas e integrar conceitos.

Para a elaboração deste documento, intitulado de *“Guia Orientador de informação a transmitir aos pais sobre prevenção de acidentes em idade pediátrica”* (ANEXO XII), foi necessário recorrer não só há pesquisa de dados de investigação, mas também, à realização de conversas informais com a equipa, no sentido de identificar os principais tipos de acidentes que habitualmente surgem neste serviço. Apesar do curto tempo de permanência neste campo de estágio, a observação por mim realizada relativamente a esta temática foi frutífera, uma vez que, houve uma grande afluência de crianças que tinham sofrido vários tipos de acidentes. Nestas 4 semanas, recorreram à urgência crianças que tinham sofrido quedas nas escolas, crianças estas com traumatismos cranianos, crianças que aspiraram corpos estranhos (pilha de relógio; brinco) e uma criança que sofreu um acidente rodoviário.

Com esta informação foram, então, compilados dados relevantes sobre acidentes infantis e sistematizadas as principais medidas preventivas dos acidentes observados.

Apesar de não ter sido colocado em prática, ficando como documento sugestivo para a sua introdução na sala de triagem, devido ao curto tempo de estágio neste local, o balanço por parte de quem o iria utilizar, aquando da minha apresentação de modo informal nas passagens de turno, foi valorativo e bastante positivo, uma vez que, veio uniformizar os ensinamentos a transmitir aos pais (ANEXO XII). Nesta atividade de *“comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicadas para audiências especializadas”*, foi fundamental *“produzir um discurso pessoal fundamentado, participando e promovendo a investigação em serviço”*, de modo a *“promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e colaborando na integração de novos profissionais”*. (UCP, 2012, p. 4-5).

A realização deste objetivo reflete o desenvolvimento de competências especializadas na área SIP, ao *“demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos nesta área de especialização”*, tal como *“consciência crítica para os problemas da sua prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a criança e família, ao abordar questões complexas de modo sistemático e criativo”*, numa incorporação constante na *“prática de resultados de investigação válidos e pertinentes”* (UCP, 2012, p.4-5), tal como a competência de *“Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde”* declarada através da unidade de competência *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco*

que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2010, p.3).

- Sensibilizar os pais/prestadores de cuidados para a importância da temática da promoção da segurança infantil.

A definição deste objetivo surge como uma solução para dar ênfase a esta temática direcionada para os prestadores de cuidados da criança, ao ter verificado a inexistência de documentos de leitura destinados aos mesmos. Daqui adveio a competência de *“identificar as necessidades formativas na área de especialização da SIP”* (UCP, 2012, p.5).

A complexidade inerente à área da segurança infantil contrasta com a simplicidade da sua promoção. Atualmente, sabe-se que a implementação de medidas preventivas básicas é o suficiente para uma redução drástica dos números fatídicos que acompanham os acidentes infantis.

Segundo o Relatório de Avaliação sobre Segurança Infantil (EUROSAFE, 2012), apesar de uma melhoria no nosso país na área da prevenção de acidentes e suas consequências, esta continua a ser um problema grave de saúde pública que carece de uma intervenção prioritária por parte do Governo, por parte dos profissionais de saúde, dos pais e família, por parte das crianças e da sociedade em geral.

Com um papel ativo na educação para a saúde, os profissionais desta área, nomeadamente, os profissionais de enfermagem tornam-se indispensáveis na criação de uma verdadeira cultura de boas práticas. Para além da partilha de informação com outros profissionais, no sentido de transmitir ideias e implementar estratégias, eles tornam-se fundamentais na passagem de informação aos pais/família, criança e sociedade. É da sua responsabilidade, o primeiro passo dos principais prestadores de cuidados na área da segurança infantil, através da promoção de ensinamentos e esclarecimento de dúvidas, tendo em conta a etapa de desenvolvimento da criança e as suas especificidades físicas e cognitivas, mas esquecendo a própria situação económica da família (MARTINS, 2006, p.345). Como elementos de referência da sociedade onde vivem, os profissionais devem, ainda adotar, eles próprios comportamentos de boas práticas que podem e, devem, servir de exemplo aos restantes cidadãos.

Só o trabalho conjunto destes intervenientes permitirá alterar estatísticas e contribuir para a promoção da saúde e bem-estar dos que dele dependem (GOMES-PEDRO, 1997, p.563).

Visto um SUP ser um serviço de primeira linha e transitório, achei pertinente que a melhor forma de dar a conhecer aos principais prestadores de cuidados da criança informações relativas a esta temática, seria a elaboração de um cartaz informativo que fosse colocado na sala de espera, uma vez que, a maioria das vezes, eles permanecem grande parte de tempo neste local, ou pela espera demorada para o atendimento da criança, ou pelo facto da criança se encontrar acompanhada por dois prestadores de cuidados e só ser permitida a entrada de um deles no serviço a acompanhar a criança.

Após uma reunião informal com a enf.^a orientadora, segundo elemento e equipa de enfermagem do serviço, para dar a conhecer a elaboração deste documento, foi perentório que este seria a melhor forma para abordar esta temática para a população-alvo em questão. Esta estratégia demonstra a competência de *“abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a criança e família, especialmente na sua área de especialização”* (UCP, 2012, p.4). Foi então, elaborado um cartaz informativo alusivo à *“Prevenção de Acidentes em Idade Pediátrica”* (ANEXO XIII) com o objetivo de informar sobre a realidade atual, relativamente aos acidentes infantis, bem como da sua prevenção. Pelo curto tempo de estágio e posterior aprovação por parte da instituição, não foi possível a sua afixação no local designada, não sendo exequível a sua avaliação.

Com a elaboração deste documento demostrei a aquisição de competências de: *“tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização de SIP, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência do cliente, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências de modo a zelar pelos cuidados prestados na área da SIP”* (UCP, 2012, p. 4-5), tal como a competência de *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* revelada através das unidades de competência *“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”*(OE, 2012, p.5).

3.3.2 – UCIN

A justificação da escolha deste serviço como campo de estágio prende-se igualmente, com a escolha descrita para o campo de estágio anterior, tendo desenvolvido ações semelhantes, de modo a conhecer a funcionalidade do serviço, os seus protocolos e modo de atuação.

Aquando do nascimento de um RN prematuro, os pais vêem-se perante uma experiência desgastante, com a vivência de sensações e sentimentos múltiplos. Este bebê é visto pelos pais como um bebê frágil e pequeno, cujo ritmo de crescimento foi alterado e que provocará mudanças a nível do funcionamento familiar (NUNES, 2010). Ainda segundo esta autora, os pais quando chegam à UCIN e vêem o seu filho pela primeira vez ficam assustados, ansiosos e interrogativos e, pouco ou nada ouvem das informações dadas pelos profissionais, repetindo várias vezes, as mesmas questões.

HOCKENBERRY (2006) refere que se deveria dar aos pais todas as informações e explicações necessárias, de forma simples, permitindo-lhes exporem as suas dúvidas, tirar fotografias, o que facilita muitas vezes, o elo de ligação, até que os pais sejam capazes de cuidar dos seus filhos, visto que, muitos deles irão necessitar de cuidados especiais no domicílio. Neste sentido, é importante que a família se envolva e participe desde o início nos cuidados ao seu filho na UCIN, criando laços vinculativos e, ao mesmo tempo, permitindo lidar com as variadas situações que mais tarde se poderão deparar no domicílio.

É a equipa de enfermagem que tem um papel fundamental na inserção do recém-nascido pré-termo na família e na comunidade, pelo que a educação para a saúde deve ser direcionada, no sentido de assegurar aos pais a aquisição de competências que possam garantir o desenvolvimento harmonioso do bebê após a alta hospitalar (NUNES, 2010).

Foi com este pressuposto que foi traçado o meu objetivo específico para este campo de estágio, tendo por base a temática da segurança infantil:

- Colaborar com os familiares prestadores de cuidados dos recém-nascidos pré-termo internados na UCIN na adoção de comportamentos promotores da segurança infantil.

Com um papel ativo na educação para a saúde, o EESIP é peça fundamental para a criação de boas práticas através da transmissão de informação pertinente e assertiva aos pais. A comunicação de medidas de segurança infantil aos prestadores de cuidados de forma adequada e em momentos oportunos, a sua consciencialização para os perigos existentes nos distintos meios que rodeiam a criança, assim como a preparação para a atuação precoce e assertiva em caso de acidente, podem constituir a peça essencial para a diminuição de um número considerável de crianças mortas e feridas em situações de acidentes.

O enf.º de saúde infantil deve orientar a sua prática em qualquer contexto de saúde, no sentido de atingir esse objetivo e, contribuir dessa forma, para a promoção da saúde através da prevenção de acidentes.

A definição deste objetivo surge como a melhor forma de chegar aos pais para transmitir este tipo de informação, de modo a que eles a interiorizassem e a pudessem utilizar sempre que necessário. Para tal, foi dado a conhecer através de uma reunião informal com a minha enf.ª orientadora a vontade de realizar um documento escrito para ser entregue aos destinatários. Desde logo, ficou ciente que esta seria a melhor estratégia de propagação de informação, uma vez que, seria um documento de consulta e leitura que os próprios poderiam utilizar em casa, sempre que necessário. De igual modo, também foi pertinente delimitar a idade da criança à qual se destinavam os cuidados, sendo que ficou decidido que seria até aos 6 meses. Através desta estratégia se demonstram as competências de *“identificar as necessidades formativas na área de especialização da SIP e abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a criança e família, especialmente na sua área de especialização”* (UCP, 2012, p.4-5)

A elaboração do *“Guia Orientador de ensinios para pais para prevenir acidentes infantis até aos 6 meses de vida”* (ANEXO XIV), vem dar resposta à *check list* de problemas emanados durante a reunião informal. O mesmo visa enfatizar os principais e mais frequentes comportamentos associados à ocorrência de cada tipo de acidente nesta faixa etária, assim como, os cuidados/intervenções assertivas para a sua prevenção. No sentido de avaliar a eficácia deste guia orientador, foi distribuído um questionário de avaliação (ANEXO XVIII) aos pais de onde se concluiu, que este é uma ajuda estratégica, para que os pais se sintam reflexivos, relativamente às suas atitudes para com os seus filhos no que respeita a prevenção de acidentes.

Com a elaboração e distribuição deste documento junto dos pais, demostrei a aquisição de várias competências como as de: *“comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral tal como os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas, demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação da prática baseada na evidência de modo a incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, demonstrando o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, sem esquecer os conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o*

cliente e a família, respeitando as suas crenças e cultura, de modo a zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização” (UCP, 2012, p.4 e 5). Do mesmo modo, foram atingidas as seguintes competências enumeradas pela OE (2010, p.3 – 5): “Assiste a criança com a família na maximização da sua saúde” enunciada através da unidade de competência “Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor de parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança”; “Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade” potenciada através da unidade de competência “Providencia cuidados à criança promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” e por último, “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança” apresenta nas unidades de competência “ Promove o crescimento e desenvolvimento infantil”, “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” e “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura”.

4. CONCLUSÃO

Serve o presente Relatório ser uma reflexão descritiva e pessoal do meu percurso prático, referente à Unidade Curricular - Estágio. O recurso à pesquisa baseada na evidência foi fundamental no sentido de sustentar as questões que foram impulsionadoras do meu percurso acadêmico e profissional. No entanto, ele só é exequível se em cada momento do meu percurso ele tenha sido reflexivo e partilhado. Só assim, é possível crescer pessoal e profissionalmente, de modo a, tomar consciencialização das competências e responsabilidades como EE. A temática transversal escolhida nos três módulos de estágio, Promoção da Segurança Infantil – Prevenção de Acidentes surge como uma reflexão, que foi descobrindo respostas sustentadas ao longo deste percurso, nos seus diferentes contextos.

Cada campo de estágio, distinto nas suas características, propósitos e população, possibilitou o desenvolvimento de estratégias educativas sobre a Segurança Infantil, permitindo uma atuação ao nível dos três níveis de prevenção, assim como, o consolidar e o aprofundar de conhecimentos na área da SIP, traduzindo-se num contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura EESIP, quer para os próprios locais de estágio e elementos que deles fazem parte.

Uma reflexão mais detalhada de cada módulo de estágio permite uma melhor compreensão destas mesmas mudanças, sendo fundamental expor, que todas as intervenções realizadas tiveram como suporte um constante pensamento crítico e um conhecimento fundamentado e validado em dados de investigação recentes, características inerentes a um EE.

Deste modo, no Módulo I através da observação e respetiva reflexão realizada nas Consultas de Desenvolvimento Infantil, compreendeu-se a importância da intervenção de um EESIP numa instituição de recurso comunitário em que o envolvimento da família a todos os níveis, assim como, a articulação com profissionais de diferentes especialidades, conduziria a uma melhoria na prestação de cuidados à criança/família, principalmente numa consulta onde não existe cuidados de enfermagem. Na continuidade deste módulo, mas relativamente aos cuidados prestados na UCSP, destacou-se a importância da promoção da segurança infantil quer junto dos prestadores de cuidados, através de uma sessão de educação para a saúde e de documentos de leitura rápida, tais como dois cartazes informativos, quer junto dos profissionais desta unidade, com a elaboração de um guia orientador das consultas de

saúde infantil para uma uniformização na prestação de cuidados antecipatórios sobre prevenção de acidentes. Para além destas atividades que contemplei no projeto inicial para desenvolver nesta unidade, achei pertinente intervir para além desta temática, indo ao encontro de suprimir as necessidades identificadas no diagnóstico de situação realizado ao longo da minha permanência neste campo de estágio. Uma vez que, esta unidade não tem uma intervenção na parte da Saúde Escolar, decidi dar o meu contributo enquanto profissional de enfermagem, num dos campos contemplados por este programa, tais como a promoção da saúde oral, através da realização de um manual direcionado quer para os prestadores de cuidados, quer para as crianças, para uma maior consciencialização desta temática.

Assim, a realização deste estágio possibilitou o contato com a criança e família no seio da comunidade, numa perspectiva de assistência ao longo do ciclo de desenvolvimento infanto-juvenil, permitindo a promoção de cuidados antecipatórios necessários para o saudável crescimento da criança, dentro do seu núcleo familiar.

O Módulo II foi trabalhado num contexto hospitalar, em que o tema proposto teve a particularidade de ser partilhado quer pelos profissionais de saúde, quer pelos prestadores de cuidados da criança internada. Esta atuação revelou-se num repensar de práticas e, principalmente, num repensar de comportamentos dos pais/família e dos próprios profissionais de saúde. Para tal, foi elaborado para os prestadores de cuidados, um guia orientador de cuidados para a prevenção de acidentes infantis e para o serviço e seus profissionais, um cartaz de alerta direcionado aos prestadores de cuidados, para ser colocado junto de cada unidade de internamento e um panfleto sobre prevenção de aspiração de corpos estranhos e suas medidas preventivas, respetivamente. Desta forma, revelaram-se adquiridas competências ao nível da implementação e gestão do plano de saúde das diferentes famílias e dos cuidados prestados, tendo em vista a diminuição do impacto dos fatores stressores causados pela hospitalização, assim como a sedimentação de competências relacionais e comunicacionais.

No Módulo III, salienta-se primeiramente o contacto com a criança e família em contexto de urgência, possibilitando o desenvolvimento de técnicas de observação da criança, assim como, da capacidade de estabelecer prioridades de intervenção em situações desta natureza. O contato com crianças vítimas de acidentes representou uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional na execução do meu projeto, determinando a necessidade de atuação neste contexto específico e oportuno. Neste contexto, tornou-se pertinente o desenvolvimento de ações direcionadas à

uniformização de cuidados e ensinamentos, através da elaboração de um guia orientador de informações a transmitir aos prestadores de cuidados da criança destinados aos profissionais de saúde deste serviço. Por outro lado, tornou-se igualmente pertinente abordar o tema da segurança infantil direcionada para os prestadores de cuidados da criança, de modo a sensibilizá-los para esta problemática, através da execução de um documento de leitura rápida (cartaz informativo). Desta forma, através das atividades desenvolvidas, preconizou-se a proteção das crianças pelos pais neste âmbito, bem como a aptidão dos enfermeiros aquando da necessidade de intervenção. Na continuidade deste módulo, mas relativamente ao estágio na UCIN, procurei encaminhar a minha prestação de cuidados para os principais prestadores de cuidados do RN, de modo a ajudá-los a desenvolver competências para cuidar do seu bebé, para que, aquando da transição para o domicílio, estes possam desempenhar um papel mais ativo e de maior responsabilidade nos seus cuidados. Tal foi colmatado com a elaboração de um guia orientador de ensinamentos, com o objetivo ser um documento de leitura sempre presente junto dos mesmos, de modo a recordá-los qual a melhor abordagem junto dos seus filhos ao longo do seu crescimento, de modo a evitar acidentes.

Recorrendo à retrospeção, torna-se evidente o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde e restantes prestadores de cuidados da gravidade que envolve os acidentes infantis e da necessidade de uma atuação preventiva. Apesar desta consciencialização, o carácter prioritário que deveria existir permanece na indiferença, agravada pela resistência que acompanha qualquer modificação de mentalidades, hábitos, atitudes e comportamentos. Apesar de todos estes obstáculos, o primeiro passo foi dado, através da realização de todas estas atividades implementadas nos três níveis de prevenção.

Deste percurso complexo emergiram mudanças a nível pessoal e profissional que, inevitavelmente se traduzem numa evolução da Enfermagem como profissão. A nível pessoal e profissional, destaco a consciencialização para a problemática dos acidentes infantis, encarando atualmente a sua prevenção como uma prioridade de saúde, com especial relevo para o papel do EESIP ao longo de todo o processo e nos diferentes contextos de atuação.

O percorrer deste longo percurso revestiu-se de algumas limitações, tais como, a minha inexperiência nesta área de especialidade, a limitação temporal existente para a

realização dos vários estágios, condicionando, por vezes, a continuação de alguns objetivos e atividades.

Ao abordar a promoção da segurança infantil, nomeadamente a prevenção de acidentes em crianças e jovens, tornou-se clara a complexidade que envolve toda esta problemática. Apesar de uma resolução aparentemente simples, baseada no reconhecimento e na mudança de comportamentos, os números traduzem, ainda, a pouca efetividade nos resultados nos dias que correm. Como tal, durante este percurso foram surgindo questões que poderão constituir um ponto de partida para alguns estudos de investigação futuros: Quais os acidentes infantis que ocorrem com maior frequência em contexto hospitalar? Qual a importância atribuída pelos profissionais de saúde aos riscos existentes no contexto hospitalar? Que outros meios de divulgação sobre medidas preventivas de acidentes infantis seriam mais eficazes para alertar os pais?

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil [Em Linha]. [Consult. 29 dez. 2012]. Disponível em <http://www.apsi.org.pt/>

BENNER, Patrícia - De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 295 p. ISBN 972-8535-97-X

CRANDALL, M. et al - Injury in the First Year of Life: Risk Factors and Solutions for High-Risk Families. [Em Linha] Journal of Surgical Research 133, (2006) 7–10 [Consult. 12 jan. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16566944>

CORDEIRO, Mário – O Grande Livro do Bebê – 1º ano de vida. 3ª.ed. Lisboa: A esfera dos livros, 2006. ISBN: 989-626-020-6

DECRETO-LEI n.º 437/91 Carreira de Enfermagem. D.R. I Série A. 257 (91-11-08) [Em Linha]. 5723-5741. [Consult. 14 jan. 2013]. Disponível em <http://www.dre.pt/pdfgratis/1991/11/257A00.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional de Saúde Escolar 2006 [Em Linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006. [Consult. 22 dez. de 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554158276378AAAAAAAAA>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016. Proposta de programa [Em Linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2009. [Consult. 22 dez. de 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2012/2016 [Em Linha]. Lisboa, 2012. [Consult. 21 dez. 2012]. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional [Em Linha]. Lisboa, 2012. [Consult. 22 dez. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=22610>

EUROSAFE – Perfil de Segurança Infantil do País 2012 [Em Linha]. European Child Safety Alliance, 2012. [Consult. 27 dez. 2012]. Disponível em <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/info/portugal-country-profile-pt.pdf>.

GOMES-PEDRO, João - Educar para prevenir. Acta Pediátrica Portuguesa. Vol 28, Nº 6 (novembro/dezembro 1997), p. 563-566. ISSN 0301- 147X.

HESBEEN, Walter - Qualidade em enfermagem. Pensamento e ação em enfermagem na perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência, 1998. 220 p. ISBN 972-8383-20-7

HOCKENBERRY Marilyn J.; [colab.] WILSON David; WINKELSTEIN Marilyn L. – Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1303 p. ISBN 13-978-85-352-1918-0. vol. 1.

HOWARD R., HOUGHTON C. - Improving parental first-aid practices. [Em Linha] Emergency Nurse 20:3 (2012) 14-19 [Consult. 12 jan. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22852182>

MARTINS, Christine – Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira em Enfermagem. 59(3), 2006, p. 344-348

NUNES, S. et al – A dinâmica familiar após a alta do pré-termo. Revista Sinais Vitais. Nº 91 (junho), 2010

OLIVEIRA, Valéria; CADETTE, Matilde - Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [Em Linha]. Acta Paul. Enferm. Vol. 22, Nº 3 (2009), p. 301-306. [Consult. 8 fev. 2013]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Um novo modelo de desenvolvimento profissional; Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem [Em Linha]. junho 2007. [Consult. 28 dez. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. Caderno temático [Em Linha]. dezembro 2009. [Consult. 2 fev. 2013]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista [Em Linha]. maio 2010. [Consult. 22 jan. 2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem [Em Linha]. novembro 2010. [Consult. 22 jan. 2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Rede de cuidados de saúde primários: modelos de gestão dos centros de saúde [Em Linha]. [2010]. [Consult. 5 jan. 2013]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/cuidadoscontinuados.aspx>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - Convenção sobre os Direitos da Criança [Em Linha]. [Consult. 10 jan. 2013]. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Relatório Europeu sobre Acidentes na Criança [Em Linha]. European Report on Child Injury Prevention, 2008. . [Consult. 27 dez. 2012]. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf.

OLIVEIRA, Valéria; CADETTE, Matilde - Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [Em Linha]. Acta Paul. Enferm. Vol. 22, Nº 3 (2009), p. 301-306. [Consult. 28 dez. 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>.

SOUZA, Luiza; BARROSO, Maria G. - Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. Rev. Esc. Enf. USP. ISSN 0080-6234. Vol. 33, Nº 2 (junho 1999), p. 107-112.

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. - Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem). 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.

TSOUMAKAS K. et al. - Parent's adherence to children's home-accident preventive measures. [Em Linha]. International Nursing Review 56, (2009) 369–374 [Consult. 12 jan. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22852182>

Universidade Católica Portuguesa – Curso de mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia de estágio. 2012

WHITEHEAD E., OWENS D. - Parental perceptions of unintentional injury risks to children. [Em Linha]. International Journal of Health Promotion and Education 50:1 (2012) 20-27 [Consult. 12 jan. 2013]. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14635240.2012.661953>

WOODS, A. - The role of health professionals in childhood injury prevention: A systematic review of the literature. [Em Linha]. Patient Education and Counseling 64 (2006) 35–42 [Consult. 12 jan. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17011153>

ANEXOS

ANEXO I – Convite para Sessão de Educação



Sessão de Educação para Pais

Convidam-se todos os pais para uma sessão de educação sobre **“PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA”** a realizar-se dia 11 de Junho pelas 14h nesta unidade.

Se estiver interessado dirija-se ao Gabinete de Enfermagem de Saúde Infantil para saber mais informações e confirmar a sua presença!

**ANEXO II - Plano de Sessão e Diapositivos da
Sessão de Educação**

Plano de Sessão de Formação

Local: UCSP – Odivelas A

Data: 11 de Junho de 2012

Tema da Sessão: Prevenção de Acidentes no 1º ano de vida

População-Alvo: Prestadores de Cuidados da criança inscritos na UCSP – Odivelas A

Formador: Aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica

Objetivos: Sensibilizar os prestadores de cuidados da criança sobre a ocorrência de acidentes infantis

Promover a adoção de medidas preventivas de acidentes

Duração: 30 minutos

Fases da Sessão	Conteúdos Programáticos	Duração	Método
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da formadora- Apresentação da temática e objetivos	2 min	Expositivo
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Definição de Acidentes- Desenvolvimento Infantil- Medidas preventivas relativas a cada tipo de acidente	18 min	Expositivo
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Síntese- Debate- Avaliação	10 min	Interativo

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA



Elaborado por:
Enf.^a Marta Pereira

Aluna Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Junho, 2012



Objetivos

- Dar conhecimento aos pais sobre estatísticas e principais acidentes que ocorrem na Europa e no nosso país;
- Alertar para perigos do dia-a-dia;
- Realização de ensinamentos para prevenir acidentes.

Sumário

- Definição de Acidentes;
- Principais perigos e prevenção de acidentes desde o nascimento até aos 12 meses.

1/30

Acidentes

- São considerados a 4ª causa de morte mais comum na Europa. No entanto, existem hoje, estratégias preventivas que já provaram ser eficazes na redução de um problema de saúde pública, em grande parte, evitável.

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, 2009-2012—DGS

- Estão agrupados sob a designação de:
 - Lesões;
 - Envenenamentos;
 - Algumas outras consequências de causas externas.

Classificação Internacional das Doenças - 10.ª Edição (CID-10)

4/30

Acidentes

- Segundo as suas causas subdividem-se em:
 - Acidentes: acidentes de viação; afogamentos; quedas; intoxicações; sufocação... (acidentes não intencionais);
 - Lesões auto-provocadas intencionalmente; agressões e eventos cuja intenção é indeterminada (acidentes intencionais).

Classificação Internacional das Doenças – 10.ª Edição (CID-10)

5/30

Acidentes

- As lesões e os traumatismos são considerados os principais responsáveis pela morte de crianças entre os 0 e os 19 anos, em Portugal.

Relatório de Avaliação sobre a Segurança Infantil 2009

- Em Portugal, tal como no resto da Europa, as QUEDAS são o mecanismo de acidente mais frequente em crianças e jovens e a maior causa de ida às urgências, nestas faixas etárias.

OMS, 2008, ADÉLIA, 2006-2008

- Na maior parte das vezes as quedas não são graves, contudo algumas podem originar traumatismos graves, incapacidade ou até mesmo a morte.

OMS, 2008, ADÉLIA, 2006-2008

6/30



- Os bebés desenvolvem-se com grande rapidez;
- Quando se pensa que ainda não se mexem, já rebolam;
- Pouco depois sentam-se, gatinham, e rapidamente se põem de pé apoiando-se em qualquer objeto que lhes surjam pela frente;
- Passado pouco tempo, andam, trepam e a exploração da casa torna-se cada vez mais divertida.
- Se não forem tomadas as devidas precauções, a aventura de crescer pode ter consequências não desejadas e mesmo graves.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil

7/30



*Associação para a Promoção
da Segurança Infantil*

- Para manter um AMBIENTE SEGURO à volta do bebé não é preciso gastar muito dinheiro nem complicar as coisas;
- É apenas necessário respeitar meia-dúzia de REGRAS MUITO SIMPLES, para evitar a maioria dos acidentes que acontecem aos bebés e, com isso, serão poupadas muitas vidas, incapacidades, idas ao hospital e, também muito sofrimento.

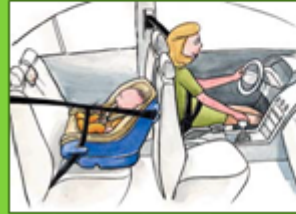
Associação para a Promoção da Segurança Infantil

8/30

DO NASCIMENTO AOS 4 MESES

TRANSPORTE:

- O Código da Estrada obriga a transportar sempre o seu bebé numa cadeirinha própria, aprovada segundo normas internacionais para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade;
- Transporte-o sempre voltado para trás e corretamente instalado;
- Se o carro tiver airbag frontal ativo, nunca instale a cadeirinha nesse lugar.



9/30

DO NASCIMENTO AOS 4 MESES

QUEDAS

- Não deve deixar o seu bebé sozinho em cima de uma mesa ou de um sofá, nem que seja "apenas por um segundo" (o tempo de ir atender o telefone ou à porta, buscar uma fralda ou outra coisa, é o suficiente para o bebé cair);
- Não deixe que os irmãos lhe peguem, a não ser quando acompanhados por um adulto;
- O melhor é ter tudo aquilo de que precisa à mão antes de começar a mudar a fralda ou a dar banho ao bebé.



10/30

DO NASCIMENTO AOS 4 MESES

ASFIXIA E ESTRANGULAMENTO

- Para dormir, o bebê deve ser deitado de costas, salvo indicação em contrário do médico;
- A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebê;
- Não ponha almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama e evite o uso de alcofas. Se tiver mesmo de usar uma alcofa, escolha uma de estrutura rígida e lembre-se que a alcofa pode cair ou o bebê, ao mexer-se, pode desequilibrá-la, fazê-la rebolar e cair. O melhor é comprar logo uma cama.



11/30

DO NASCIMENTO AOS 4 MESES

- A cama deve ser estável e sólida e as grades devem ter no mínimo 60 cm de altura. A distância entre as barras das grades deve ser inferior a 6 cm;
- Escolha uma cama que obedeça às normas de segurança europeias e um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades da cama;
- Vista o bebê de acordo com a temperatura do ambiente, para que não tenha frio mas sem demasiada roupa para evitar o SOBREAQUECIMENTO.
- Nunca ponha o bebê a dormir na sua cama, pois ele pode ASFIXIAR!



12/30

DO NASCIMENTO AOS 4 MESES

QUEIMADURAS

- Antes de começar o banho, verifique sempre a temperatura da água com o cotovelo ou um termómetro—comece por deitar primeiro água fria e só depois a quente;
- Antes de dar o biberão, verifique sempre a temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso;
- Não leve o seu bebé à praia ou a outros locais muito expostos ao sol. Passeie com ele de manhã (até às 11h) e ao fim da tarde (a partir das 17h). Coloque-lhe um chapéu e protetor solar de grau elevado.

13/30



DOS 4 AOS 6 MESES

ASFIXIA E ESTRANGULAMENTO

Os bebés exploram com a boca os brinquedos que os rodeiam.

- Estes devem ser macios, sem arestas, facilmente laváveis e suficientemente grandes para que não possam ser engolidos. Retire-lhes as partes soltas ou destacáveis e os fios compridos;
- A criança não deve usar brincos, pulseiras, colares, anéis nem ganchos de cabelo ou bandeleτες, pois se os puser na boca, pode SUFOCAR.

14/30



DOS 4 AOS 6 MESES

MANOBRA DE ENGASGAMENTO

- 1) Coloque o bebê de barriga para baixo, sobre as suas coxas com a cabeça em posição mais baixa que o tórax;
- 2) Segure-o por baixo, mantendo o antebraço sob a barriga dele e usando sua mão para sustentar a cabeça e o pescoço;
- 3) Com a outra mão aplique cinco palmadas, no centro das costas do bebê, entre as omoplatas.



15/30

DOS 4 AOS 6 MESES

AFOGAMENTO

- Nunca deixe o seu bebê sozinho na banheira, mesmo que tenha pouca água! Basta um palmo de água para se AFOGAR;
- Não utilize cadeirinhas de banho, pois são instáveis e podem virar-se.



16/30

DOS 6 AOS 9 MESES

- Em breve, o seu bebé vai conseguir deslocar-se sozinho;
- É aconselhável que comece a preparar o ambiente que ele irá explorar;
- Comece por dar um passeio pela casa, mas com os seus olhos ao nível dos do bebé;
- Ponha-se de gatas e tente detetar os perigos que podem constituir risco de acidente para a criança ao nível do chão.



17/30

DOS 6 AOS 9 MESES

QUEDAS

- Se tem escadas, coloque cancelas que cumpram as normas de segurança, no primeiro e último degrau, fixando-as com parafusos;
- As janelas e as portas de acesso a varandas ou terraços têm de ser protegidas com cancelas ou fechos de segurança;
- Verifique se as guardas das escadas, varandas e terraços não são fáceis de trepar, se têm pelo menos 110cm de altura e se não têm aberturas superiores a 9cm.



18/30

DOS 6 AOS 9 MESES

- Sempre que sentar o bebé numa cadeira de comer, aperte o cinto, sem esquecer a faixa entre-pernas e nunca o deixe sozinho;
- Se usar uma cadeira alta, verifique se é estável e coloque-a sempre encostada a uma parede, de forma a não poder cair para trás se outra criança se pendurar ou se o bebé tentar empurrar a mesa com os pés;
- As cadeiras de encaixar só devem ser usadas em mesas estáveis, com tampos fixos e sólidos que não sejam de vidro. Nunca coloque uma cadeira por baixo, pois o bebé pode apoiar os pés para se levantar e CAIR.



19/30

DOS 6 AOS 9 MESES

CHOQUES ELÉTRICOS

- Use protetores nas tomadas ou instale tomadas com alvéolos protegidos;
- Elimine todos os fios soltos e extensões ou proteja-as, bem como as fichas triplas. Verifique regularmente se não estão danificadas ou com fios descarnados.



20/30

DOS 6 AOS 9 MESES

QUEIMADURAS

- Proteja as lareiras e afaste os aquecedores das zonas de passagem do bebé;
- As pilhas, além de poderem ser engolidas ou aspiradas, podem provocar QUEIMADURAS INTERNAS graves.



21/30

ASFIXIA

- Tenha em atenção objetos pequenos, como botões da caixa da costura ou os brinquedos dos irmãos mais velhos espalhados pelo chão, assim como, sacos de plásticos e balões.



DOS 9 AOS 12 MESES

- Agora que o seu bebé já se desloca com relativa facilidade, o perigo de acidentes é ainda maior;
- Há coisas que julgamos que ele não é capaz de fazer mas que faz com grande facilidade, como puxar uma toalha de mesa ou o fio do ferro elétrico, ou alcançar objetos perigosos em cima de uma bancada.



22/30

DOS 9 AOS 12 MESES

QUEIMADURAS

- Atenção ao fogão: o bebê pode queimar-se gravemente na porta do forno ou pode puxar as pegas dos tachos, panelas e frigideiras se estas ficarem voltadas para fora, podendo queimar-se com alimentos e líquidos muito quentes;
- Não cozinhe nem transporte ou ingira líquidos quentes (café, chá, sopa) com o bebê ao colo;
- Tenha cuidado para o bebê não tocar nas lâmpadas, que o atraem mas queimam.



23/30

DOS 9 AOS 12 MESES

QUEDAS

- Fixe as estantes, prateleiras e armários à parede, para evitar que caiam sobre o bebês se este tentar usá-los para se apoiar e pôr-se de pé;
- Proteja os cantos dos móveis;
- Coloque a televisão e outros objetos pesados sobre móveis baixos e estáveis.



24/30

DOS 9 AOS 12 MESES

INTOXICAÇÕES

- Sempre que comprar produtos tóxicos ou corrosivos, escolha aqueles que possuem tampa de segurança;
- Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados;
- Não arrume os produtos tóxicos junto de produtos inofensivos e nunca mude os produtos de umas embalagens para as outras nem os deite em garrafas de bebidas.



25/30

DOS 9 AOS 12 MESES

ENGASGAMENTO

- Ao fazer a introdução das refeições da família, tenha muita atenção aos alimentos duros e lisos, como os amendoins ou outros frutos secos, castanhas ou tremoços.

AFOGAMENTO

- Não deixe recipientes com água dentro de casa, quintal ou jardim (banheiras, aljuidares, baldes ou piscinas insufláveis);
- Instale vedações que impeçam o acesso a piscinas e tanques.



26/30

DOS 9 AOS 12 MESES

TRANSPORTE

- No automóvel, é possível que, antes de ter um ano, o bebé já não caiba bem na cadeira de recém-nascido;
- No entanto, deverá continuar a viajar voltado para trás até aos 3 ou 4 anos;
- Nunca deixe o bebé sozinho no carro, mesmo que esteja a dormir, nem que seja por breves instantes, pois ele pode SUFOCAR.



27/30

Se seguirem estes concelhos, é possível que consigam criar um ambiente seguro em vossas casas!

Os acidentes com crianças são evitáveis ... e quem os pode evitar são os adultos!



28/30

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- www.apsi.org.pt (consultado a 06/06/2012)

29/30

PAIS, CUMPRAM ESTAS REGRAS
PARA EU CRESCER EM
SEGURANÇA!!!
OBRIGADO!!!



ANEXO III – Relatório da Sessão e Tratamento dos
dados

Relatório da Sessão

Os acidentes e suas consequências (lesões e traumatismos não intencionais) constituem, atualmente, um grave problema de saúde pública. De acordo com a OMS (2008, p.15), centenas de milhares de crianças e jovens morrem todos os anos, vítimas de acidentes e violência, enquanto tantos outros milhões, sofrem as consequências dos acidentes não fatais, ficando com sequelas para o resto da vida.

O conhecimento desta realidade negra, é essencial para a consciencialização da população e para o delineamento de estratégias, no sentido de prevenir aquilo que é passível de ser evitado e que, é responsável por um panorama absolutamente devastador nas sociedades atuais, ditas de modernas e contemporâneas.

Segundo o “Relatório sobre prevenção de traumatismos, lesões e ferimentos na criança” (OMS, 2008, p.1), mais de 2000 crianças morrem por dia, na sequência de traumatismos e lesões não intencionais ou acidentais, podendo este número ser reduzido para metade, se simples medidas preventivas fossem adotadas. Urge, então, a necessidade de uma atuação assertiva e prioritária.

Este relatório, refere também, que a incidência dos diferentes tipos de acidentes está associada às diferentes faixas etárias em que as crianças se encontram. A fase de desenvolvimento da criança determina o tipo de acidente mais provável de ocorrer numa idade específica, havendo diferenças nas respetivas taxas de mortalidade e morbidade (OMS, 2008, p.8).

De acordo com SOUZA e BARROSO, *“existem características específicas quando se estuda o acidente com a criança, porque tanto o agente como o hospedeiro e o meio ambiente estão se alternando de acordo com a fase de desenvolvimento da criança, obrigando a soluções específicas”* (1999, p. 107).

Estas afirmações vêm confirmar a influência do ambiente e das consequências de cada criança na ocorrência e gravidade dos acidentes. A elevada incidência de acidentes infantis no mundo atual, deve-se essencialmente, à desadequação do meio onde as crianças vivem com as próprias capacidades que apresentam. À medida que a criança cresce e se desenvolve, novos riscos vão surgindo num meio físico para adultos, passando os acidentes a constituírem a maior ameaça à sua saúde e bem-estar. O ganho de novas competências físicas, aliadas a capacidades cognitivas e sensoriais ainda diminuídas e a um meio cheio de perigos, fazem das crianças e jovens um alvo para a ocorrência de diversos tipos de acidentes.

Esta realidade é visível, nos dados apresentados pela OMS. Segundo o seu relatório, existem cinco principais causas de morte por traumatismos e acidentes, distribuindo-se de formas distintas de acordo com as diferentes faixas etárias:

- **Acidentes Rodoviários:** são a principal causa de morte no mundo, entre as crianças dos 15 aos 19 anos e, a segunda entre os 5 e os 14 anos, sendo ainda, uma das principais causas de deficiência infantil. as crianças são vítimas, não apenas enquanto passageiros do veículo, mas também, enquanto peões que se deslocam num ambiente cada vez mais rodoviário e, enquanto condutores de bicicletas, patins, entre outros (2008, p.31).

- **Afogamentos:** ocorrem mais frequentemente na faixa etária dos 1 aos 4 anos. A forma como o afogamento acontece, difere de idade para idade, ocorrendo devido a diferentes fatores dependentes da própria idade da criança. Os afogamentos não fatais deixam as sequelas mais graves e com maior impacto económico do que qualquer outro tipo de acidente (2008, p.59).

- **Queimaduras:** são responsáveis por uma elevada taxa de mortalidade em crianças com menos de 9 anos, decrescendo nas idades entre os 10 e os 14 anos, voltando a aumentar nos jovens entre os 15 e os 19 anos, podendo este aumento estar relacionado com a adoção de comportamentos de risco, experiências perigosas, acontecimentos característicos desta faixa etária (2008, p.80).

- **Quedas:** são muito comuns nas crianças, sendo a 12ª causa de morte em crianças com idades entre os 5 e os 9 anos. As causas pelas quais ocorrem encontram-se, igualmente, dependentes do estadio de desenvolvimento da criança. (2008, p. 101).

- **Intoxicações:** são responsáveis pela morte de mais de 45 mil crianças por ano, sendo as crianças com menos de um ano que têm taxas de mortalidade mais elevadas. As taxas de mortalidade mantêm-se altas durante a infância, diminuindo com a idade até cerca dos 14 anos, altura em que volta a elevar-se, devido ao início de comportamentos de risco, como o uso de drogas ilícitas. Quanto a intoxicações não fatais, estas são mais comuns nas crianças entre os 1 e os 4 anos, altura do desenvolvimento em que as crianças têm maior tendência para levar objetos à boca, apresentam uma melhor mobilidade e, conseqüentemente, um maior acesso a produtos tóxicos (2008, p.123-124).

É importante compreender pormenorizadamente o mundo dos acidentes infantis, pois em Portugal a realidade é assustadoramente semelhante.

A aceitação da existência de uma correlação da tríade criança/ambiente/acidente é essencial para que se possa atuar naquilo que é, nos dias de hoje, inaceitável em qualquer sociedade: a morte de inocentes devido à pura negligência do mundo que os rodeia. A consciencialização deste drama no mundo infantil é impreterível para uma atempada intervenção por parte de toda a população.

Presentemente, sabe-se que a adoção de simples medidas de segurança é o suficiente para reduzir o risco de ocorrência de acidentes e, de conseqüentemente, poupar milhares de vidas.

O EESIP encontra-se no local privilegiado para conseguir mudar mentalidades, impor responsabilidades e ajudar a modificar comportamentos, no sentido único de salvaguardar a sobrevivência das crianças e a sua qualidade de vida futura. A consulta de saúde infantil constitui o momento ideal para consciencializar a criança/família sobre os diversos riscos existentes no meio ambiente e que podem colocar em perigo a integridade física da criança, ao longo das várias etapas do seu desenvolvimento, transmitindo de forma clara e pertinente toda a informação necessária para conseguir uma autêntica mudança de comportamentos e uma correta adequação de meio envolvente.

À presente sessão de educação assistiram 3 mães, ao que se procede posteriormente ao tratamento de dados da sessão.

Tratamento do dados

Compareceram à esta sessão de ensino 3 mães.

Procedeu-se à avaliação da sessão de educação para a saúde através de um questionário baseado numa escala de *likert* pela sua fácil e rápida aplicabilidade, subdividido em 5 grupos que contemplavam 1- Insuficiente, 2- Suficiente, 3- Bom, 4- Muito Bom, 5- Excelente e, proporcionou-se, um espaço para eventuais comentários ou sugestões.

	1	2	3	4	5
Pertinência da temática apresentada					
Interesse da temática apresentada					
Método expositivo utilizado					
Clareza na apresentação					
Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas					

Tabela 1 – Tabela de avaliação da sessão de ensino



Gráfico 1 – Pertinência da Temática e Método expositivo utilizado



Gráfico 2 – Interesse da Temática e Clareza na apresentação do guia



Gráfico 5 – Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas

ANEXO IV – Posters sobre “Prevenção de
Acidentes no 1º Ano de Vida”

Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida

Segundo o Relatório de Avaliação sobre Segurança Infantil 2009, as lesões e os traumatismos são a 1ª causa de morte e deficiência em crianças com idades entre os 0 e os 19 anos, em Portugal.

Para manter um ambiente seguro, há algumas regras muito simples que ajudam a evitar a maioria dos acidentes, poupando assim, muitas vidas, incapacidades, idas ao hospital e, muito sofrimento.

Do nascimento aos 4 meses *Apesar de ser ainda muito pequeno, o seu bebé pode sofrer um acidente logo após o nascimento!*



O Código da Estrada obriga a transportar sempre o seu bebé numa cadeirinha própria, aprovada segundo normas internacionais para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade.

Transporte-o sempre voltado para trás e corretamente instalado.

Se o carro tiver airbag frontal ativo, nunca instale a cadeirinha nesse lugar.



Nunca deixe o seu bebé sozinho em cima de uma cama ou de um sofá, nem mesmo "apenas por um segundo". Até um bebé muito pequeno pode rebolar e cair.

Para evitar QUEDAS, coloque sempre a cadeirinha no chão e mantenha sempre os cintos apertados.



Para dormir, deite o seu bebé de costas, salvo indicação em contrário do profissional de saúde. Para evitar a ASFIXIA e o ESTRANGULAMENTO não coloque almofadas, fraldas, brinquedos, laços ou fitas dentro da cama. Escolha uma cama estável e sólida, com grades com um mínimo de 60cm de altura e aberturas inferiores a 6cm, que obedeça às normas de segurança europeias e um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre este e as grades.

Vista o bebé de acordo com a temperatura do ambiente, para que não tenha frio mas sem demasiada roupa para evitar o SOBREAQUECIMENTO.

Nunca ponha o bebé a dormir na sua cama, pois ele pode ASFIXIAR!



Antes de começar o banho, verifique sempre a temperatura da água com o cotovelo ou um termómetro—comece por deitar primeiro água fria e só depois a quente, para evitar QUEIMADURAS.

Antes de dar o biberão, verifique sempre a temperatura do leite, entomando uma gota no seu pulso.

Não transporte ou ingira líquidos quentes (café, chá, sopa) com o bebé ao colo.



Não leve o seu bebé à praia ou a outros locais muito expostos ao sol. Passeie com ele de manhã (até às 11h) e ao fim da tarde (a partir das 17h). Coloque-lhe um chapéu e protetor solar de grau elevado.

Dos 4 aos 6 meses

O bebé começa a interessar-se cada vez mais pelo que o rodeia e todos os dias aprende uma coisa nova!

Os bebés exploram com a boca os brinquedos que os rodeiam. Por isso, os brinquedos devem ser macios, sem arestas, facilmente laváveis e suficientemente grandes para que não possam ser engolidos. Retire aos brinquedos as partes soltas ou destacáveis e os fios compridos, pois podem ASFIXIAR ou ESTRANGULAR o bebé.

A criança não deve usar brincos, pulseiras, colares, anéis nem ganchos de cabelo ou bandeletes, pois se os puser na boca, pode SUFOCAR.



Nunca deixe o seu bebé sozinho na banheira, mesmo que tenha pouca água! Basta um palmo de água para se AFOGAR.

Não utilize cadeirinhas de banho, pois são instáveis e podem virar-se.



Antes de dar a papa ou a sopa ao bebé, mexa-as muito bem, sem deixar pedaços que o possam ENGASGAR e certifique-se que estão à temperatura razoável.

Embora o bebé ainda não se desloque sozinho, começa a preparar a casa para que quando ele o fizer. Se não tem possibilidade de transformar o espaço num lugar seguro, o melhor será adquirir um parque. Escolha um modelo amplo, que cumpra as normas de segurança. Utilize-o por curtos períodos de tempo e apenas quando não puder tomar conta do bebé durante alguns minutos.



Quando o bebé começar a pôr-se de gatas, retire as proteções almofadadas da cama para que ele não as possa puxar ao tentar pôr-se de pé.

Marta Pereira — AE B61P
Enf.ª Orientadora: E B61P Célia Palmeiro
Regente de Estágio: Enf.ª Margarida Lourenço
Fonte: www.apoi.org.pt
Consultado a: 2012/04/10



Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida

Em breve, o seu bebé vai conseguir deslocar-se sozinho.

É aconselhável que comece a preparar o ambiente que ele irá explorar.

Comece por dar um passeio pela casa, mas com os seus olhos ao nível dos do bebé.

Ponha-se de gatas e tente detetar os perigos que podem constituir risco de acidente para a criança ao nível do chão.

Dos 6 aos 9 meses o bebé cresce rapidamente e começa a ser um grande explorador!



Se tem esquadras, para evitar as QUEDAS, coloque cancelas que cumpram as normas de segurança, no primeiro e último degrau, fixando-as com parafusos.

As janelas e as portas de acesso a varandas ou terraços têm de ser protegidas com cancelas ou fechos de segurança.

Verifique se as guardas das esquadras, varandas e terraços não são fáceis de trepar, se têm pelo menos 110cm de altura e se não têm aberturas superiores a 9cm.



Não use andarilhos ("aranhas")! Provocam acidentes muito graves, como quedas, entalões, queimaduras, pancadadas na cabeça e não ajudam a andar. Podem mesmo atrasar o desenvolvimento.



Sempre que sentar o bebé numa cadeira de comer, aperte o cinto, sem esquecer a faixa entre-pernas e nunca o deixe sozinho. Se usar uma cadeira alta, verifique se é estável e coloque-a sempre encostada a uma parede, de forma a não poder cair para trás se outra criança se pendurar ou se o bebé tentar empurrar a mesa com os pés.

As cadeiras de encaixar só devem ser usadas em mesas estáveis, com tampo fixo e sólido que não sejam de vidro. Nunca coloque uma cadeira por baixo, pois o bebé pode apoiar os pés para se levantar e CAIR.



Use protetores nas tomadas ou instale tomadas com alvéolos protegidos, para evitar CHOQUES ELÉTRICOS. Elimine todos os fios soltos e extensões ou proteja-as, bem como as fichas triplas. Verifique regularmente se não estão danificadas ou com fios desoamados.

Tenha em atenção objetos pequenos, como botões da caixa da costura ou os brinquedos dos irmãos mais velhos espalhados pelo chão, assim como, sacos de plásticos e baldes, vazios ou rebentados, pois podem SUFOCAR o bebé. As pilhas, além de poderem ser engolidas ou aspiradas, podem provocar QUBMADURAS INTERNAS graves.



Proteja as lareiras e afaste os aquecedores das zonas de passagem para o bebé não se QUBMAR.

Dos 9 aos 12 meses

O bebé já começa a pôr-se de pé, a andar e chega a todo o lado!

No automóvel, é possível que, antes de ter um ano, o bebé já não caiba na cadeirinha de recém-nascido. No entanto, deverá continuar a viajar numa cadeirinha virada para trás até aos 3 ou 4 anos. Nunca utilize uma cadeira virada para a frente antes dos 18 meses.

Nunca deixe o bebé sozinho no carro, mesmo que esteja a dormir, nem que seja por breves instantes, pois a criança pode SUFOCAR.



Não deixe recipientes com água dentro de casa, quintal ou jardim (banheiras, alguidares, baldes ou piscinas insufiáveis). Lembre-se que basta um palmo de água para o bebé se AFOGAR.



Instale vedações que impeçam o acesso a piscinas e tanques. Perto de locais com água mantenha uma vigilância próxima e focada na criança e esteja sempre preparado para agir se ela se atrapalhar.

Fixe as estantes, prateleiras e armários à parede, para evitar que caiam sobre a criança se esta tentar usá-los para se apoiar e pôr-se de pé.

Coloque a televisão e outros objetos pesados sobre móveis baixos e estáveis. Enrole e esconda os fios elétricos e instale travões nas gavetas mais pesadas.



Para evitar INTOXICAÇÕES, mantenha os medicamentos, produtos químicos e de limpeza em armários altos e trancados, com os rótulos originais e bem fechados, fora do alcance e da vista da criança. Nunca a deixe brincar ou mexer nos frascos, bispagas ou outras embalagens de medicamentos.

Marta Pereira — AE B61P
Enf.ª Orientadora: E B61P Célia Palmeiro
Regente de Estágios: Enf.ª Margarida Lourenço
Fonte: www.mpei.org.pt
Consultado a: 2012/04/15



ANEXO V – Questionário para identificar
necessidades formativas da equipa de enfermagem e
Tratamento dos dados

QUESTIONÁRIO:

1 – Sabia que os acidentes são a principal causa de morte na idade infantil?

Sim

Não

2 – Sabe qual o mecanismo de acidente mais frequente em crianças e o causador de maior ida às urgências, em Portugal?

Sim

Não

Se sim diga qual: _____

3 – Tem conhecimento da posição ocupada por Portugal relativamente à taxa de mortalidade em relação à Europa?

Sim

Não

Se sim diga: Primeiros lugares Posição Mediana Últimos lugares

4 – Das situações que se seguem, assinale aquelas em que não esteja totalmente esclarecido/a para realizar ensino adequados aos pais:

Dormir

Transporte

Banho

Queimaduras

Intoxicações

Alimentação

Brincar/Brinquedos

Quedas

Manobra anti-engasgamento

Casa

5 – Faça sugestões de temas que gostaria que fossem abordados e não se encontram aqui mencionados: _____

Obrigado!

Tratamento de dados

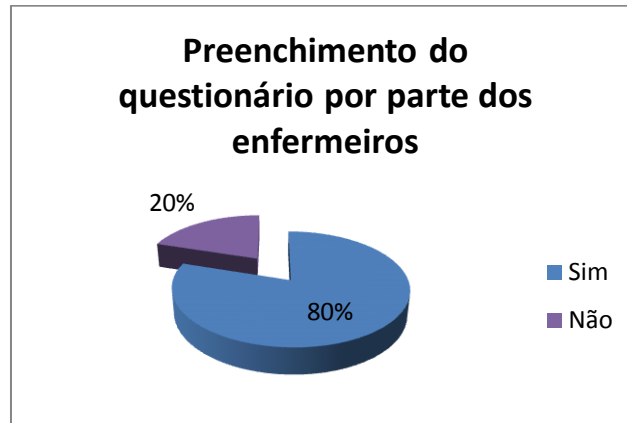


Gráfico 4 – Preenchimento dos questionários

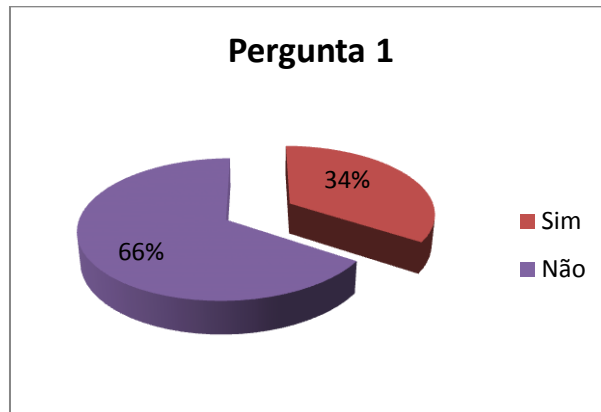


Gráfico 5 – Resposta à pergunta 1

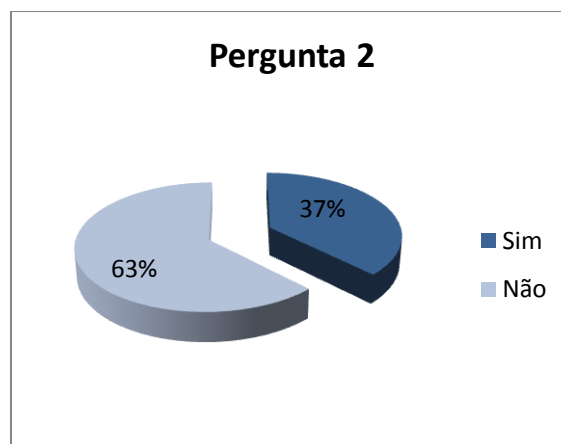


Gráfico 6 – Resposta à pergunta 2

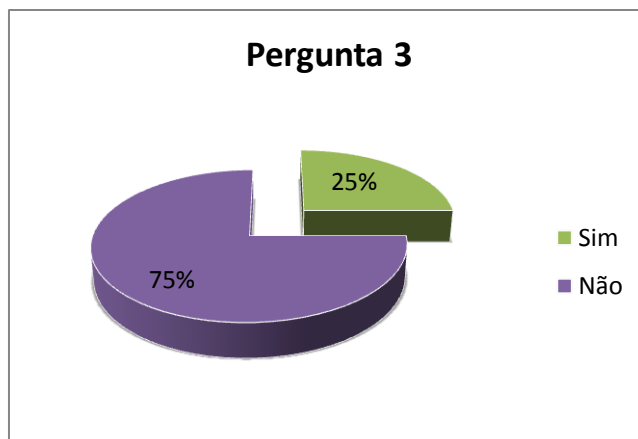


Gráfico 7 – Resposta à pergunta 3

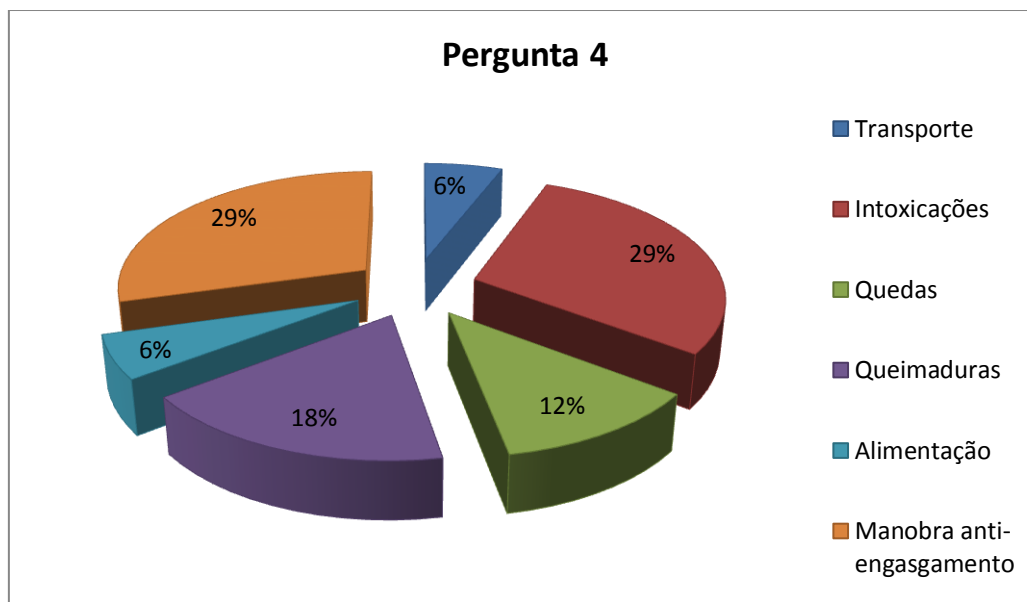


Gráfico 8 – Resposta à pergunta 4

**ANEXO VI – “Guia Orientador de Ensinos para
Profissionais de Saúde – Prevenção de Acidentes
no 1º Ano de Vida” e Tratamento de Dados**

UCSP—ODIVELAS A

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA

*Guia Orientador de ensinios para profissionais de
saúde*



Data: Junho de 2012

Índice

Acidentes	4
Engasgamento	8
Intoxicações	10
Queimaduras	12
Quedas	16
Referências Bibliográficas	20



ACIDENTES

Os acidentes são a quarta causa de morte mais comum na Europa. No entanto, existem hoje, estratégias preventivas que já provaram ser eficazes na redução de um problema de saúde pública, em grande parte, evitável.

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, 2009-2016--DGS

ACIDENTES segundo a *Classificação Internacional das Doenças - 10.ª Edição (CID-10)* estão agrupados no Capítulo XIX, sob a designação de «**Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas**».

Segundo as suas causas, subdividem-se em:

- 1) «Acidentes» (códigos V01-X59 da CID-10 que correspondem aos acidentes de viação, afogamentos, quedas, intoxicação, sufocação, etc.;
- 2) «Lesões autoprovocadas intencionalmente» (códigos X60-X84), «agressões» (códigos X85-Y09) e «eventos cuja intenção é indeterminada e outros» (Y10-Y98).

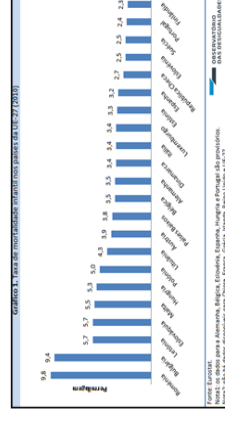
Os primeiros são, vulgarmente, designados por Acidentes não intencionais e os segundos por Acidentes intencionais.

Segundo o Relatório de Avaliação sobre a Segurança Infantil 2009, as **lesões** e os **traumatismos** são considerados os principais responsáveis pela morte de crianças entre os 0 e os 19 anos, em Portugal.

Em Portugal, tal como no resto da Europa, as **QUEDAS** são o mecanismo de acidente mais frequente em crianças e jovens e a maior causa de ida às urgências, nestas faixas etárias (OMS, 2008, ADÉLIA, 2006-2008).

Na maior parte das vezes as quedas não são graves, contudo algumas podem originar traumatismos graves, incapacidade ou até mesmo a morte.

Portugal foi o país da União Europeia em que a taxa de mortalidade infantil mais baixou desde 1965. Os dados constam do Anuário 2009 do Gabinete de Estatísticas da EU.



Quando comparado com os 24 países que participaram nos Relatórios de Segurança Infantil 2009, Portugal ocupa o 18º lugar quanto às taxas de mortalidade por traumatismos e lesões, tanto em rapazes como em raparigas.

Quadro 1 - Valores relativos à mortalidade por lesões em crianças e adolescentes

	Portugal	EU-27
Taxa de mortalidade por lesões em crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos/100.000 (2001-2003)	14,98	14,18
Anos de vida potencial perdidos em consequência das mortes por lesões em crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos (2003)	20,15	—
Contribuição das lesões não intencionais no total de mortalidade das crianças e adolescentes (2003)	24,27%	19,71%
Contribuição das lesões intencionais no total de mortalidade das crianças e adolescentes (2003)	2,21%	4,65%

Uma análise das causas específicas indica que os acidentes rodoviários continuam a ter o maior peso, sobretudo entre os 15 e os 19 anos.

Quadro 2 - Taxas de mortalidade devido a lesões não intencionais em crianças e adolescentes, por causa específica, por falhas ocorridas entre os 0-14 e 15-19 anos, média anual 2001-2003

	Taxa de mortalidade por lesões /100.000		
	0-14 anos	15-19 anos	15-19 anos Raparigas
Acidentes com veículo motorizado*	5,78	34,24	8,66
Bebés	1,48	1,69	1,13
Ciclistas (rodoviário e não-rodoviário)	0,00	0,30	0,00
Alojamento	0,95	2,15	0,62
Quedas	0,91	1,31	0,20
Inchando, queimaduras, escaladas	0,12	0,31	0,44
Envenenamento / Intoxicação	0,36	0,00	0,25
Asfixia (engasgamento e estrangulamento)	1,01	0,94	1,44
			0,00

* Estas taxas incluem os acidentes com pedais e ciclistas em ambiente rodoviário.

Fonte: Eurostat, Base de Dados de Mortalidade, OMS (WHO/CHESS)

Segurança Infantil Perfil do País, 2009

Os traumatismos e as lesões afetam de forma desproporcionada as crianças e os jovens mais vulneráveis da sociedade e, em muitas circunstâncias, a saúde está relacionada com a condição socioeconómica do indivíduo e com a riqueza do país.

Nas últimas duas décadas, estudos aprofundados sobre os acidentes, nomeadamente, sobre as suas causas e as suas consequências, provaram que existem muitas formas de intervenção eficazes.

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

Há um maior número de crianças e jovens a sofrer lesões nas famílias de rendimentos mais baixos, com uma escolaridade e literacia mais baixa, que vivem em espaços confinados e quando não existe um financiamento adequado para a saúde pública integrado no sistema de saúde.

As estratégias de saúde pública têm um enorme potencial de prevenção de acidentes e de ganhos em saúde. Permitem reduzir o número de mortos, a severidade das lesões e o impacto das suas consequências.

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, 2009-2016—DGS

ENGASGAMENTO

O engasgo ocorre quando um alimento ou qualquer objeto engolido, segue o caminho da via respiratória, em vez do tubo digestivo. Quando o produto aspirado chega aos pulmões, causa um quadro grave, que pode levar à asfixia e até mesmo, à morte.

Isso é comum devido à dificuldade dos bebês e crianças pequenas engolirem ou controlarem a mastigação. Também pelo hábito de levarem tudo à boca.

Entre os sinais de problema estão os acessos de tosse, seguidos de engasgo, falta de ar repentina, rouquidão e lábios e unhas arroxeados. Se a aspiração do alimento ou do corpo estranho é parcial, o bebê pode tossir e emitir sons.

Quando se trata de uma aspiração total, o bebê não emite ruídos, mas apresenta um quadro de asfixia ou falta de ar considerável e lábios arroxeados.

Para prevenir o engasgamento, devem ser feitos ensinoss aos pais, sobre posição ideal para amamentar, alimentos a não dar à criança e brinquedos/objetos a não dar para brincar.

PREVENÇÃO DA ASFIXIA

- Não colocar o bebê completamente deitado ao amamentar. O tronco do bebê deve ficar elevado, com a cabeça em um nível superior ao tronco;
- Não dar à criança alimentos pequenos como milho, pastilhas, gomas pequenas...;
- Retirar do alcance de crianças objetos que possam ser colocados na boca ou no nariz, como grãos, moedas e botões. Cuidado também com sacos plásticos e baldões.

MANOBRA ANTI-ENGASGAMENTO

- 1) Coloque o bebê de barriga para baixo, sobre as suas coxas com a cabeça em posição mais baixa que o tórax;
- 2) Segure-o por baixo, mantendo o antebraço sob a barriga dele e usando sua mão para sustentar a cabeça e o pescoço;
- 3) Com a outra mão aplique cinco palmadas, no centro das costas do bebê, entre as omoplatas.



INTOXICAÇÕES

Na Europa, 2% das mortes por acidente, em crianças até aos 14 anos, dão-se por intoxicações.

As crianças são muito ágeis e fazem muito mais do que imaginamos; chegar até uma bancada da cozinha ou abrir um armário, são pequenos passos. Bastam alguns segundos para a criança abrir uma gaveta, retirar uma tampa, cheirar e provar. Por mais vigilantes que sejamos, a criança pode escapar por segundos à atenção de qualquer adulto.

Segundo um estudo norte-americano, "uma em cada 5 crianças será exposta a um produto potencialmente tóxico, antes dos 5 anos de idade" (*Cincinnati Drug and Poison Information Center, EUA*).



Em Portugal, ainda que os casos de morte sejam cada vez mais raros, continuam a verificar-se situações de elevada morbidade com reflexos para toda uma vida.

Em 2007, o CIAV – Centro de Informação Antivenenos registou 10.673 casos de intoxicação com crianças, sendo que mais de 65% destes casos envolveram crianças dos 1 aos 4 anos de idade. A maioria das intoxicações ocorre em casa, sendo que os medicamentos estiveram na origem de cerca de 54% das intoxicações. O CIAV – Centro de Informação Antivenenos regista, em média, 30 chamadas por dia com casos de intoxicação em crianças até aos 15 anos.

Segundo a Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI), cerca de 70% dos acidentes com tóxicos podem ser evitados. Com a adoção de medidas adequadas de prevenção, a par do contacto imediato para o CIAV em caso de acidente, podem-se evitar grande parte das intoxicações.

Ensinos a realizar aos pais sobre prevenção de intoxicações:

- Guardar os medicamentos e produtos tóxicos (produtos de limpeza, bebidas alcoólicas, pesticidas) longe dos alimentos, em armários altos e bem fechados;
- Não utilizar embalagens vazias (garrafas de água ou sumo) para guardar outros produtos, como lixívia ou detergentes. Mantenha-os nas suas embalagens originais, com os rótulos intactos;
- Utilizar embalagens com tampa resistente à abertura por crianças;
- Não aplicar ratícidias ou bolas de naftalina em locais visíveis ou acessíveis à criança;
- Evitar tomar medicamentos em frente à criança porque elas gostam de imitar os adultos. As crianças pequenas confundem medicamentos com rebugados, gomas e outros doces.
- Não ter plantas tóxicas em casa ou no jardim—cuidado com as bagas.

Em caso de intoxicação ligue de imediato para o CENTRO DE INFORMAÇÃO ANTI-VENENOS (CIAV) 808250143

QUEIMADURAS

Em Portugal, todos os anos, "há acidentes com queimaduras que provocam lesões a 1550 pessoas das quais 570, cerca de 38%, são crianças".

As queimaduras constituem um motivo frequente de atendimento na urgência pediátrica, sendo a 2º causa de morte accidental em crianças menores de 5 anos.

A maioria é provocada pelas próprias crianças e ocorre sobretudo na cozinha e casa-de-banho. As nossas casas apresentam muitas situações possíveis de provocar queimaduras aos mais pequenos.

As crianças são especialmente vulneráveis, quer porque têm a pele mais fina, o que lhes confere uma menor proteção, quer porque, pelos seus comportamentos e ausência de noção de perigo, se colocam em situações com maior risco de se queimarem.

As queimaduras "leves" podem ser tratadas em casa, mas as graves requerem ida às urgências.



O que é uma queimadura?

É uma lesão produzida sobre a pele, pelo fogo, vapor, por substância corrosiva, pelo sol ou pela electricidade.

Como se classificam as queimaduras?

Queimaduras de 1º grau—envolve apenas a epiderme, configurando-lhe uma cor avermelhada;

Queimaduras de 2º grau—envolvem a epiderme e a derme, podendo haver a formação de bolhas;

Queimaduras de 3º grau—destruição total da epiderme e derme. É uma queimadura profunda e que não causa dor porque as terminações nervosas foram destruídas.

Que cuidados se devem ter perante uma queimadura?

- Extinguir-se o agente que provocou a queimadura e afastar todo o perigo;
- Arrefecer a queimadura pelo menos durante 5 minutos de baixo de água fria corrente;
- Nunca pôr manteiga, gorduras, pasta de dentes... ou outro agente que não seja água;
- Retirar a roupa exceto se esta se encontrar "colada" à pele.

No caso das queimaduras químicas, existem alguns cuidados especiais a ter?

Se a queimadura for externa deve deixar-se correr água fria sobre a pele e depois encaminhar para o hospital. Se a queimadura for interna, isto é, se a criança engolir, nunca dar nada de comer ou beber e contactar imediatamente o Centro de Intoxicações 808250143.

Se houver entrada de produtos químicos nos olhos lavar abundantemente com água corrente ou soro fisiológico durante pelo menos 15 minutos, e de seguida procurar observação por médico oftalmologista mesmo que tudo pareça normal.

No caso de ter ocorrido uma queimadura com corrente elétrica, o que se deve fazer?

Deve ter-se sempre o cuidado de desligar a corrente antes de mexer na vítima. A criança deve ser sempre levada ao hospital, mesmo quando a queimadura for pequena, porque pode haver danos no interior do corpo não visíveis .



Ensinos a realizar aos pais a respeito da prevenção das queimaduras:

- Evitar que as crianças corram ou brinquem na cozinha perto das fontes de calor;
- Na cozinha colocar as pegas voltadas para dentro do fogão;
- Não colocar tachos/panelas quentes no chão;
- Não deixar produtos tóxicos ao alcance das crianças;
- Nunca segurar uma bebida/comida quente com a criança ao colo;
- Verificar sempre a temperatura do leite/comida, antes de dá-la a provar à criança;
- Antes de começar o banho, verifique sempre a temperatura da água com o cotovelo ou um termómetro—comece por deitar primeiro água fria e só depois a quente;
- Não leve o seu bebé à praia ou a outros locais muito expostos ao sol. Passeie com ele de manhã (até às 11h) e ao fim da tarde (a partir das 17h). Coloque-lhe um chapéu e protetor solar de grau elevado;
- Usar protetores nas tomadas ou instalar tomadas com alvéolos protegidos;
- Proteger as lareiras e afastar os aquecedores das zonas de passagem do bebé;
- Manter detergentes/produtos químicos fechados à chave em armários e longe das crianças.

QUEDAS

Segundo dados da Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI), até ao 1º ano de vida, 80% dos acidentes devem-se a quedas do sofá, da cama dos pais, do carrinho que ficou com o cinto aberto, de escadas... Acidentes que podiam, portanto, ter sido evitados.

Entre 2000 e 2009, **104 crianças morreram** na sequência de uma queda (Instituto Nacional de Estatística).

O **tipo de lesão** associada à mortalidade por queda destacam-se: lesão traumática intracraniana; lesão traumática múltipla não especificadas; fratura do crânio e ossos da face; lesão traumática envolvendo múltiplas partes do corpo; lesão traumática dos nervos e da espinal-medula ao nível do pescoço.

Ainda neste ano, registaram-se pelo menos, **40080 internamentos** por queda em crianças, sendo que:

- 69% em crianças do sexo masculino;
- 29% com idades entre os 0 e 4 anos;
- O internamento por queda de um nível para o outro (escadas ou degraus e escadotes ou andaimes) é maior na faixa etária dos 0 aos 4 anos;
- Destas crianças internadas constatou-se uma mortalidade de 43%.

A análise de dados recolhidos pelo ADÉLIA, respeitantes a 49557000 idas às urgências, entre 2003 e 2008, na sequência de uma queda accidental, permitem verificar que:

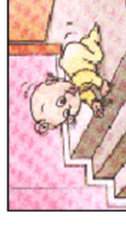
- 60% eram crianças do sexo masculino;
- 32% com idades compreendidas entre os 0 e os 4 anos;
- 53% dos acidentes ocorrem em casa, sendo que 53% ocorrem com maior frequência em crianças com idades entre os 0 e os 4 anos.

No que diz respeito à atividade desenvolvida na altura do acidente observou-se que:

- 55% das crianças desenvolviam atividades de lazer na altura da queda.

Quanto ao tipo de lesão e parte do corpo mais afetada, constatou-se que:

- 52% das crianças entre os 0 e os 4 anos sofreram lesões na cabeça.

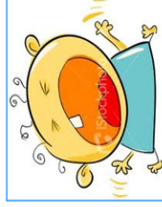


Entre 2001 e 2009 registaram-se na imprensa **114 acidentes por quedas** em crianças, sendo que:

- 54% ocorreram em crianças do sexo masculino;
- 47% das quedas ocorreram em crianças entre os 0 e os 4 anos;
- A casa é o local onde se registam mais acidentes por queda (53%)
- Nas crianças entre os 0 e os 4 anos, as quedas de edifício ou outra construção são mais frequentes (67%), tal como as quedas em buracos ou outras aberturas similares (36%).

Ensinos a realizar aos pais a respeito da prevenção de quedas:

- Nunca deixar o bebé sozinho em cima de uma cama ou de um sofá, nem mesmo "apenas por um segundo". Até um bebé muito pequeno pode rebolar e cair;
- Colocar sempre a cadeirinha no chão e manter sempre os cintos apertados;



- Colocar cancelas nas escadas que cumpram as normas de segurança, no primeiro e último degrau, fixando-as com parafusos. As janelas e as portas de acesso a varandas ou terraços têm de ser protegidas com cancelas ou fechos de segurança. Verificar se as guardas das escadas, varandas e terraços não são fáceis de trepar, se têm pelo menos 110cm de altura e se não têm aberturas superiores a 9cm;

- Quando sentar o bebé numa cadeira de comer, apertar o cinto, sem esquecer a faixa entre-pernas e nunca o deixe sozinho. Se usar uma cadeira alta, verifique se é estável e coloque-a sempre encostada a uma parede, de forma a não poder cair para trás se outra criança se pendurar ou se o bebé tentar empurrar a mesa com os pés. As cadeiras de encaixar só devem ser usadas em mesas estáveis, com tampos fixos e sólidos que não sejam de vidro;

- Fixar as estantes, prateleiras e armários à parede, para evitar que caiam sobre a criança se esta tentar usá-los para se apoiar e pôr-se de pé. Colocar a televisão e outros objetos pesados sobre móveis baixos e estáveis. Enrole e esconda os fios elétricos e instale travões nas gavetas mais pesadas.

Referências Bibliográficas

- APSI - Associação para a Promoção de Segurança Infantil [Em Linha]. [Consult. 17 Jun. 2012]. Disponível em <http://www.apsi.org.pt/>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010. [Em Linha]. [Consult. 22 Jun. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
- EUROSAFE - Relatório de Avaliação sobre Segurança Infantil 2009 [Em Linha]. European Child Safety Alliance, 2009. [Consult. 17 Jun. 2012]. Disponível em http://www.apsi.org.pt/24/portugal_brochura_16pgs.pdf.
- EUROSAFE - Segurança Infantil Perfil do País 2009 [Em Linha]. European Child Safety Alliance, 2009. [Consult. 17 Jun. 2012]. Disponível em http://www.apsi.org.pt/24/perfil_site.pdf.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Classificação Internacional das Doenças - 10.ª ed. (CID-10) [Em Linha]. [Consult. 22 Jun. 2012]. Disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

UCSP - ODIVELAS A**Elaborado por:**

Enf.ª Marta Pereira

Aluna de Especialidade de Saúde Infantil e
PediátricaEnf.ª Orientadora: EESIP Célia Palmeiro
Regente de Estágio: Prof.ª Margarida
Lourenço

Tratamento de dados

Todos os enfermeiros que preencheram o questionário de necessidades, preencheram a avaliação deste guia (100%).

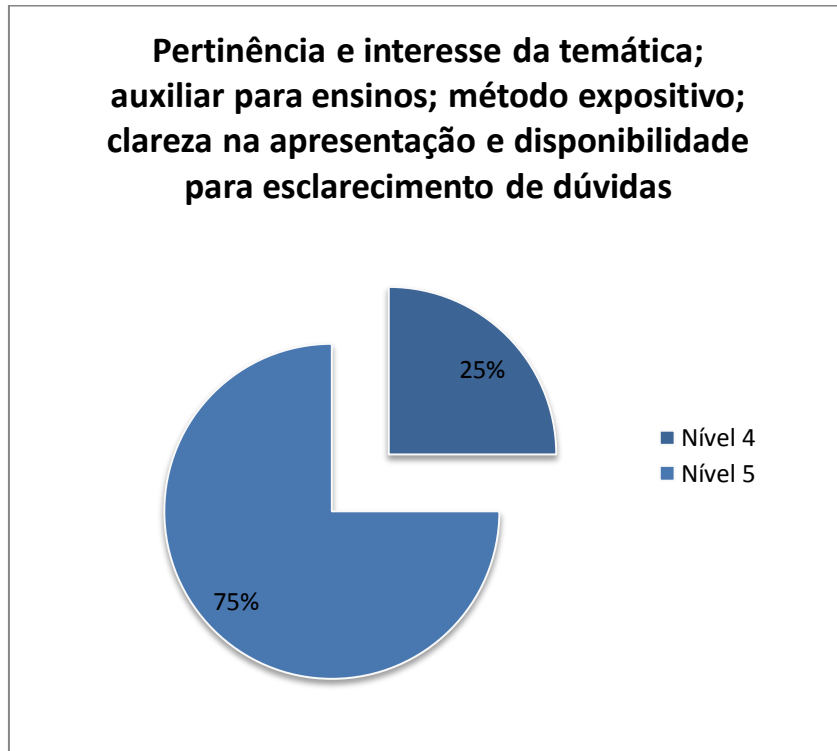


Gráfico 9 – Pertinência da temática e interesse; auxiliar para ensinos a realizar; método expositivo utilizado, clareza na apresentação e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas

ANEXO VII – “Guia de Higiene Oral”

**MÃE, PAI
AJUDAM-ME A LAVAR OS
DENTES?!**



**Guia de Higiene
Oral**

UCSP Odontologia A
Junho, 2012

GUIA DE HIGIENE ORAL

Índice

Informações	4
Rumo à dentição definitiva	5
Bons Hábitos	6
Modo adequado da escovagem dos dentes	7
Bons Hábitos	8
Vamos aprender a escovar os dentes	9
Vamos colorir	10
Vamos colorir	11
Vamos cantar	12
Faz um desenho	13
Referências Bibliográficas	14

Desde o princípio!

Ter dentes são é fundamental para desfrutar de uma infância saudável.

Na criança, os dentes são essenciais não só para a alimentação como também para uma aprendizagem correta da fala e para o desenvolvimento da sua autoconfiança.

Assim, é importante motivar e incentivar a criança no que diz respeito à limpeza dos dentes. Nesta área, os pais têm um papel fundamental.

Está nas suas mãos dar um bom exemplo ao seu filho, tanto quando lhe ensina a lavar os dentes como quando consulta o dentista.

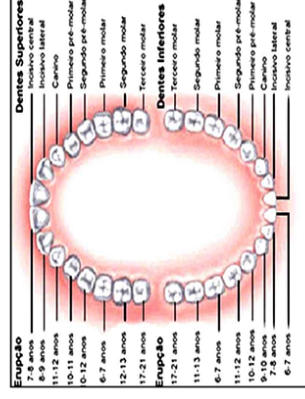
A higienização dos dentes deve começar logo quando se dá a erupção do primeiro dente, por volta dos 6 meses de idade!

Esta deve ser feita pelos pais, pelo menos duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm(mg/l) de fluoreto, sendo uma das vezes, obrigatoriamente, após a última refeição.

Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral,
2005

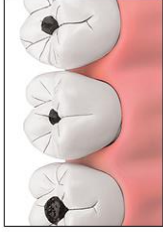
RUMO À DENTIÇÃO DEFINITIVA

Aproximadamente aos 6 anos, a criança começará a perder os dentes de leite. O processo de substituição dos dentes de leite pelos dentes definitivos pode durar até aos 12/13 anos de idade. A dentição ficará completa quando, por volta dos 18 anos, nascerem os dentes do sizo, compondo assim os 32 dentes definitivos.



Dado que o processo de substituição dos dentes de leite pelos dentes definitivos é gradual, manter a limpeza de todos os dentes pode chegar a ser um desafio. Sobretudo porque a criança terá dentes permanentes de maior tamanho ao lado dos dentes primários, de tamanho mais reduzido. Estas irregularidades deixam espaços livres, nos quais se acumularão os resíduos de comida e a placa bacteriana (camada pegajosa e incolor de bactérias, que se forma continuamente sobre os dentes e que, ao acumular-se, pode dar origem à cárie dentária e a doenças das gengivas).

BONS HÁBITOS



De todos os grupos etários, as crianças são as que têm maior risco de apresentar cáries, pois têm tendências para comer com maior frequência e ainda não têm experiência em escovar os dentes.



Ensine o seu filho a não comer alimentos doces nem bebidas açucaradas.



Ofereça-lhes lanches saudáveis, tais como pão e fruta!

Quando tenha que escovar os dentes do seu filho, faça-o da forma como escova os seus. Geralmente é útil colocar-se por detrás da criança e inclinar a cabeça dela ligeiramente para trás.

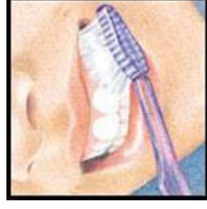


Utilize uma escova de filamentos suaves e uma pasta dentífrica com fluor, especial para crianças. Deverá utilizar menos de metade da quantidade de pasta que utiliza para si.

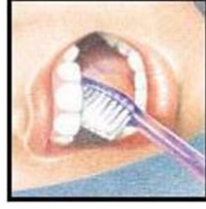
MODO ADEQUADO DE ESCOVAÇÃO DOS DENTES



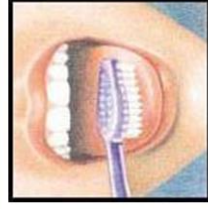
1. Comece por limpar as superfícies dos molares, realizando um movimento de trás para a frente.



2. Para limpar as superfícies externas dos dentes, coloque a escova de dentes num ângulo de 45° em relação à linha das gengivas



3. Para limpar as superfícies interiores, coloque a escova para baixo e realize movimentos suaves, de cima para baixo, com a ponta da escova.



4. Não se esqueça de escovar a língua.

▶ BONS HÁBITOS

Nesta altura, o seu filho já deverá ser capaz de lavar os dentes sozinho, embora deva ter sempre a sua supervisão.



Ensine-o a escovar os dentes duas vezes por dia: de manhã e antes de ir para a cama.



Evitar comidas/bebidas açucaradas, para evitar cáries dentárias.



Evitar chucha—provoca deformação da arcada dentária. Não dar biberão—provoca cáries dentárias.

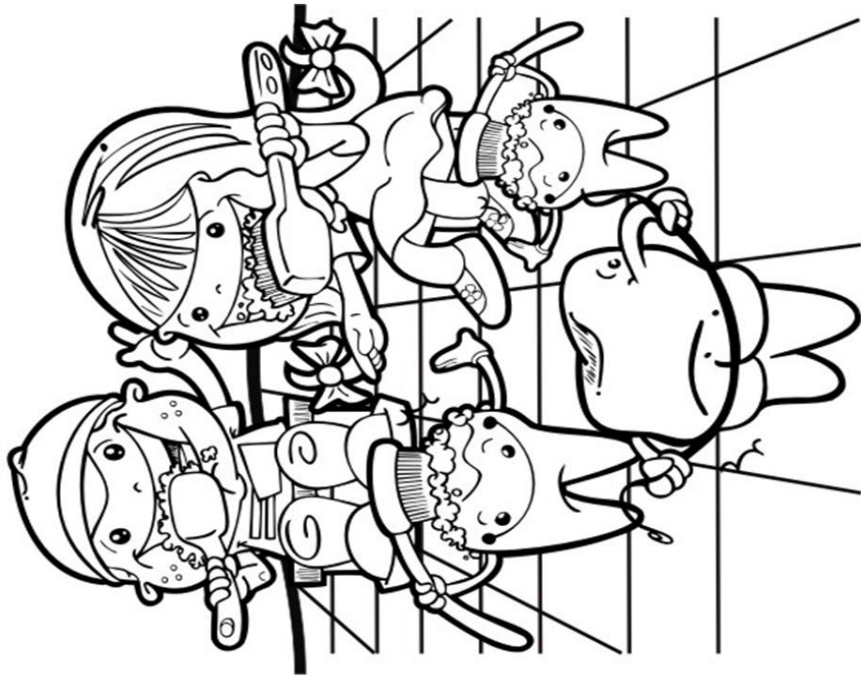
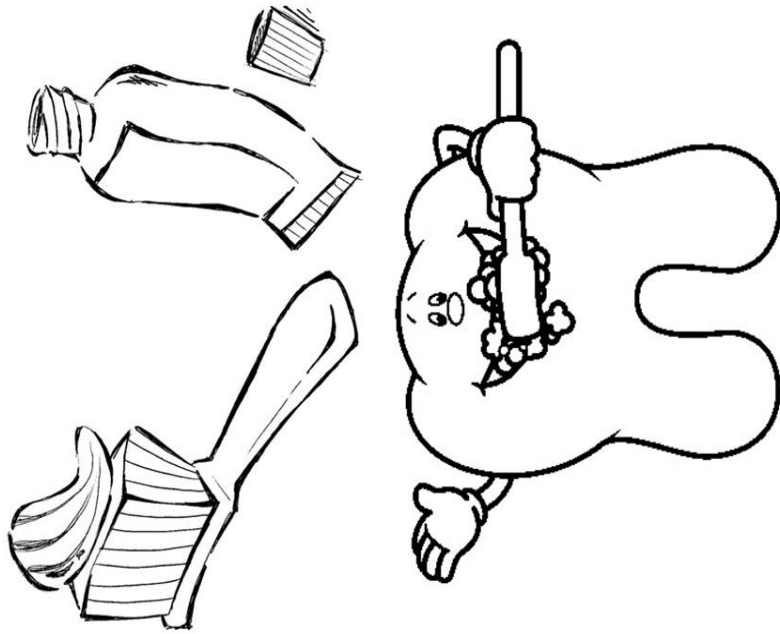


VAMOS APRENDER A ESCOVAR OS DENTES

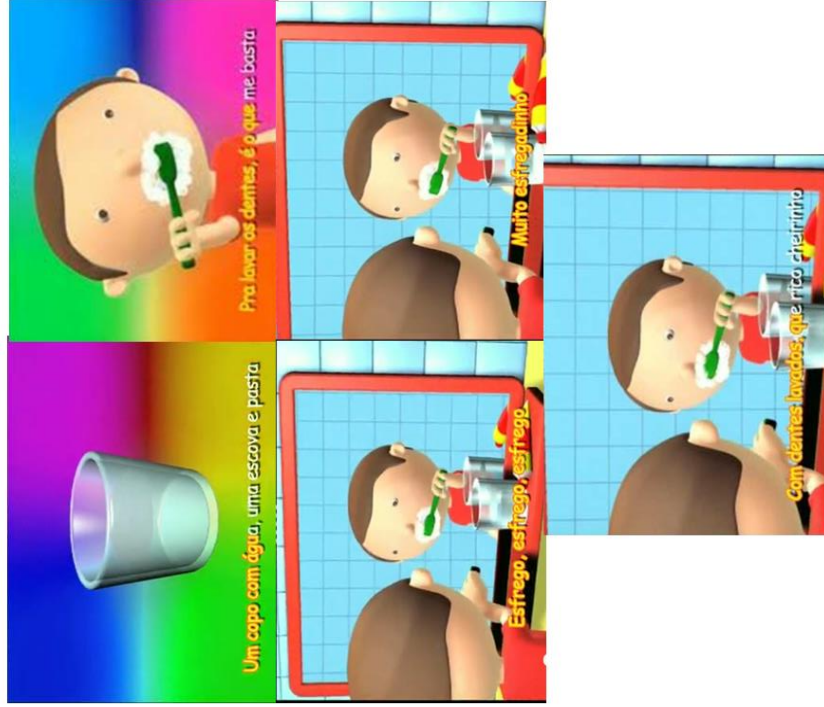


Começar cedo e bem será a base para que o seu filho conserve um sorriso radiante ao longo de toda a vida!

**▶ VAMOS COLORIR
O QUE É PRECISO PARA LAVAR
OS DENTES?**



VAMOS CANTAR
• QUE É PRECISO PARA LAVAR
OS DENTES?



Faz um desenho dos teus dentes

Referências Bibliográficas

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - 2005



Aluna de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf.ª Orientadora: Célia Palmeiro
Enf.ª Regente de Estágio: Margarida Lourenço

ANEXO VIII – Folheto sobre Vacinação

AS VACINAS SÃO O MEIO MAIS EFICAZ E SEGURO DE PROTEÇÃO CONTRA CERTAS DOENÇAS

Quanto custam as vacinas?

As vacinas que fazem parte do Programa Nacional de Vacinação (PNV) são gratuitas.

Quando devo vacinar os meus filhos?

As crianças devem ser vacinadas assim que nascem (recém-nascidos). Se o calendário for cumprido, pouco depois dos 6 meses já estarão protegidas contra sete doenças da infância e aos 12 meses contra dez.

Se a criança não iniciou a vacinação durante o primeiro ano de vida, deve dirigir-se o mais cedo possível ao seu centro de saúde.

Nunca é tarde demais para se vacinar a si e aos seus filhos!

Existem outras vacinas para além das que constam do PNV?

Sim. Consulte o seu médico para uma avaliação da situação e da necessidade efetiva de vacinação extra. Nesse caso, é imprescindível que traga guia de tratamento/ fotocópia da receita médica.

Informe o enfermeiro se:

A criança teve alguma reação às vacinas ou tem alergias, nomeadamente ao ovo, gelatinas, leveduras, antibióticos, bem como a outros alimentos e medicamentos, picadas de insetos ou répteis.

Reações mais frequentes:

BCG:

- Não faz febre;
- Passadas 3 a 4 semanas aparece no local da vacina um pequeno nódulo vermelho que se transforma numa pequena vesícula que rebenta, dando origem a uma serosidade parecida com pus;
- Forma-se uma crosta que cai ao fim de algum tempo, podendo dar origem a uma nova borbulha e a novas crostas;
- Esta reação repetitiva pode prolongar-se por uma a dois meses;
- Não são necessários cuidados especiais;
- Está contraindicada a aplicação de pomadas, desinfetantes ou pensos rápidos;
- quando cai a última crosta pode ficar uma pequena cicatriz superficial.

DTP, DT, Td, Hib, VIP, VHB, MenC:

- Pode fazer febre;
- No local da vacina podem aparecer sinais inflamatórios: rubor, calor, edema e dor;
- Pode ocorrer sonolência, irritabilidade, alteração do sono, náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal.

VASPR:

- A reação pode ocorrer entre o 5º e o 15º dia após a vacinação;
- Pode aparecer febre, irritabilidade, vômitos, pequenas borbulhas ou manchas espalhadas pelo corpo e até mesmo pequenos caroços no pescoço, que desaparecem espontaneamente.



Como controlar a febre?

A temperatura normal da axila ou virilha vai até aos 37,5°C.

A temperatura rectal normal vai até aos 38,5°C.

Se estes valores estiverem acima do normal, deve administrar-se o medicamento recomendado pelo médico para a febre, de 6/6h ou de 8/8h, consoante a necessidade.

Como controlar a reação inflamatória?

Colocar 2 a 3 cubos de gelo num saco de plástico, protegê-los com um pano e aplicar sobre o local da vacina, várias vezes ao dia, em períodos de 5 a 10 minutos.

Pode aparecer um nódulo no local da vacina, que desaparece ao fim de algum tempo.



Panfleto atualizado por:
Enf.ª Marta Pereira—AEEESP

Enf.ª Orientadora: EESIP, Célia Palmeiro
Regente de Estágio: Enf.ª Margarida Lourenço
Maio 2012

Anexo IX - “Guia orientador para pais sobre cuidados
para prevenir acidentes infantis no 1º e 2º ano de vida”
e Tratamento de dados

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

**Unidade de Pneumologia Pediátrica
Cuidados Respiratórios Domiciliários e de
Transição**

Prevenção de Acidentes Infantis no 1º e 2º Ano de Vida

**Guia Orientador para pais sobre cuidados para
prevenir acidentes infantis**



Outubro de 2012

Os acidentes com
crianças podem ser
evitados... e quem os
pode evitar somos
NÓS, os adultos!



Índice

Acidentes	4
Transporte	8
Engasgamento	10
Dormir	12
Quedas	14
Queimaduras	16
Afogamentos	18
Referências Bibliográficas	21

Muitos pais pensam que, durante os primeiros anos de vida, os bebés pouco mais fazem sim...porque os dias passam e, subitamente, começam a agarrar coisas, a virar-se, a gatinhar...o perigo espregia quando menos se espera e, mesmo logo após o nascimento, o seu bebé pode cair, queimar-se, ser vítima de um acidente de automóvel...

Para manter um AMBIENTE SEGURO, há algumas REGRAS MUITO SIMPLES que ajudam a evitar uma grande parte dos acidentes e, assim, poupar muitas vidas, incapacidades, idas ao hospital e, também, muito sofrimento.

Os acidentes podem estar relacionados com uma rede ampla de fatores, tais como:

- Condições ambientais;
- Condições físicas;
- Condições culturais e
- Condições sociais da família: o
 - estilo de vida dos pais,
 - condições de vida e trabalho,
 - urbanização,
 - marginalidade,
 - desemprego,
 - desigualdade social,
 - miséria,
 - educação,
 - stress,
 - vigilância insuficiente...

Martins, 2006

TRANSPORTE

Os acidentes rodoviários são a maior causa de morte, deficiência e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens, a nível mundial.

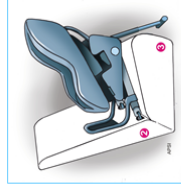
Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2010, 2009

Andar de carro é perigoso... e o lugar mais perigoso é o colo de um adulto, mesmo no que seja no banco de trás ou apenas por alguns minutos.

O bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada, por isso deve viajar sempre numa cadeirinha voltada para trás. Só assim, num choque frontal, as costas, a cabeça e o pescoço da criança serão acompanhadas uniformemente.

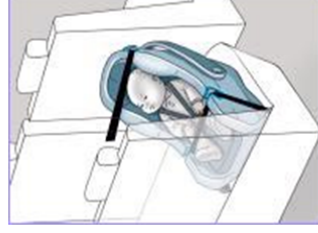
As cadeirinhas voltadas para trás são as que protegem de forma mais eficaz — em caso de acidente, podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2006



Cuidados a ter:

- O Código da Estrada obriga a transportar sempre o seu bebé numa cadeirinha própria, aprovada segundo normas internacionais para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade;
- Transporte-o sempre virado para trás e corretamente instalado;
- Se o carro tiver airbaig frontal ativo, nunca instale a cadeirinha nesse lugar;
- A criança não deve viajar voltada para a frente antes de completar 18 meses, mesmo que tenha mais de 9kg;



Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2006



ENGASGAMENTO



O engasgamento ocorre quando um alimento ou qualquer objeto engolido, segue o caminho da via respiratória, em vez do tubo digestivo. Quando o produto aspirado chega aos pulmões, causa um quadro grave, que pode levar à asfixia e até mesmo, à morte.

Isso é comum devido à dificuldade dos bebês e crianças pequenas engolirem ou controlarem a mastigação. Também pelo hábito de levarem tudo à boca.



Entre os sinais de alerta estão os acessos de tosse, seguidos de engasgamento, falta de ar repentina, rouquidão e lábios e unhas arroxeados. Se a aspiração do alimento ou do corpo estranho é parcial, o bebê pode tossir e emitir sons.

Quando se trata de uma aspiração total, o bebê não emite ruídos, mas apresenta um quadro de asfixia ou falta de ar considerável e lábios arroxeados.

PREVENÇÃO DA ASFIXIA

- Não colocar o bebê completamente deitado ao amamentar. O tronco do bebê deve ficar elevado, com a cabeça em um nível superior ao tronco;
- Não dar à criança alimentos pequenos como milho, pastilhas, gomas pequenas...;
- Retirar do alcance de crianças objetos que possam ser colocados na boca ou no nariz, como grãos, moedas e botões. Cuidado também com sacos plásticos e balões .

MANOBRAS ANTI-ENGASGAMENTO

- 1) Coloque o bebê de barriga para baixo, sobre as suas coxas com a cabeça em posição mais baixa que o tórax;
- 2) Segure-o por baixo, mantendo o antebraço sob a barriga dele e usando sua mão para sustentar a cabeça e o pescoço;



- 3) Com a outra mão aplique cinco palmadas, no centro das costas do bebê, entre as omoplatas.

DORMIR



- Para dormir, o bebé deve ser deitado de costas, salvo indicação em contrário de um profissional de saúde;

- Para evitar a ASFIXIA e o ESTRANGULAMENTO utilize cobertores leves e coloque-os apenas até aos ombros, de maneira a que não cubram a cabeça do bebé. Não utilize almofadas, fraldas, brinquedos, laços ou fitas dentro da cama;

- Não coloque fios ou cordões ao pescoço do bebé, nem mesmo para pendurar a chupeta;

- Escolha uma cama estável e sólida, com grades com um mínimo de 60cm de altura e aberturas inferiores a 6cm, que obedeça às normas de segurança europeias;

- O colchão deve ser firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre este e as grades;



- Se colocar uma proteção almofadada por dentro da cama, deve prendê-la bem às grades, de forma a não tombar sobre o bebé nem permitir que ele enfie a cabeça por baixo;

- Se a grade for de subir e descer, verifique sempre se acionou o travão e se este ficou bem preso;

- Vista o bebé de acordo com a temperatura do ambiente, para que não tenha frio mas sem demasiada roupa para evitar o SOBREAQUECIMENTO;



- Nunca ponha o bebé a dormir na sua cama, pois ele pode ASFIXIAR!



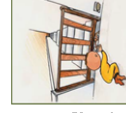
Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

QUEDAS

Segundo dados da Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI), até ao 1º ano de vida, 80% dos acidentes devem-se a quedas do sofá, da cama dos pais, do carrinho que ficou com o cinto aberto, de escadas... Acidentes que podiam, portanto, ter sido evitados.

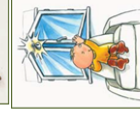
Cuidados a ter:

- Nunca deixe o seu bebé sozinho em cima da cama ou do sofá, mesmo " apenas por um segundo" (o tempo de ir buscar uma fralda é o suficiente para o bebé cair). Até um bebé muito pequeno pode rebolar e cair;
- Coloque sempre a cadeirinha de transporte no chão e mantenha sempre os cintos apertados;
- Não pendure sacos nas pegas do carrinho de passeio, pois este pode cair para trás.
- Não desça escadas com o carrinho; use sempre os elevadores e as rampas;



- Colocar cancelas nas escadas que cumpram as normas de segurança, no primeiro e último degrau, fixando-as com parafusos.

- As janelas e as portas de acesso a varandas ou terraços têm de ser protegidas com cancelas ou fechos de segurança;



- Quando sentar o bebé numa cadeira de comer, apertar o cinto, sem esquecer a faixa entre-pernas e nunca o deixe sozinho. Se usar uma cadeira alta, verifique se é estável e coloque-a sempre encostada a uma parede, de forma a não poder cair para trás se outra criança se pendurar ou se o bebé tentar empurrar a mesa com os pés. As cadeiras de encaixar só devem ser usadas em mesas estáveis, com tampos fixos e sólidos que não sejam de vidro;



- Fixar as estantes, prateleiras e armários à parede, para evitar que caiam sobre a criança se esta tentar usá-los para se apoiar e pôr-se de pé. Colocar a televisão e outros objetos pesados sobre móveis baixos e estáveis. Enrole e esconda os fios elétricos e instale travões nas gavetas mais pesadas;



- Não use andarilhos ("aranhas"), pois este provocam muitos acidentes—quedas, entalões, queimaduras, pancadas na cabeça e não ajudam a andar, podendo mesmo atrasar o desenvolvimento do bebé.



Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

QUEIMADURAS

As queimaduras constituem um motivo frequente de atendimento na urgência pediátrica, sendo a 2º causa de morte accidental em crianças menores de 5 anos.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

A maioria é provocada pelas próprias crianças e ocorre sobretudo na cozinha e casa-de-banho. As nossas casas apresentam muitas situações possíveis de provocar queimaduras aos mais pequenos.

As crianças são especialmente vulneráveis, quer porque têm a pele mais fina, o que lhes confere uma menor proteção, quer porque, pelos seus comportamentos e ausência de noção de perigo, se colocam em situações com maior risco de se queimarem.

As queimaduras "leves" podem ser tratadas em casa, mas as graves requerem ida às urgências.



Cuidados a ter:

- Evitar que as crianças corram ou brinquem na cozinha perto das fontes de calor;
- Na cozinha colocar as pegas voltadas para dentro do fogão;
- Não colocar tachos/panelas quentes no chão;
- Não deixar produtos tóxicos ao alcance das crianças;
- Nunca segurar uma bebida/comida quente com a criança ao colo;
- Verificar sempre a temperatura do leite/comida, antes de dá-la a provar à criança;
- Antes de começar o banho, verifique sempre a temperatura da água com o cotovelo ou um termómetro—comece por deitar primeiro água fria e só depois a quente;
- Não leve o seu bebé à praia ou a outros locais muito expostos ao sol. Passeie com ele de manhã (até às 11h) e ao fim da tarde (a partir das 17h). Coloque-lhe um chapéu e protetor solar de grau elevado;
- Usar protetores nas tomadas ou instalar tomadas com alvéolos protegidos;
- Proteger as lareiras e afastar os aquecedores das zonas de passagem do bebé;
- Manter detergentes/produtos químicos fechados à chave em armários e longe das crianças.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010



AFOGAMENTOS

O afogamento continua a ser a 2º causa de morte acidental nas crianças, ultrapassada apenas, pelos acidentes rodoviários (Unicef, 2001).

Em Portugal,, entre 2002 e 2010, 177 crianças e jovens morreram na sequência de um afogamento. (APSI, 2009, 2010)

Cuidados a ter:

- Nunca deixe o seu bebé sozinho na banheira, mesmo que tenha pouca água. Basta um palmo de água para ele se afogar;
- Não utilize cadeirinhas de banho, pois são instáveis e podem virar-se;
- Não deixe recipientes com água dentro de casa, quintal ou jardim (banheiras, aljudares, ou piscinas insuláveis);



- Instale vedações que impeçam o acesso a piscinas, tanques ou poços;

- Perto de locais com água mantenha uma vigilância próxima e focada na criança e esteja sempre preparado para agir se ela se atrapalhar;

- Coloque braçadeiras ao seu filho, mesmo que estejam a brincar fora de água;

- Nunca deixe brinquedos dentro das piscinas;



- Na praia, quando o mar se encontra bravo, não brinque com o seu filho à beira mar;

- Se for andar de barco no mar ou em barragens, coloque sempre a todos coletes salva-vidas, que cumpram as normas de segurança.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

INTOXICAÇÕES

Na Europa, 2% das mortes por acidente, em crianças até aos 14 anos, dão-se por intoxicações (OMS 96-00).

As crianças são muito ágeis e fazem muito mais do que imaginamos; chegar até uma bancada da cozinha ou abrir um armário, são pequenos passos. Bastam alguns segundos para a criança abrir uma gaveta, retirar uma tampa, cheirar e provar. Por mais vigilantes que sejamos, a criança pode escapar por segundos à atenção de qualquer adulto.

Em Portugal, ainda que os casos de morte sejam cada vez mais raros, continuam a verificar-se situações de elevada morbidade com reflexos para toda uma vida.

Em 2007, o CIAV - Centro de Informação Antivenenos registou 10.673 casos de intoxicação com crianças, sendo que mais de 65% destes casos envolveram crianças dos 1 aos 4 anos de idade . A maioria das intoxicações ocorre em casa, sendo que os medicamentos estiveram na origem de cerca de 54% das intoxicações.



Segundo a Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI), cerca de 70% dos acidentes com tóxicos podem ser evitados. Com a adoção de medidas adequadas de prevenção, a par do contacto imediato para o CIAV em caso de acidente, podem-se evitar grande parte das intoxicações.

Cuidados a ter:

- Guardar os medicamentos e produtos tóxicos (produtos de limpeza, bebidas alcoólicas, pesticidas) longe dos alimentos, em armários altos e bem fechados;
- Não utilizar embalagens vazias (garrafas de água ou sumo) para guardar outros produtos, como lixívia ou detergentes. Mantenha-os nas suas embalagens originais, com os rótulos intactos;
- Utilizar embalagens com tampa resistente à abertura por crianças;
- Não aplicar raticidas ou bolas de naftalina em locais visíveis ou acessíveis à criança;
- Evitar tomar medicamentos em frente à criança porque elas gostam de imitar os adultos. As crianças pequenas confundem medicamentos com rebuçados, gomas e outros doces;
- Não ter plantas tóxicas em casa ou no jardim—cuidado com as bagas;

Em caso de intoxicação ligue de imediato para o CENTRO DE INFORMAÇÃO ANTI-VEHENOS (CIAV) 808250143

Referências Bibliográficas

APSI - Associação para a Promoção de Segurança Infantil [Em Linha]. Disponível em <http://www.apsi.org.pt/>

EUROSAFE - Relatório de Avaliação sobre Segurança Infantil 2012 [Em Linha]. European Child Safety Alliance, 2012. Disponível em <http://www.childsafetyeurope.org/reports/cards/info/portugal-report-card-pt.pdf>

MARTINS, Christine - Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira em Enfermagem.59(3), 2006.



Elaborado por:

Enf.^a Marta Pereira

Aluna de Especialidade de Saúde Infantil e
Pediátrica

Enf.^a Orientadora: EESIP Cláudia Carvalho
Regente de Estágio: Prof.^a Margarida
Lourenço

Tratamento de dados

Este guia orientador foi entregue e realizada a sua avaliação por 4 prestadores de cuidados, das 12 crianças internadas neste serviço.

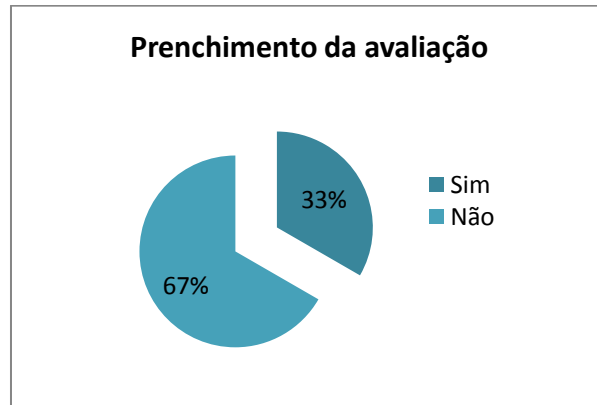


Gráfico 10 – Preenchimento da avaliação do guia

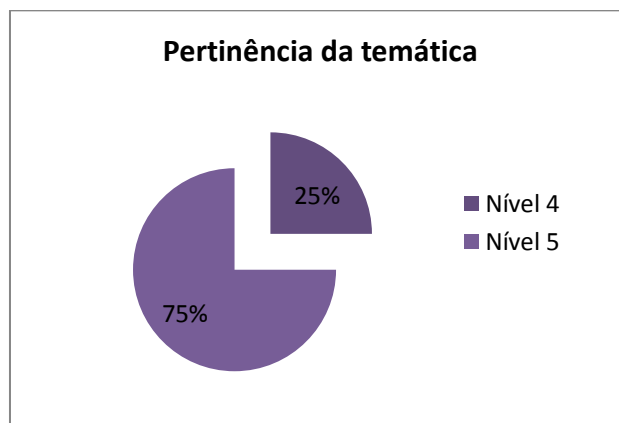


Gráfico 11 – Pertinência da temática

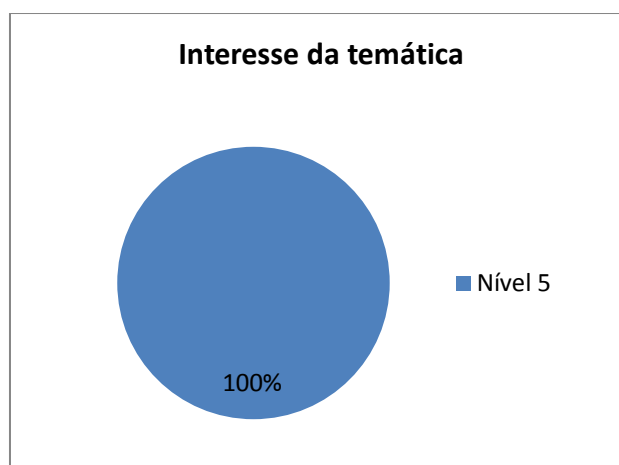


Gráfico 12 – Interesse da temática

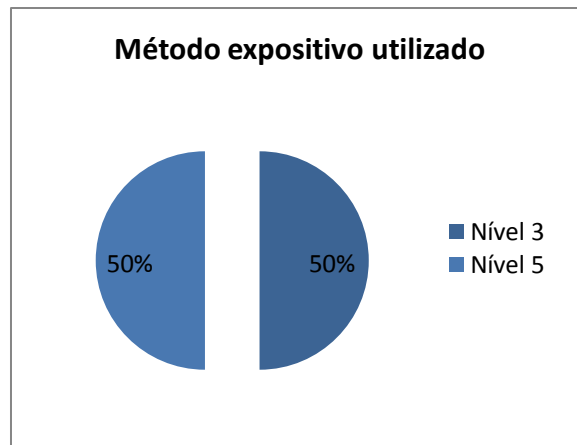


Gráfico 13 – Método expositivo utilizado

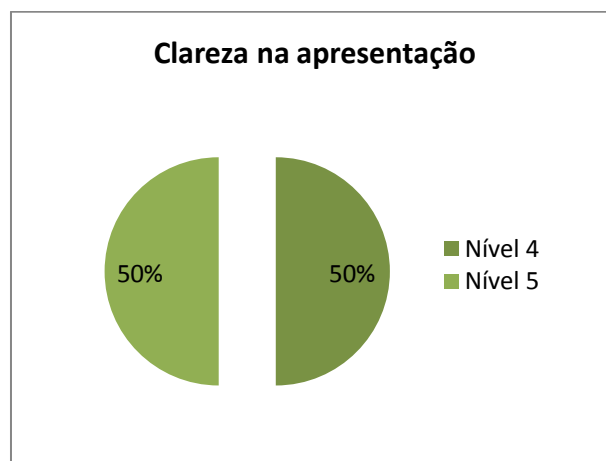


Gráfico 14 – Clareza na apresentação

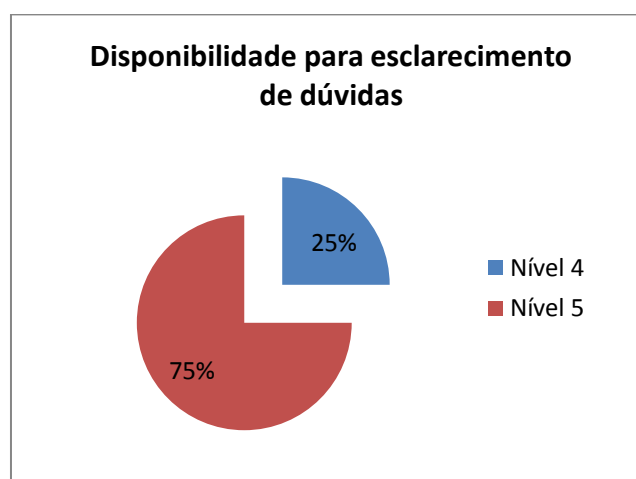
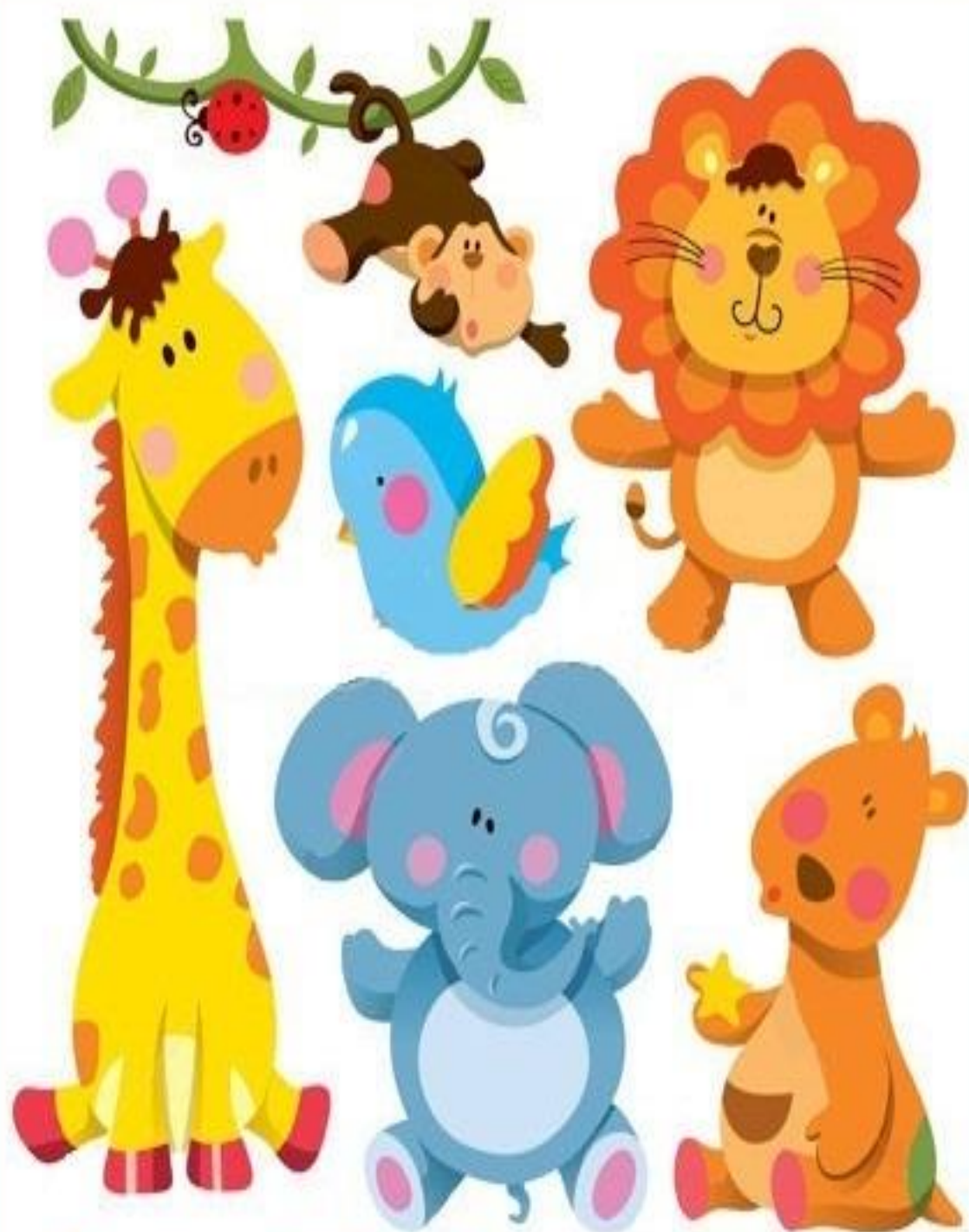


Gráfico 15 – Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas

ANEXO X - Poster



MÃE, PAI JÁ SUBIRAM AS GRADES
ANTES DE IREM EMBORA?!

ANEXO XI – Panfleto sobre “Aspiração de corpo
estranho” e Tratamento de dados

**Os acidentes com
crianças podem
ser evitados... e
quem os pode evi-
tar somos NÓS, os
adultos!**



Elaborado por:

Enf.^ª Marta Pereira

Aluna de Especialidade de Saúde Infantil e
Pediátrica

Enf.^ª Orientadora: EESIP Cláudia Carvalho

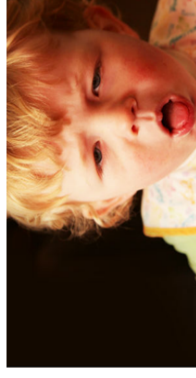
Regente de Estágio: Prof.^ª Margarida

Lourenço



**Unidade de Pneumologia Pediátrica
Cuidados Respiratórios Domiciliários e de
Transição**

Aspiração de Corpo Estranho



Outubro de 2012

Aspiração de Corpo Estranho

A aspiração de corpos estranhos é um acidente que ocorre em idade pediátrica sendo uma situação comum e potencialmente grave, que pode estar associada a morbidade significativa.

Vários estudos demonstram que a maioria das vítimas de aspiração de corpo estranho são latentes e crianças nos primeiros anos de vida: estatísticas mostram que mais de 80% dos casos ocorrem até aos três anos de idade e com maior frequência nas crianças de sexo masculino.

Este tipo de acidente ocorre quando um alimento ou qualquer outro objeto engolido ou aspirado, segue o caminho da via respiratória, em vez do tubo digestivo.

Quando o objeto aspirado chega aos pulmões, causa um quadro grave que pode levar à asfixia ou até mesmo à morte.

Isto é comum devido à dificuldade dos bebés e crianças pequenas engolirem ou controlarem a sua mastigação e também pelo hábito de levarem tudo à boca.

Sintomas

Se a aspiração de corpo estranho é parcial, a criança pode apresentar:

- Tosse persistente;
- Engasgamento;
- Falta de ar;
- Rouquidão;
- Lábios e urhas arroxeadas.



Se a aspiração de corpo estranho é total:

- A criança pode não ser capaz de emitir sons ou chorar;
- Apresenta falta de ar considerável;
- Apresenta lábios e urhas arroxeadas.

Manobra anti-Engasgamento

- 1) Coloque o bebé de barriga para baixo, sobre as suas coxas com a cabeça em posição mais baixa que o tórax;
- 2) Segure-o por baixo, mantendo o antebraço sob a barriga dele e usando sua mão para sustentar a cabeça e o pescoço;
- 3) Com a outra mão aplique cinco palmadas, no centro das costas do bebé entre as omoplatas.



Medidas Preventivas

- Não dar à criança alimentos pequenos como amendoins, milho, pastilhas, gomas pequenas, pipocas...



- Cortar os alimentos moles, como a carne, em pedaços pequenos;

- Evitar que a criança ande, corra ou chore com alimentos ou objetos na boca;

- Retirar do alcance da criança objetos pequenos como moedas, botões, peças de lego pequenos, ganchos do cabelo, clips...



Tratamento dos dados

Dos 14 enfermeiros que prestam cuidados neste serviço, responderam à avaliação do panfleto 10 destes (71,43%).

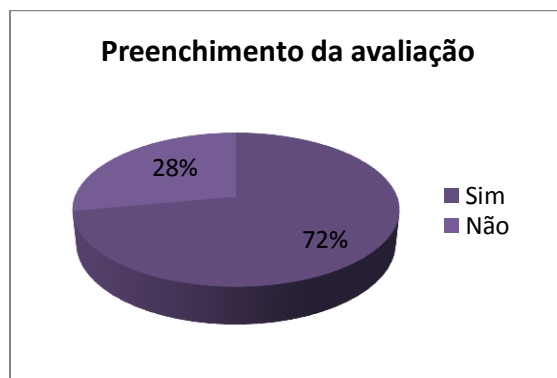


Gráfico 16 – Preenchimento da avaliação do guia

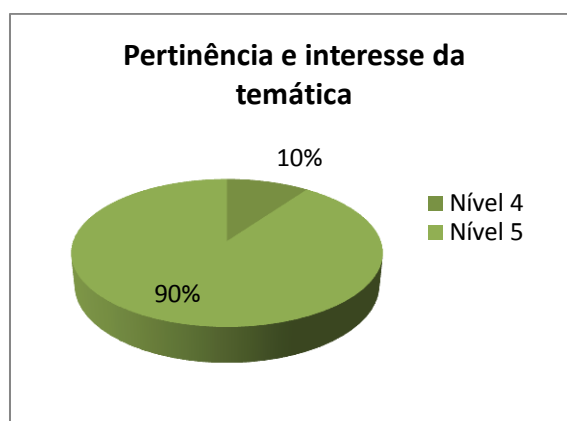


Gráfico 17 – Pertinência e interesse da temática apresentada

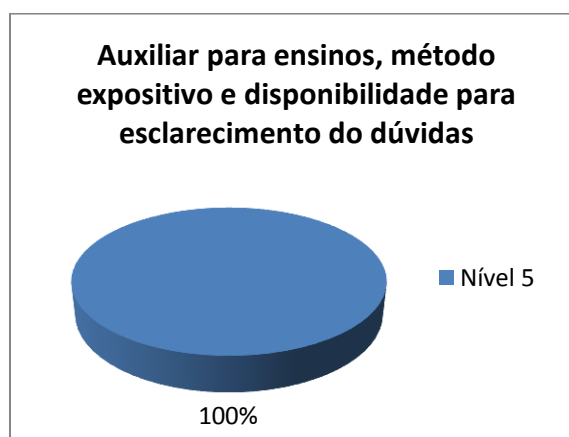


Gráfico 18 - Auxiliar para ensinos a realizar e método expositivo utilizado

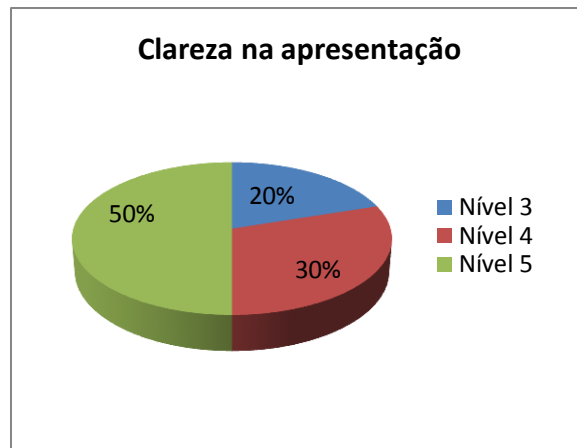


Gráfico 19 – Clareza na apresentação

**ANEXO XII – “Guia orientador de informação a
transmitir aos pais sobre prevenção de acidentes em
idade pediátrica e Tratamento de dados**

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

- Serviço de Urgência Pediátrica -

Guia Orientador de Informação a transmitir aos pais sobre...



PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM IDADE PEDIÁTRICA

Dezembro de 2012

ÍNDICE

1. Quedas	3
2. Queimaduras	4
3. Intoxicações	5
4. Aspiração de corpo estranho/Engasgamento	6
5. Afogamentos	7
6. Segurança Rodoviária	8
Referências Bibliográficas	9

1 - QUEDAS

Segundo dados da Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI), até ao 1º ano de vida, 80% dos acidentes devem-se a quedas do sofá, da cama dos pais, do carrinho que ficou com o cinto aberto, de escadas... Acidentes que podiam, portanto, ter sido evitados.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Informação a transmitir aos pais a respeito da prevenção de quedas:

- Nunca deixar o bebé sozinho em cima de uma cama ou de um sofá, nem mesmo "apenas por um segundo". Até um bebé muito pequeno pode rebolar e cair;
- Colocar sempre a cadeirinha no chão e manter sempre os cintos apertados;
- Não pendurar sacos nas pegas do carrinho de passeio, pois este pode cair para trás;
- Não descer escadas com o carrinho; deve usar sempre os elevadores e as rampas;
- Colocar cancelas nas escadas. Colocar fechos de segurança nas janelas e portas de acesso a varandas ou terraços;
- Quando sentar o bebé numa cadeira de comer, apertar o cinto, sem esquecer a faixa entrepernas e nunca o deixar sozinho;
- Fixar as estantes, prateleiras e armários à parede, para evitar que caiam sobre a criança se esta tentar usá-los para se apoiar e pôr-se de pé;
- Enrolar e esconder os fios elétricos;
- Colocar travões nas gavetas mais pesadas.

2 – Queimaduras

As queimaduras constituem um motivo frequente de atendimento na urgência pediátrica, sendo a 2ª causa de morte acidental em crianças menores de 5 anos.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Informação a transmitir aos pais a respeito da prevenção de queimaduras:

- Evitar que as crianças corram ou brinquem na cozinha perto das fontes de calor;
- Na cozinha colocar as pegas voltadas para dentro do fogão;
- Não colocar tachos/panelas quentes no chão;
- Não deixar produtos tóxicos ao alcance das crianças;
- Nunca segurar uma bebida/comida quente com a criança ao colo;
- Verificar sempre a temperatura do leite/comida, antes de dá-la a provar à criança;
- Antes de começar o banho, verificar sempre a temperatura da água com o cotovelo ou um termómetro — começar por deitar primeiro água fria e só depois a quente;
- Não levar o bebé à praia ou a outros locais muito expostos ao sol. Passear com ele de manhã (até às 11h) e ao fim da tarde (a partir das 17h). Colocar-lhe um chapéu e protetor solar de grau elevado;
- Usar protetores nas tomadas ou instalar tomadas com alvéolos protegidos;
- Proteger as lareiras e afastar os aquecedores das zonas de passagem do bebé;
- Manter detergentes/produtos químicos fechados à chave em armários e longe das crianças.

3 – Intoxicações

Na Europa, 2% das mortes por acidente, em crianças até aos 14 anos, dão-se por intoxicações.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Informação a transmitir aos pais a respeito da prevenção de intoxicações:

- Guardar os medicamentos e produtos tóxicos (produtos de limpeza, bebidas alcoólicas, pesticidas) longe dos alimentos, em armários altos e bem fechados;
- Não utilizar embalagens vazias (garrafas de água ou sumo) para guardar outros produtos, como lixívia ou detergentes. Mantê-los nas suas embalagens originais, com os rótulos intactos;
- Utilizar embalagens com tampa resistente à abertura por crianças;
- Não aplicar ratificidas ou bolas de naftalina em locais visíveis ou acessíveis à criança;
- Evitar tomar medicamentos em frente à criança porque elas gostam de imitar os adultos. As crianças pequenas confundem medicamentos com rebugados, gomas e outros doces;
- Não ter plantas tóxicas em casa ou no jardim— cuidado com as bagas.

Em caso de intoxicação ligar de imediato para o CENTRO DE INFORMAÇÃO ANTI-VEENOS (CIAV) 808250143

4 – Aspiração de corpo estranho/ Engasgamento

O engasgamento ocorre quando um alimento ou qualquer objeto engolido, segue o caminho da via respiratória, em vez do tubo digestivo. Quando o produto aspirado chega aos pulmões, causa um quadro grave, que pode levar à asfixia e até mesmo, à morte.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Informação a transmitir aos pais a respeito da prevenção de aspiração de corpo estranho/engasgamento:

- Não colocar o bebé completamente deitado ao amamentar. O tronco do bebé deve ficar elevado, com a cabeça em um nível superior ao tronco;
- Não dar à criança alimentos pequenos como milho, pastilhas, gotas pequenas...;
- Retirar do alcance de crianças objetos que possam ser colocados na boca ou no nariz, como grãos, moedas e botões. Cuidado também com sacos plásticos e balões.

Informação a transmitir aos pais sobre manobra anti-engasgamento:

- 1) Coloque o bebé de barriga para baixo, sobre as coxas com a cabeça em posição mais baixa que o tórax;
- 2) Segure-o por baixo, mantendo o antebraço sob a barriga dele e usando uma mão para sustentar a cabeça e o pescoço;
- 3) Com a outra mão aplicar cinco palmadas, no centro das costas do bebé, entre as omoplatas.

5 – Afogamentos

O afogamento continua a ser a 2.ª causa de morte accidental nas crianças, ultrapassada apenas, pelos acidentes rodoviários.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Informação a transmitir aos pais a respeito da prevenção de afogamentos:

- Nunca deixar o bebé sozinho na banheira, mesmo que tenha pouca água. Basta um palmo de água para ele se afogar;
- Não utilizar cadeirinhas de banho, pois são instáveis e podem virar-se;
- Não deixar recipientes com água dentro de casa, quintal ou jardim (banheiras, aljufares, ou piscinas insufláveis);
- Instalar vedações que impeçam o acesso a piscinas, tanques ou poços;
- Perto de locais com água manter uma vigilância próxima e focada na criança e estar sempre preparado para agir se ela se atrapa-lhar;
- Colocar braçadeiras ao à criança, mesmo que esteja a brincar fora de água;
- Nunca deixar brinquedos dentro das piscinas;
- Na praia, quando o mar se encontra bravo, não brincar com a criança à beira mar;
- Se for andar de barco no mar ou em barragens, colocar sempre a todos coletes salva-vidas, que cumpram as normas de segurança.

6 – Segurança Rodoviária

Os acidentes rodoviários são a maior causa de morte, deficiência e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens, a nível mundial.

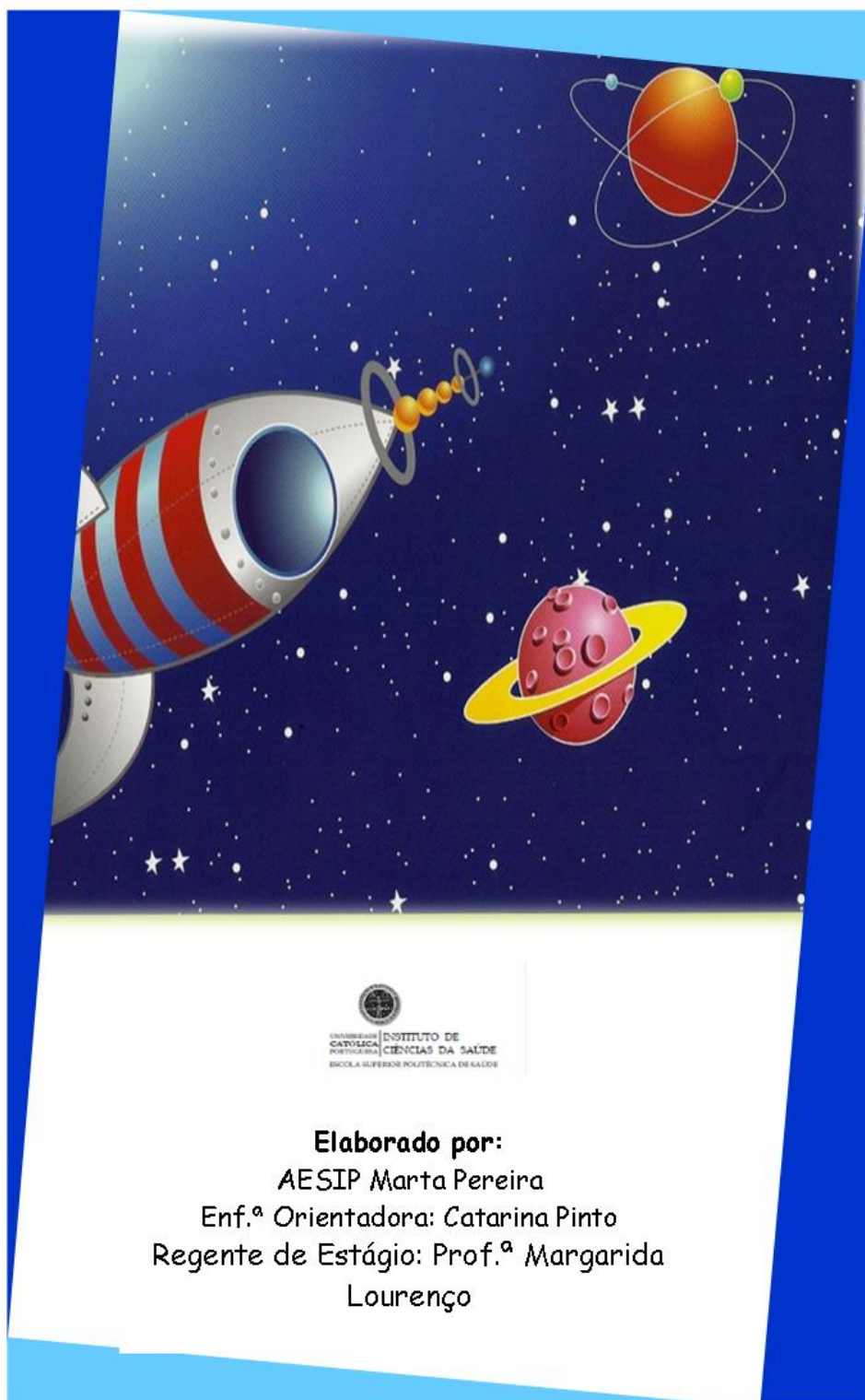
Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Informação a transmitir aos pais a respeito da prevenção de acidentes rodoviários:

- O Código da Estrada obriga a transportar sempre o bebé numa cadeirinha própria, aprovada segundo normas internacionais para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade;
- Transportá-lo sempre virado para trás e corretamente instalado;
- Se o carro tiver airbag frontal ativo, nunca instalar a cadeirinha nesse lugar;
- A criança não deve viajar voltada para a frente antes de completar 18 meses, mesmo que tenha mais de 9kg;
- Para evitar atropelamentos, deve caminhar de frente para os carros, com a criança pelo lado de dentro, pela mão ou ao colo;
- Colocar capacetes, joelheiras e cotoveleiras sempre que a criança andar de bicicleta;
- Ensinar a criança a atravessar a estrada corretamente.

Referências Bibliográficas

APSI—Associação para a Promoção da Saúde Infantil, 2010
Disponível em: <http://www.apsi.org.pt/>



Elaborado por:
AESIP Marta Pereira
Enf.^ª Orientadora: Catarina Pinto
Regente de Estágio: Prof.^ª Margarida
Lourenço

Tratamento dos dados

À avaliação do guia destinado aos enfermeiros que exercem funções neste serviço, responderam 10 (50%).

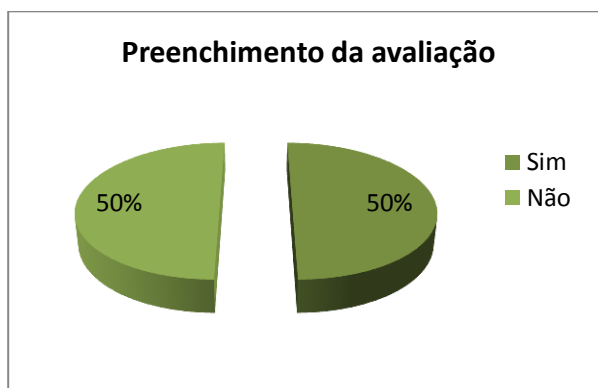


Gráfico 16 - Preenchimento da avaliação do guia

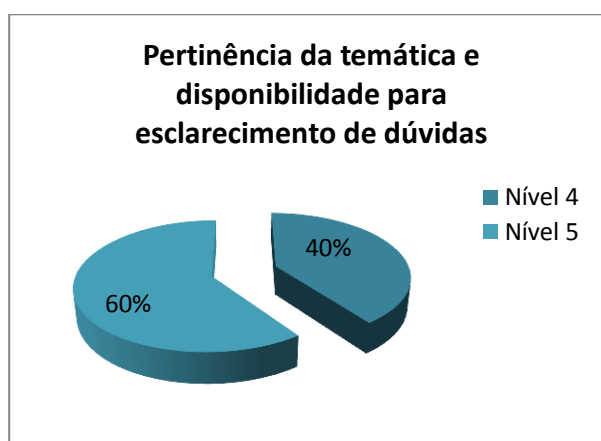


Gráfico 17 – Pertinência da temática e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas



Gráfico 18 – Interesse da temática e clareza na apresentação

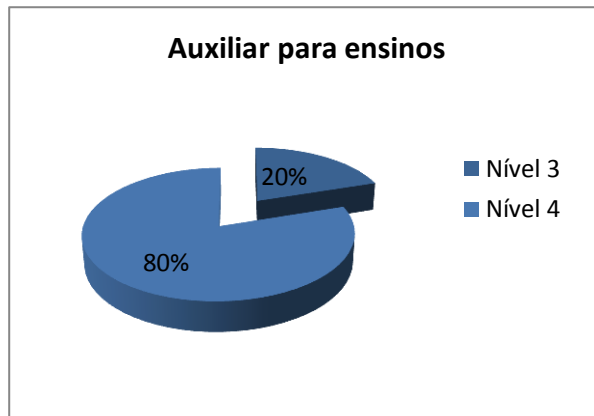


Gráfico 19 – Auxiliar para ensinos a realizar



Gráfico 20 – Método expositivo utilizado

ANEXO XIII – Poster sobre “Prevenção de acidentes em
idade pediátrica”

PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM IDADE PERIÁTICA

Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (2010), é na infância e na adolescência que os acidentes são a principal causa de morte, considerando-os como um problema atual e complexo, com custos psicológicos, sociais e económicos extremamente elevados para a sociedade.

No entanto, a promoção de uma cultura de boas práticas parece ser uma eficiente estratégia para diminuir os números da tragédia e proteger aqueles que mais vulneráveis são e que mais proteção necessitam. A prevenção de acidentes requer, portanto, proteção, educação e disciplina.



Transporte o seu filho sempre em segurança. O Código da Estrada obriga a transportar sempre o seu bebé numa cadeirinha própria, aprovada segundo normas internacionais para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade.



Para dormir, o bebé deve ser deitado de costas, salvo indicação em contrário do médico. Vista o bebé de acordo com a temperatura ambiente. A roupa cama não deve cobri-lo a cabeça. A cama deve estar livre de almofadas, brinquedos e fraldas.



Antes de começar o banho, verifique sempre a temperatura da água com o cotovelo ou um termómetro — comece por deitar primeiro a água fria e aí depois a quente. Nunca deixe o seu filho sozinho no banheiro, mesmo que tenha pouca água.



Atenção aos brinquedos com peças pequenas e soltas, tais como objetos pequenos (moedas, botões, clips) e alimentos pequenos (fatias, milho, pastilhas e gomas pequenas).



Proteja as escadas com cancelas, as janelas e portas de acesso às varandas com fechos de segurança.



Use protetores de tomadas ou instale tomadas com alvéolos protegidos. Elimine todos os fios soltos e extensões e proteja-as, bem como as fichas triplas.



Na cozinha, tenha atenção ao forno quando está quente. Cozinha sempre com as pegas dos tachos e das frigideiras viradas para o interior do fogão.



Fixe as estantes, as prateleiras e armários às paredes. Proteja os cantos dos móveis e coloque travões nas gavetas.



Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, sempre bem fechados e rotulados, fora do alcance das crianças.



Não deixe recipientes com água dentro de casa, quintal ou jardim. Instale varações que impeçam o acesso a piscinas, tanques e poços.



Na praia, não brinque com a criança à beira-mar se esta se encontrar lavada. Coloque sempre braçadeiras à criança, mesmo que esta se encontre a brincar fora de água.



Quando andar com a criança na rua, caminhe sempre pelos passeios, de frente para os carros, com a criança pelo lado de dentro, pela mão ou ao colo.

Ensine-a a atravessar a estrada corretamente.



ANEXO XIV – “Guia orientador para pais sobre cuidados
para prevenir acidentes infantis até aos 6 meses de vida” e
Tratamento de dados

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

**Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais**

**Prevenção de Acidentes
Infantis até aos 6 meses de
vida**

**Guia Orientador para pais sobre cuidados para
prevenir acidentes infantis**



Janeiro de 2013

Os acidentes com crianças podem ser evitados... e quem os pode evitar somos NÓS, os adultos!



Índice

Transporte no Automóvel	4
Asfixia/Engasgamento	6
Dormir	8
Quedas	10
Queimaduras	12
Afogamentos	14
Referências Bibliográficas	16

TRANSPORTE NO AUTOMÓVEL

Os acidentes rodoviários são a maior causa de morte, deficiência e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens, a nível mundial.

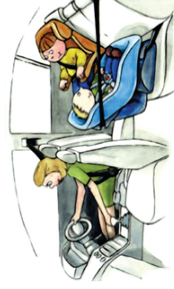
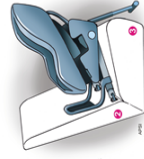
Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2006

Andar de carro é perigoso... e o lugar mais perigoso é o colo de um adulto, mesmo no que seja no banco de trás ou apenas por alguns minutos.

O bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada, por isso deve viajar sempre numa cadeirinha voltada para trás. Só assim, num choque frontal, as costas, a cabeça e o pescoço da criança serão acompanhadas uniformemente.

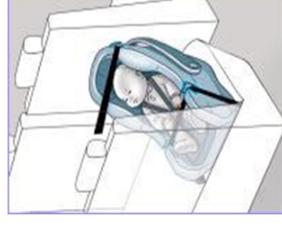
As cadeirinhas voltadas para trás são as que protegem de forma mais eficaz — em caso de acidente, podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2006



Cuidados a ter:

- O Código da Estrada obriga a transportar sempre o seu bebé numa cadeirinha própria, aprovada segundo normas internacionais para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade;
- Transporte-o sempre virado para trás e corretamente instalado;
- Se o carro tiver airbaig frontal ativo, nunca instale a cadeirinha nesse lugar;
- A criança deve viajar de costas voltadas para o trânsito até aos 3 ou 4 anos. Só a partir dos 18 meses será admissível que a criança viaje virada para a frente;
- Nunca deixe o bebé sozinho no carro sem supervisão, mesmo que seja por breves instantes.



Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2006



ASFIXIA ENGASGAMENTO

- Não colocar o bebé completamente deitado ao amamentar. O tronco do bebé deve ficar elevado, com a cabeça em um nível superior ao tronco;
- Colocar o bebé a eructar depois das refeições;



- Os brinquedos do bebé devem ser suficientemente grandes para não poderem ser engolidos;
- Remover todas as peças pequenas ou destacáveis dos brinquedos do bebé;
- Não deixe o bebé brincar com sacos plásticos ou balões;



Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

MANOBRAS ANTI-ENGASGAMENTO

- 1) Coloque o bebé de barriga para baixo, sobre as suas coxas com a cabeça em posição mais baixa que o tórax;
- 2) Segure-o por baixo, mantendo o antebraço sob a barriga dele e usando sua mão para sustentar a cabeça e o pescoço;
- 3) Com a outra mão aplique as palmadas que forem necessárias, no centro das costas do bebé, entre as omoplatas.



Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

DORMIR



- Para dormir, o bebé deve ser deitado de costas, salvo indicação em contrário de um profissional de saúde;

- Para evitar a ASFIXIA e o ESTRANGULAMENTO utilize cobertores leves e coloque-os apenas até aos ombros, de maneira a que não cubram a cabeça do bebé. Não utilize almofadas, fraldas, brinquedos, laços ou fitas dentro da cama;

- Não coloque fios ou cordões ao pescoço do bebé, nem mesmo para pendurar a chupeta;

- Escolha uma cama estável e sólida, com grades com um mínimo de 60cm de altura e aberturas inferiores a 6cm, que obedeça às normas de segurança europeias;

- O colchão deve ser firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre este e as grades;



- Se colocar uma proteção almofadada por dentro da cama, deve prendê-la bem às grades, de forma a não tombar sobre o bebé nem permitir que ele enfie a cabeça por baixo;

- Se a grade for de subir e descer, verifique sempre se acionou o travão e se este ficou bem preso;

- Vista o bebé de acordo com a temperatura do ambiente, para que não tenha frio mas sem demasiada roupa para evitar o SOBREAQUECIMENTO;



- Nunca ponha o bebé a dormir na sua cama, pois ele pode ASFIXIAR!



QUEDAS

Segundo dados da Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI), até ao 1º ano de vida, 80% dos acidentes devem-se a quedas do sofá, da cama dos pais, do carrinho que ficou com o cinto aberto, de escadas... Acidentes que podiam, portanto, ter sido evitados.

Cuidados a ter:

- Nunca deixe o seu bebé sozinho em cima da cama ou do sofá, mesmo " apenas por um segundo" (o tempo de ir buscar uma fralda é o suficiente para o bebé cair). Até um bebé muito pequeno pode rebolar e cair;
- Coloque sempre a cadeirinha de transporte no chão e mantenha sempre os cintos apertados;
- Não pendure sacos nas pegas do carrinho de passeio, pois este pode cair para trás.
- Não desça escadas com o carrinho; use sempre os elevadores e as rampas;

- Colocar cancelas nas escadas que cumpram as normas de segurança, no primeiro e último degrau, fixando-as com parafusos.



- Quando sentar o bebé numa cadeira de comer, apertar o cinto, sem esquecer a faixa entrepernas e nunca o deixar sozinho. Se usar uma cadeira alta, verifique se é estável e coloque-a sempre encostada a uma parede, de forma a não poder cair para trás se outra criança se pendurar ou se o bebé tentar empurrar a mesa com os pés. As cadeiras de encaixar só devem ser usadas em mesas estáveis, com tampos fixos e sólidos que não sejam de vidro;



- Não use andarilhos ("aranhas"), pois este provocam muitos acidentes—quedas, entalões, queimaduras, pancadas na cabeça e não ajudam a andar, podendo mesmo atrasar o desenvolvimento do bebé.



QUEIMADURAS

As queimaduras constituem um motivo frequente de atendimento na urgência pediátrica, sendo a segunda causa de morte acidental em crianças menores de 5 anos.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2012



As queimaduras podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele, mas são os líquidos (ex.: água do banho, leite) e objetos quentes os responsáveis pela maioria das situações. No entanto, não podemos esquecer que o sol, o fogo, a energia elétrica, os produtos químicos e até o frio podem ser também causas de queimaduras

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Cuidados a ter:



- Antes de começar o banho, verifique sempre a temperatura da água com o cotovelo ou um termómetro—comece por deixar primeiro água fria e só depois a quente;
- Nunca acrescente água quente com o bebé dentro da banheira;
- Nunca segurar uma bebida/comida quente com o bebé ao colo;
- Verificar sempre a temperatura do leite/comida, antes de dá-la a provar ao bebé;
- Se utilizar o micro-ondas para aquecer a refeição, tenha em atenção que o aquecimento não é homogéneo;
- Não colocar tachos/panelas quentes no chão;
- Proteger as lareiras e afastar os aquecedores das zonas de passagem do bebé;
- Não leve o seu bebé à praia ou a outros locais muito expostos ao sol. Passeie com ele de manhã (até às 11h) e ao fim da tarde (a partir das 17h). Coloque-lhe um chapéu e protetor solar de grau elevado;
- Usar protetores nas tomadas ou instale tomadas com alvéolos protegidos



Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010



AFOGAMENTOS

O afogamento é a causa de morte acidental em crianças, na Europa.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

É um acontecimento trágico, rápido e silencioso, mas que pode ser evitado.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

O afogamento pode acontecer em ambientes familiares como a banheira, piscina, lago do jardim, poço, tanque da roupa ou de rega, ou mesmo baldes e alguidares, quando o adulto interrompe por instantes a vigilância.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Não espere ouvir barulho.

A criança não esbraceja nem grita quando cai à água; afoga-se em silêncio absoluto!

Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Cuidados a ter:

- Nunca deixe o seu bebé sozinho na banheira, mesmo que tenha pouca água. Basta um palmo de água para ele se afogar;

- Não utilize cadeirinhas de banho, pois são instáveis e podem virar-se;

- Mantenha o seu bebé bem seguro durante o banho (um braço apoia o pescoço e a respetiva mão fixa o braço do bebé);

- Quando virar o bebé no banho, tenha atenção à distancia entre a sua face e a água;

- Não deixe recipientes com água dentro de casa, quintal ou jardim (banheiras, alguidares, ou piscinas insulfáveis);

- Instale vedações que impeçam o acesso a piscinas, tanques ou poços;

- Nunca deixe brincedos dentro das piscinas;

- Na praia, quando o mar se encontra bravo, não brinque /passeie com o bebé à beira mar.



Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2010

Referências Bibliográficas:

APSI—Associação para a Promoção da Segurança Infantil
Disponível em : <http://www.apsi.org.pt/>



Elaborado por:

Enf.^ª Marta Pereira

Aluna de Especialidade de Saúde Infantil e
Pediátrica

Enf.^ª Orientadora: Fátima Sousa

Regente de Estágio: Prof.^ª Margarida
Lourenço

Tratamento de dados

Dos 8 prestadores de cuidados presentes neste serviço, foram entregues 5 guias com respetivo preenchimento da sua avaliação (62,5%).

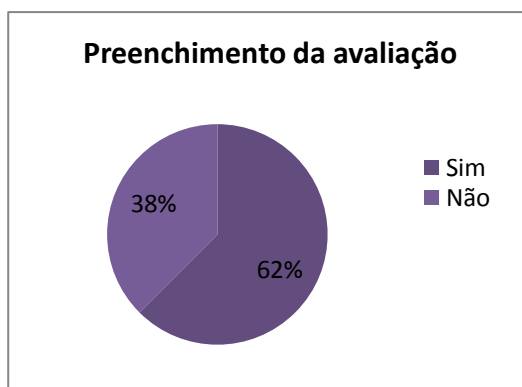


Gráfico 21 - Preenchimento da avaliação do guia

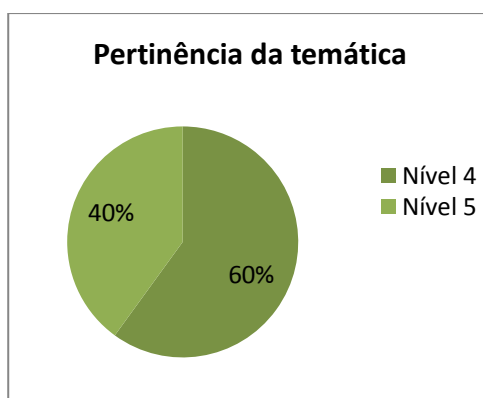


Gráfico 22 – Pertinência da temática apresentada



Gráfico 23 – Interesse da temática apresentada, método expositivo utilizado e clareza na apresentação



Gráfico 24 – Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas