



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Papel do Enfermeiro Especialista na Prevenção de Acidentes Escolares

Ana Rita Lopes de Magalhães

Orientação: Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Infantil e
Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

O Papel do Enfermeiro Especialista na Prevenção de Acidentes Escolares

Ana Rita Lopes de Magalhães

Orientação: Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“A história nos julgará pela diferença que fizermos na vida de todos os dias das crianças.”

Nelson Mandela

RESUMO

Os acidentes escolares e peri-escolares são um grave problema de saúde pública e são uma problemática mundial que pode conduzir a consequências graves a nível económico e social.

Grande parte deste tipo de acidentes são passíveis de ser prevenidos, pelo que devem ser adotadas medidas e estratégias junto das crianças/jovens, seus educadores e tutores de forma a diminuir essa prevalência.

Cabe assim ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica promover hábitos de segurança e apostar na educação para a saúde da criança.

Este relatório, como elemento fundamental para a obtenção do grau de Mestre irá descrever a forma como foram atingidos os objetivos propostos, refletindo acerca das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Prevenção, acidentes escolares e peri-escolares, criança, enfermagem em saúde infantil e pediátrica.

ABSTRACT – THE ROLE OF SPECIALIST NURSE IN THE PREVENTION OF SCHOOL ACCIDENTS

School and peri-school accidents are considered a serious public health problem and are a cross-cutting issue worldwide that can have economic and social consequences.

Much of this type of accident is preventable, so measures and strategies should be adopted among children/youth, their educators and tutors in order to reduce this prevalence.

It is the role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing to promote safety habits and the health education of the child.

This report, as a fundamental element to obtain the Master's degree, will describe how the proposed objectives were achieved, reflecting on the competencies of Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing.

Key words: Prevention, school and peri-school accidents, child, child and pediatric health nursing.

AGRADECIMENTOS

Com a realização deste relatório e atingido mais um marco importante da minha vida, cabe-me demonstrar o meu gesto de gratidão e agradecimento aos que contribuíram de forma direta para que esta etapa se concretizasse.

Agradeço a todos os enfermeiros que se cruzaram no meu caminho, nomeadamente às enfermeiras tutoras Alexandra Sousa e Lina Dias, pela prontidão, simpatia e profissionalismo que demonstraram enquanto orientadoras de estágio.

À Professora Doutora Maria Antónia Chora pela orientação, partilha, ensinamentos, tranquilidade e paciência transmitida, foi um pilar muito importante nos momentos bons e menos bons.

Aos professores de Mestrado do ramo de especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica pela partilha de conhecimentos.

Aos colegas de caminhada Sílvia e Emanuel por partilharem as mesmas dificuldades e conquistas neste percurso.

Por fim gostaria de agradecer à minha família por tudo o que representam, nomeadamente ao meu marido e às minhas filhas por todo o apoio demonstrado e pelas minhas ausências durante este percurso.

A Todos um Muito Obrigada!

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APA – American Psychological Association

APSI - Associação Portuguesa de Saúde Infantil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

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

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EVITA - Epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASI – Plano de Ação para a Segurança Infantil

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PSP – Polícia de Segurança Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Número de acidentes escolares por ano na ULS	36
Figura 2 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por idade	37
Figura 3 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por género	37
Figura 4 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por tipo de acidente	38
Figura 5 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por local de acidente	38
Figura 6 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por tipo de lesão	39
Figura 7 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por parte do corpo afetada	40
Figura 8 - Evolução e encaminhamento da ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14	40

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
2.1. Desenvolvimento Infantil	14
2.2. Saúde e segurança na escola	17
2.3. Acidentes escolares mais frequentes na infância	19
2.3.1. Acidentes escolares mais frequentes na idade escolar	22
2.3.2. Acidentes rodoviários peri-escolares	23
2.4. Prevenção de Acidentes Escolares	27
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM 32	
3.1. Diagnóstico de situação	32
3.2. Definição de objetivos	33
3.3. Planeamento	34
3.4. Execução	35
3.5. Discussão dos resultados	42
3.6. Avaliação	43
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO	44
4.1. Análise Reflexiva do percurso do EEESIP no Serviço de Urgência Pediátrica ... 44	
4.2. Análise Reflexiva do papel do EEESIP na UCC – Saúde Escolar	46
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	52
5.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista	52
5.2. Análise Reflexiva das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	54
5.3. Análise Reflexiva das Competências de Mestre	57
6. CONCLUSÃO	59
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	66
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	67
ANEXO II - Monitorização dos Acidentes Escolares e Peri-Escolares	69
ANEXO III - Declaração da UCC	71
ANEXO IV - Cuidados antecipatórios	73

ANEXO V - Escala de Mary Sheridan Modificada	75
ANEXO VI – Comunicação Livre “Presença do(s) Acompanhante(s) no Serviço de Urgência Pediátrica.....	77
ANEXO VII – Certificado de comunicação livre	79
ANEXO VIII – Poster de participação na Reunião de Pediatria do HJJF, Beja	81
APÊNDICES.....	83
APÊNDICE A - Resumo e Cronograma do Projeto.....	84
APÊNDICE B - Pedido de colaboração à PSP.....	88
APÊNDICE C - Plano de Sessão “Segurança Rodoviária”	91
APÊNDICE D - Sessão “Segurança Rodoviária”	94
APÊNDICE E - Avaliação da sessão “Segurança Rodoviária”	98
APÊNDICE F – Plano de Sessão “Primeiros Socorros”	101
APÊNDICE G – Casos para simulação prática de primeiros socorros	104
APÊNDICE H – Sessão “Primeiros Socorros”	108
APÊNDICE I - Folheto “Prevenção de Acidentes”	112
APÊNDICE J - Revisão Integrativa	114

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Relatório que decorre da etapa final do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. Este Relatório tem por base as unidades curriculares Estágio I e Estágio Final que decorreram em contexto de Urgência Pediátrica e Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente no que diz respeito a cuidados na comunidade como é o caso da Saúde Escolar num total de 216 horas e 648 horas, respetivamente.

Com a obtenção de grau de Mestre e especialização no ramo de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica traçamos como objetivo geral desenvolver conhecimentos e competências na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visando o desenvolvimento do projeto de intervenção com base na metodologia de projeto. Como objetivos específicos definimos:

- Realizar uma análise de reflexão crítica perante a prática clínica caminhando para a obtenção das competências de EEESIP;
- Fundamentar as pesquisas na evidência científica;
- Implementar o projeto de intervenção;
- Elaborar o relatório para posterior apresentação em prova pública.

A temática escolhida para intervir no projeto foi “O papel do Enfermeiro Especialista na Prevenção dos Acidentes Peri-Escolares” dado que a prevenção de acidentes peri-escolares é um tema transversal a várias fases em pediatria e deve ser um foco importante a desenvolver pelo EEESIP. Foi submetido o projeto com o respetivo resumo e cronograma à Universidade de Évora e feito o respetivo pedido à Comissão de Ética dessa Universidade (ANEXO I e APÊNDICE A).

Os indicadores mostram-nos que os acidentes nas suas mais variadas vertentes como quedas, intoxicações, domésticos, viação entre outros tipos resultam muitas vezes em morte ou incapacidade que pode ser temporária ou definitiva na criança/jovem. Associados aos acidentes existe uma envolvência de custos sejam eles pessoais, familiares, sociais ou económicos que conduzem a um alarmante problema de saúde pública (Diário da República, 2015).

Estima-se que 2% da população mundial apresente algum grau de incapacidade relacionado com acidentes. Uma grande parte dos acidentes requer hospitalização ou tratamento ambulatorio, podendo resultar em invalidez temporária ou definitiva ou no pior dos casos, em morte decorrente de sequelas (Figueira, Alves, Ferreira, & Maggi, 2004).

O tipo de acidentes ocorrido nas crianças varia consoante a sua faixa de desenvolvimento e idade, daí que num recém-nascido, os acidentes mais comuns sejam a asfixia e queimadura por sol ou água do banho, nos lactentes e pré-escolares são as quedas das escadas, intoxicações, afogamentos, queimaduras com água fervente e ingestão de corpo estranho. Nos escolares os acidentes de trânsito ou em atividades recreativas, bem como as intoxicações e afogamentos estão descritos como os acidentes mais frequentes e na fase da adolescência repetem-se os acidentes de trânsito e nas atividades recreativas, por uso de armas de fogo, afogamento, suicídio e homicídio. Neste trabalho iremos abordar a faixa etária escolar (6-11/12 anos) onde está descrito que os acidentes mais frequentes são os acidentes de trânsito como peões (Figueira et al., 2004).

A maior preocupação dos acidentes, entre outras são as suas consequências, pois estas é que nos direcionam para as situações de doença e lesões, nomeadamente por incapacidade temporária ou definitiva. A lesão infantil é uma das principais causas de morte e incapacidade em crianças em todo o mundo. O combate à lesão infantil deve contribuir para diminuir a mortalidade e morbilidade infantil e sobretudo para promover o bem-estar das crianças. Nas últimas décadas têm surgido programas relacionados à promoção da saúde das crianças e existe a necessidade de se associar um programa específico para prevenir as lesões infantis (Cordeiro, 2009) (World Health Organization & Unicef, 2008).

A prevenção de acidentes é um tema transversal a todas as fases em pediatria, tendo cada uma a sua especificidade quanto ao tipo de acidentes mais frequentes e necessidade de intervenção por parte do enfermeiro. No caso específico dos acidentes escolares, estes devem ser tidos em conta preventivamente. Uma atuação do enfermeiro especialista junto das escolas pode reduzir satisfatoriamente as lesões acidentais contribuindo para a redução das taxas de morbilidade e mortalidade (Hockenberry & Wilson, 2014).

Em Portugal, os traumatismos e lesões são a principal causa de morte das crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos, embora se denote uma diminuição deste tipo de lesões nas últimas décadas (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2011).

As crianças não são adultos pequenos. O seu grau de dependência e habilidades corporais e intelectuais vão sofrendo alterações à medida que a criança cresce. A curiosidade das crianças habitualmente não é compatível com a sua compreensão perante o perigo (World Health Organization & Unicef, 2008).

Uma vez que o presente trabalho é uma análise reflexiva da atuação preventiva, promovendo a segurança das crianças, considero que a linha de investigação a seguir é a segurança e qualidade de vida. Este relatório encontra-se estruturado em 4 partes, após a introdução. Primeiramente será abordado o enquadramento concetual onde faremos uma descrição de conceitos abordando a saúde escolar e os acidentes escolares, bem como a sua prevenção. Em seguida iremos refletir sobre a metodologia de projeto analisando o projeto de intervenção em enfermagem implementado no contexto do Estágio que entra na fase seguinte deste relatório e onde faremos uma descrição e análise do percurso deste. Serão descritas e refletidas as competências adquiridas e desenvolvidas no que concerne à especialidade, ao grau de especialização e grau de mestre. Por último finalizaremos com a conclusão.

A elaboração deste relatório obedece às orientações presentes no Regulamento de Estágio e Relatório do Mestrado em Enfermagem da associação de escolas e tem como critérios de formatação e referenciação as normas da APA (American Psychological Association, 2018).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Seguindo a linha de investigação “Segurança e qualidade de vida” que este relatório integra, o papel do EEESIP tem relevância acrescida no que diz respeito à prevenção. Essa prevenção realizada pelo EEESIP baseia-se numa transmissão de conhecimentos e ensinamentos e devem ser realizados junto das famílias, comunidades e indivíduos. Os traumatismos que ocorrem provenientes de acidentes nem sempre são acidentais e por isso são passíveis de serem prevenidos e evitados (Figueira et al., 2004).

A melhor forma de evitar os acidentes é através da prevenção dos mesmos. Neste sentido vários órgãos como a OMS, a DGS e a APSI têm desenvolvido estratégias, normas e regulamentos no sentido de apostar na prevenção de acidentes (Batalha et al., 2016).

Os regulamentos, normas e programas existentes baseiam-se no crescimento e desenvolvimento infantil, consoante os estados e características próprias atribuídas a faixas etárias, não sendo contudo de uma precisão exata, pois cada criança cresce e se desenvolve de uma maneira própria e única (Hockenberry & Wilson, 2014).

A pequena estatura das crianças aumenta o risco no ambiente rodoviário, porque as crianças são menos visíveis do que os adultos entre os veículos além de não possuírem correta perceção da distância e velocidade destes (World Health Organization & Unicef, 2008).

2.1. Desenvolvimento Infantil

De acordo com a Convenção Sobre os Direitos da Criança, criança é todo o indivíduo com idade inferior a 18 anos (Unicef, 1989). Para atingir a idade adulta, a criança atravessa todo um processo de desenvolvimento. O desenvolvimento infantil abrange diversos fatores e alterações que se encontram relacionados e que ocorrem durante a vida de um indivíduo. Na situação particular da criança, crescimento e desenvolvimento vão percorrendo um caminho paralelo sem se dissociarem um do outro. O corpo da criança está em constante crescimento e desenvolvimento. De acordo com o

desenvolvimento, cada faixa etária tem como características um conjunto de competências específicas dessa fase e que devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde que trabalhem com crianças (Hockenberry & Wilson, 2014).

O desenvolvimento característico da idade escolar tem como particularidade o distanciamento que a criança vai fazendo do seu seio familiar para se relacionar com os pares. Dá-se o desenvolvimento físico, intelectual e social com maior relevo para o desenvolvimento das habilidades e competências. O desenvolvimento moral começa a ganhar lugar na consciência da criança, assim como a cooperação social, o que vai contribuir para uma ajustada preparação para as fases posteriores da sua vida (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Piaget, nesta fase escolar as crianças entram no período designado operações concretas. Elas desenvolvem o raciocínio e já são capazes de realizar cálculo mental. Nesta fase a capacidade para distinguir a realidade da ficção está mais desenvolvida, assim como o raciocínio lógico. A partir desta fase o pensamento espacial da criança desenvolve-se e a criança começa a ter percepção do caminho para a escola e das distâncias e já é capaz de arranjar marcos de referência no trajeto. A velocidade de processamento e o funcionamento da memória também se desenvolvem nesta fase, o que conduz a um aumento de retenção de informação e na forma de lidar com essa informação. A criança consegue atingir um pensamento mais complexo devido ao aumento das capacidades mentais. O aumento da capacidade de concentração também acontece nesta fase e a criança começa a conseguir abstrair-se de distrações do exterior (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

As habilidades do desenvolvimento relacionadas com o risco de acidentes são inerentes a esta fase escolar e caracterizam-se por a criança estar cada vez mais envolvida em atividades fora do contexto do seu domicílio, pelo início do gosto pelo movimento e pela velocidade, pela fácil distração com o meio ambiente e nesta fase é possível dar explicações à criança, pelo que o melhor método de prevenir os acidentes nesta fase é orientar a criança para a correta utilização dos cintos de segurança quando ela circula num veículo como passageiro, manter a disciplina e cumprir regras quando circula como passageiro de veículo, estimular o comportamento das regras de segurança como peão e

incentivar ao uso de equipamento de proteção, como por exemplo o uso de capacete quando circula de bicicleta (Hockenberry & Wilson, 2014).

No desenvolvimento cognitivo em evolução na criança, quanto mais velha for a criança, maior é a sua capacidade de tomar decisões seguras no ambiente rodoviário. Até aos 11 anos de idade as crianças não têm correta perceção do perigo e mais facilmente se envolvem em acidentes rodoviários, principalmente como peões. A partir dos 11-12 anos já são capazes de reconhecer um determinado local rodoviário como perigoso. Algumas crianças pequenas podem correr riscos por não possuírem habilidades apropriadas para fazer de outra forma, no entanto crianças mais velhas e adolescentes podem procurar ativamente o risco. É responsabilidade dos adultos compreenderem a vulnerabilidade das crianças no ambiente rodoviário e agir de acordo com as suas limitações de desenvolvimento, providenciando níveis de segurança adequados e demonstrando intervenções comportamentais apropriadas ao seu desenvolvimento (World Health Organization & Unicef, 2008).

O desenvolvimento e crescimento infantil está na base da implementação de estratégias que visam promover a saúde e prevenir a doença ou acidentes. Existe em Portugal o PNSIJ que prima pela vigilância em saúde infantil e juvenil e tem como objetivo primordial a obtenção de ganhos em saúde na população pediátrica, sendo elaborado um conjunto de ações a ter em conta na vigilância destes utentes descritos como prioritários. De entre um conjunto de objetivos, destacamos o objetivo de estimular o comportamento promotor de saúde, adotando medidas de segurança e reduzindo o risco de acidentes (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Os temas a ter em consideração nos cuidados antecipatórios previstos nesse programa podem ser abordados em contextos distintos, desde sessões promovidas pela saúde escolar, abordagem individual, inserida num grupo ou através de informação disponível em espaços de espera. Todas estas ações têm em comum envolver ativamente a criança, jovem e suas famílias (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Os cuidados antecipatórios prevêm a abordagem em consulta com o tema “acidentes e segurança” a partir da primeira consulta, embora cada faixa etária tenha orientações específicas a cada fase. Na consulta dos 6-7 anos e dos 8 anos, encontra-se

preconizado abordar os acidentes na perspectiva do caminho escolar, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras. Aos 10 anos é abordado na consulta a temática dos acidentes domésticos e da segurança rodoviária. As consultas dos 12-13 anos e dos 15-18 anos abordam a segurança rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desporto e mergulho. Constatamos que na fase escolar, o tema dos acidentes e segurança deve ser sempre trabalhado com a criança (Direção-Geral da Saúde, 2013).

2.2. Saúde e segurança na escola

O artigo 24 da (Unicef, 1989) refere que

A criança tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos. Os Estados devem dar especial atenção aos cuidados de saúde primários e às medidas de prevenção, à educação em termos de saúde pública e à diminuição da mortalidade infantil. Neste sentido, os Estados encorajam a cooperação internacional e esforçam-se por assegurar que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a serviços de saúde eficazes (Unicef, 1989, p.17).

A criança deve usufruir deste direito em qualquer contexto onde se encontre inserida proporcionando o seu melhor estado em saúde. É responsabilidade do Estado promover a saúde, apostando na prevenção e atuação nos cuidados de saúde primários. Essas medidas irão ao encontro da diminuição da mortalidade infantil.

Embora em alguns países do mundo existam enfermeiros a exercer as suas funções presencialmente nas escolas, em Portugal isso não se verifica. A grande mudança na Saúde Escolar ocorre após ter surgido a carta de Ottawa, em 1986, que preconiza que a saúde é vivenciada pelo indivíduo diariamente, em qualquer contexto onde este se encontre inserido, seja individualmente, em família, na comunidade ou na escola. A Saúde Escolar revela-se de extrema importância no contexto escolar em que toda a população infanto-juvenil se encontra inserida e onde passam a maior parte do seu tempo. Através da Saúde Escolar é possível prevenir a doença, promover a saúde e capacitar as crianças nas suas escolhas de estilos de vida saudáveis, contribuindo para o atingir o potencial máximo em saúde, bem-estar físico, mental e social (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

O papel do enfermeiro de Saúde Escolar é desenvolvido diretamente com os alunos ou funcionários. Desempenha um papel de educador para a saúde, ensinando as crianças individualmente ou na comunidade em que estão inseridas nesse contexto, que é a sua turma. Nas sessões de educação para a saúde promovidas pelo EEESIP podem ser abordadas diversas temáticas como hábitos de alimentação saudáveis, segurança, ou alterações corporais aliadas à fase da puberdade. No caso de existir um aluno com algum nível de incapacidade ou portador de doença crónica, também o enfermeiro de Saúde Escolar assume um papel de gestor de caso, dando a devida assistência e encaminhamento a outras áreas de saúde paralelas, como por exemplo um terapeuta da fala ou fisioterapeuta. Além do público-alvo do enfermeiro de Saúde Escolar serem os alunos, existem também os professores, grupos de pais, funcionários e administradores a quem o enfermeiro é capacitado para dar resposta a nível de informação de saúde, funcionando como um consultor. O EEESIP é um profissional capacitado para propor alterações a nível estrutural da escola ou o ambiente escolar que pode ter impacto na saúde das crianças, tendo sempre como objetivo primordial tornar as escolas em locais mais saudáveis. Outro papel desempenhado pelo enfermeiro de Saúde Escolar é o de conselheiro, pois ele deve ser uma pessoa em que as crianças depositem a sua confiança, podendo ser com este profissional que elas revelem algum problema importante sobre a sua saúde. O enfermeiro em contexto presencial nas escolas tem um vasto leque de situações específicas para dar resposta, tornando as suas funções muito importantes e imprescindíveis relativamente aos cuidados de saúde escolares (Stanhope & Lancaster, 2011).

Sendo do conhecimento geral que a saúde das crianças é da inteira responsabilidade dos seus pais ou tutores, existe atualmente no SNS um Programa direcionado para a Saúde Escolar nas escolas públicas que conta com o trabalho de uma equipa multidisciplinar, entre eles, os profissionais de enfermagem. Como visão estabelecida no PNSE (2015, p.4) “todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma Escola que promova a saúde e o bem-estar”. Este programa permite melhorar a saúde das crianças e do ambiente escolar onde elas se encontram inseridas. Este programa incide numa educação para a saúde de modo a adquirir práticas comuns de hábitos saudáveis e adequados relativamente à saúde e prevenção de acidentes (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com o aparecimento da Saúde Escolar, a promoção da saúde e a prevenção da doença são os principais aspetos a ter em consideração, passando por dar resposta aos desafios da atualidade, assegurando adequados recursos humanos potenciando comportamentos e estilos de vida saudáveis e promotores de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

2.3. Acidentes escolares mais frequentes na infância

Existem diversas definições de acidentes mas todas referem que um acidente é um evento casual e não intencional que ocorre no indivíduo podendo ser causador de vários tipos de lesões nos mais variados contextos ou ambientes (Figueira et al., 2004).

As quedas são o acidente mais frequente nas crianças em todo o mundo, podendo ter como consequência uns arranhões ou traumatismos mais graves, nomeadamente traumatismo crânio-encefálico, o que vai representar custos aos serviços de saúde e elevado risco de morbimortalidade para a criança, com um risco significativo de incapacidade. Este tipo de acidentes representa uma percentagem de 20 a 25% de recurso às urgências pediátricas (Organização Mundial de Saúde, n.d.).

A Convenção sobre os Direitos da Criança afirma que as crianças em todo o mundo têm direito a um ambiente seguro e à proteção contra lesões e violência. As crianças estão expostas a perigos e riscos nas suas vidas diárias e são vulneráveis em todos os lugares aos mesmos tipos de ferimentos. No entanto, os ambientes físicos, sociais, culturais, políticos e económicos em que vivem diferem bastante. Os seus ambientes particulares tornam-se, assim, muito importantes (Unicef, 1989; World Health Organization & Unicef, 2008).

As lesões não são inevitáveis, elas são passíveis de serem prevenidas e controladas. As lesões na infância são um problema major de saúde pública que requerem atenção urgente. Estes tipos de lesões revelam-se preocupantes, nomeadamente a partir de 1 ano de idade, contribuindo significativamente para as taxas de mortes a nível global até que as crianças atinjam a idade adulta (World Health Organization & Unicef, 2008).

Os acidentes como causa externa são a principal causa de morte nos países desenvolvidos, embora se denote que seja uma realidade que esteja em queda ou estagnação devido às medidas preventivas que têm vindo a ser adotadas ao longo dos tempos (Figueira et al., 2004). Dados de 2004 (World Health Organization & Unicef, 2008) revelam que as lesões e a violência são a principal causa de morte de crianças em todo o mundo, sendo responsáveis por cerca de 950 000 mortes em jovens de idade inferior a 18 anos de idade. As lesões involuntárias têm uma representatividade de quase 90% desses casos e são a principal causa de morte em crianças dos 10 aos 19 anos. Entre os 15 e os 19 anos, a principal causa de morte são os traumatismos decorrentes de sinistralidade em estrada sozinhos, sendo esta também a segunda maior causa de morte em crianças com idades entre os 10 e os 14 anos. Além das mortes, neste tipo de acidentes, dezenas de milhões de crianças são sujeitas a atendimento hospitalar por lesões não fatais, tendo muitas delas como resultado algum grau de deficiência que poderá resultar em incapacidade ao longo da vida. A taxa de morte por lesão infantil é maior em países com baixos e médios rendimentos, embora possam existir variações consoante a categoria da morte por lesão.

Em Portugal está descrito que a causa mais frequente de morte em crianças entre os 5 e os 14 anos de idade são causas externas de lesão e envenenamento, acidentes rodoviários e tumores malignos. Dados apresentados pela DGS sugerem que houve uma diminuição acentuada do número de óbitos do quinquénio 2004-2008 para o de 2009-2013. No primeiro estão registados 209 óbitos por acidentes, sendo 140 acidentes de transportes e no período de 2009-2013 estão registados 102 óbitos por acidentes, com 72 registos em acidentes de transporte (Direção-Geral da Saúde, 2015a).

Das lesões ocorridas na fase escolar, o mais comum e potencialmente mais grave são os traumatismos cranianos, surgindo também com frequência os cortes, hematomas e fraturas nos membros. A lesão pode ser considerada mais grave, consoante os atendimentos nos serviços de urgência e os dias de escola perdidos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Denota-se um declínio no número de acidentes ocorridos na fase escolar em relação aos ocorridos na primeira infância, pois à medida que a criança cresce, desenvolve as suas capacidades cognitivas e de coordenação. Na fase escolar os acidentes mais comuns são

os acidentes com veículos, sejam eles como peões ou como passageiro, acidentes com bicicletas, skate, patins. A maioria dos acidentes ocorre naquele que é o espaço mais frequentado pelas crianças, ocorrendo a maioria dos acidentes perto de casa, perto da escola, ou no caminho casa-escola ou escola-casa (Hockenberry & Wilson, 2014).

Algumas crianças no início da fase escolar ou mesmo ainda como frequentadores da pré-escola, são deixadas pelos pais longe da porta da escola ou circulam mesmo sozinhas até à escola, o que vai aumentar o risco de acidente destas crianças porque nesta fase a criança ainda não tem as competências necessárias para o fazer com total segurança. Por vezes têm de atravessar ruas com grande intensidade de tráfego como é característico das ruas nas proximidades das escolas. Os pais devem estar consciencializados para estes riscos e devem ser alertados para a vulnerabilidade das crianças nesta faixa etária (Papalia et al., 2009).

Um relatório emitido pela OMS acerca da segurança rodoviária a nível mundial faz referência ao elevado número de mortes ocorridas por acidentes rodoviários e que matam 1,24 milhões de pessoas por ano. Os principais fatores de risco alusivos à segurança rodoviária são a condução sob o efeito de álcool, excesso de velocidade, e a não utilização de capacetes, cintos de segurança ou sistemas de retenção em crianças e encontra-se relatado que apenas 7% da população mundial possui legislação de segurança rodoviária sob estes fatores (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Entre 2007 e 2010 notou-se um decréscimo do número de mortes por acidentes rodoviários em cerca de 88 países, o que demonstra que é possível haver melhoria, no entanto existem países, nomeadamente os de baixo rendimentos, onde se continua a verificar grande percentagem de mortes por acidentes rodoviários (World Health Organization, 2013).

Os acidentes têm também um grande impacto económico que pode ser avaliado através dos gastos hospitalares, com o recurso às urgências e com a necessidade de internamento, alguns deles em unidades mais diferenciadas e com grande representatividade de custos como são as unidades de cuidados intensivos (Figueira et al., 2004).

2.3.1. Acidentes escolares mais frequentes na idade escolar

De acordo com o PNSE, em 2010 as doenças que mais contribuíram para o número de anos de vida saudáveis perdidos foram as perturbações mentais, doenças músculo-esqueléticas e acidentes, maioritariamente de viação. Os acidentes contribuem, essencialmente, para uma perda de anos de vida saudável, sendo os acidentes de viação os que mais ocorrem no espaço peri-escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

Dados estatísticos mostram-nos que o número de acidentes escolares participados ao seguro escolar tem vindo a aumentar na última década, com registos na ordem dos 60.000 casos entre 2005 e 2008, notando um aumento a partir de 2009 com 86.424 casos, atingindo o pico de registos em 2011 com 97.952 casos e no último ano em que há registo, em 2015, com 78.273 casos registados. Estes registos incluem crianças no ensino público pré-escolar, básico e secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, n.d.).

De acordo com o Relatório Técnico do Programa Nacional de Saúde Escolar, referente à avaliação do ano 2014/2015, de um total de 2230 escolas avaliadas nas diversas regiões de Portugal Continental, 74% da segurança do meio envolvente é considerada como “Boa”. Relativamente à realidade do Alentejo relacionada com a “Boa segurança”, o meio envolvente apresenta 91%, o recinto escolar 11%, o edifício escolar apresenta 6% e a zona de alimentação 24%. Se tivermos em consideração o meio envolvente ou peri-escolar no Alentejo as percentagens são satisfatórias, prendendo-se com o fato do espaço peri-escolar promover a segurança rodoviária e a mobilidade segura e sustentável. Relativamente ao recinto e edifício as percentagens ficam muito aquém de um ambiente escolar seguro. A segurança dos edifícios e do recinto escolar ou a falta dela são um fator importante a ter em conta na monitorização do registo dos acidentes escolares (Direção-Geral de Saúde, 2016).

O mesmo relatório apresenta-nos registos acerca dos acidentes escolares que devem ser considerados. O pré-escolar, representando 5% de acidentes apresenta uma realidade de 2726 acidentes ocorridos, o 1º ciclo de ensino básico apresenta 14380 registos de acidentes, numa representatividade percentual de 29%, o 2º ciclo de ensino básico representa 24% com 12020 registos, o 3º ciclo de ensino básico com 14868 representa

29% de acidentes e por último o ensino secundário representa 13% com 6596 acidentes escolares registados (Direção-Geral de Saúde, 2016).

Em 2004, cerca de 1,3 milhões de pessoas de todas as idades morreram em acidentes de trânsito no mundo e cerca de 50 milhões ficaram feridas ou incapacitadas. Globalmente, 21% das mortes na estrada estavam entre crianças. Apesar de se notar um decréscimo do número de mortes e lesões por sinistralidade rodoviária nos últimos 20 anos, a realidade aponta para que até ao ano de 2030 as lesões por trânsito rodoviário sejam a principal causa de morte em todo o mundo e a sétima principal causa de perda de idade ajustada por incapacidade perdida. As lesões por sinistralidade rodoviária representaram cerca de 262 000 mortes de crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos, o que simboliza quase 30% de todas as mortes por lesões entre crianças. Os traumatismos decorrentes da sinistralidade rodoviária são a principal causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos (World Health Organization & Unicef, 2008).

As principais lesões não fatais que surgem nos acidentes ocorridos em crianças em idade escolar são as fraturas, entorses, estiramentos, cortes, lesões por abrasão e traumatismos cranianos (Hockenberry & Wilson, 2014).

2.3.2. Acidentes rodoviários peri-escolares

Relativamente à segurança rodoviária no ambiente peri-escolar, esta deve ser promovida através da comunidade educativa, de saúde e familiar. As crianças devem ser capacitadas e consciencializadas para as situações vividas em ambiente rodoviário. Assim, a criança deve adotar estilos de vida promotores de saúde evitando os acidentes, seja como peão, condutor ou passageiro (Direção-Geral da Saúde, 2015b). Para que seja possível desenvolver estas capacidades nas crianças, o EEESIP assume um papel importante nesta vertente.

Na maioria dos lugares, a rede rodoviária é produzida sem considerar crianças. Contudo, as crianças também são utilizadoras dessa rede como peões, ciclistas, motociclistas e passageiros de veículos a motor. É do conhecimento que a estrada é um

local perigoso para crianças e jovens, no entanto existem medidas comprovadas que podem ser implementadas para reduzir os riscos de lesões ocorridas por sinistralidade rodoviária (World Health Organization & Unicef, 2008).

Não é conhecido com precisão o número de crianças feridas e incapacitadas por ano decorrente de acidente rodoviário, mas estima-se que ronde os 10 milhões. Pesquisas mundiais demonstraram que em 254 crianças submetidas a acidente rodoviário que necessitam de internamento, 4 ficam com uma incapacidade permanente. De um modo global, as lesões por acidentes rodoviários ocorridas em crianças até aos 15 anos de idade representam 9482 anos de vida perdidos por incapacidade. Pode existir uma falha na representação destes dados, principalmente em países de baixos rendimentos e alguns de médio rendimento, pois nestes países, muitas das crianças não se deslocam ao hospital e a colheita de dados pode estar comprometida (World Health Organization & Unicef, 2008).

As partes do corpo mais suscetíveis de lesão neste tipo de acidentes são a cabeça e os membros e a sua gravidade dependerá da idade da criança e da utilização dos dispositivos de proteção. Lesões ocorridas no peito e abdómen, apesar de serem menos frequentes, podem ser mais graves devido aos órgãos envolventes. As lesões por acidente rodoviário são uma das principais causas de incapacidade nas crianças. Pesquisas relatam que a taxa de incapacidade permanente entre crianças do 1 aos 17 anos de idade foi de 20 por 100 000 crianças. Além disso, um número significativo de crianças necessita de internamento hospitalar ou falta à escola como resultado dos seus ferimentos. A qualidade de vida das crianças e suas famílias pode ficar gravemente afetada após a ocorrência de um acidente, se daí resultar algum tipo de incapacidade, pois algumas vezes as crianças vão requerer cuidados mais específicos e de longa duração, levando-os à privação da educação e desenvolvimento social e conduzindo as suas famílias ao desemprego, podendo originar situações de dificuldade financeira (World Health Organization & Unicef, 2008).

Os acidentes ocorridos que atingem crianças como peões é muito variável, apresentam uma percentagem de 5 a 10% em países de alto rendimento, aumentando para 30 a 40% quando falamos em países de baixo a médio rendimento, como é o caso de África e Ásia onde as pessoas se deslocam maioritariamente a pé. Já vai sendo feito um

esforço na prevenção de acidentes, principalmente nos países de alto rendimento, no entanto, as lesões ocorridas por acidentes rodoviários na faixa etária dos 5 aos 14 anos continua a representar um problema. Outro fator que contribui para o maior número de vítimas em países de baixo rendimento é o fato de algumas crianças utilizarem as estradas para brincar ou para realizar pequenos negócios, aumentando significativamente a sua exposição. Enquanto passageiros, a percentagem de crianças lesadas e mortas aumenta quando falamos de países de alto rendimento, com uma percentagem na ordem dos 50%, seguido dos países de médio rendimento. Os sistemas de retenção têm um peso importante no número de crianças vítimas de acidentes quando não são adequadamente utilizados ou mesmo se não forem utilizados. Estes sistemas devem ter em conta a idade, peso e altura da criança, de modo a serem eficazes na sua função. A partir da adolescência nota-se um declínio no uso do cinto de segurança e numa pesquisa realizada está descrito que apenas um terço dos jovens dos 14 aos 17 anos confirma utilizar o cinto de segurança quando transportados como passageiros num veículo (World Health Organization & Unicef, 2008).

Em alguns países a bicicleta é utilizada como meio recreativo e de lazer e aqui a taxa de acidentes ocorrida com este meio de transporte é reduzida, além de muitas vezes as pequenas colisões nem serem comunicadas às entidades superiores. Nos países de baixo e médio rendimento, a bicicleta é utilizada como meio de transporte, pelo que os acidentes com bicicleta representam 2 a 8% das mortes no mundo, ocorrendo a maioria nestes países. Os principais riscos associados a acidentes com bicicleta incluem a não utilização de capacete ou utilização de capacete não adequado, circular em estradas com trânsito rodoviário e circular em passeios (World Health Organization & Unicef, 2008).

As crianças começam cedo a andar de motorizada como passageiros e mesmo quando acompanhadas por um adulto, algumas não utilizam capacete, provavelmente por não haver um capacete ajustado ou pelos custos que este representa. Em alguns países asiáticos, a motorizada de motor pequeno é utilizada por crianças a partir dos 15 anos, o que contribui para a mortalidade e morbilidade entre adolescentes. Contudo, o desenvolvimento nesta faixa etária prevê um aumento do comportamento de risco. A não obrigatoriedade do uso de capacete em alguns países contribui para a baixa prevalência do uso de capacete de motorizada em muitos locais, sendo a taxa de utilização mais

elevada quanto mais velho é o jovem/adulto (World Health Organization & Unicef, 2008).

Relativamente a veículos pesados, nomeadamente relacionados com transporte escolar, os acidentes em que estes se envolvem acontecem com mais frequência nos países de baixo rendimento, enquanto nos países de médio e alto rendimento, o maior risco para as crianças em idade escolar é ao descer do autocarro, e não de acidentes envolvendo o autocarro escolar (World Health Organization & Unicef, 2008).

Não se encontram disponíveis informações sobre o custo global dos ferimentos em crianças. Os custos diretos e indiretos de ferimentos rodoviários são numerosos. Estes custos incluem incapacidade permanente, perda de dias de escola, cuidados de saúde, custos legais, custos de reparação de veículos, perda de vencimento por parte dos pais que pode resultar da necessidade de se desempregar para cuidar da criança. Os custos económicos de longo prazo que podem estar envolvidos são a morte prematura, a perda de anos saudáveis e a incapacidade das pessoas trabalharem com deficiências graves (World Health Organization & Unicef, 2008).

Existe uma lacuna mundial relativamente aos sistemas de vigilância de lesões que fornecem dados confiáveis sobre acidentes de trânsito e ferimentos. As lesões menores, moderadas ou graves sofrem uma falta de definição e registo, tornando os indicadores dos resultados não fatais, escassos. Para melhorar a segurança rodoviária deve ser estabelecido um sistema simples e económico, baseado em dados sólidos para que seja fornecida uma base para a tomada de decisões (World Health Organization & Unicef, 2008).

Apesar de existirem fatores de risco para lesões ocorridas no trânsito rodoviário comuns à população, existem também fatores de risco que são específicos das crianças. O ambiente rodoviário é construído sem ter em linha de consideração as crianças e quando as crianças o utilizam estão expostas a um maior risco de acidente ou lesão. Como exemplo dos fatores específicos temos o desenvolvimento físico e cognitivo da criança. Fisicamente a criança é mais vulnerável ao impacto das lesões do que um adulto. As crianças compreendem e reagem a situações complexas de trânsito de diferente modo dos adultos. Também existe distinção entre crianças mais novas e crianças mais velhas no

modo como estas fazem o processamento da informação. O processo de desenvolvimento passa por diferentes etapas e as diferenças entre as crianças pode existir (World Health Organization & Unicef, 2008).

Outros fatores de risco que podem influenciar as taxas de acidente rodoviário são a supervisão feita por um adulto, o status económico, fatores ambientais e as condições do veículo. Se houver supervisão por um adulto, está demonstrado que a probabilidade de uma criança sofrer um acidente rodoviário é significativamente menor, existindo uma forte relação entre lesão por acidente e falta de supervisão tanto na escola como na viagem para a escola. Pesquisas demonstram que as crianças mais pobres têm maior risco de sofrerem acidentes rodoviários. Um fator comum entre crianças são as suas atividades em ambiente rodoviário, como andar de bicicleta, andar, correr, jogar, entre outras atividades de grupo. Se por um lado é saudável que se realizem estas atividades, por outro deixa as crianças mais vulneráveis, pelo que devem ser criadas condições de segurança. As zonas residenciais ou escolares são um local delicado onde as crianças se deslocam ou brincam com frequência e muitas vezes não são cumpridas as regras de trânsito pelos condutores (World Health Organization & Unicef, 2008).

2.4. Prevenção de Acidentes Escolares

No ambiente em que a criança se encontra inserida, como é o caso do ambiente escolar, devem ser proporcionadas as condições de segurança tendo em consideração a diminuição do risco a que a criança se encontra exposta nestes ambientes, de modo a prevenir os acidentes ou lesões não intencionais (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2011).

Na última década, muito tem sido debatido acerca da melhor forma de reduzir a incidência de lesões por acidentes rodoviários, incluindo a prevenção de acidentes de trânsito rodoviário que envolve crianças. A melhor forma de garantir a segurança rodoviária nas crianças é agir em concordância com uma abordagem holística que relacione medidas para abordar comportamentos dos utilizadores de estradas, melhorar o ambiente rodoviário e projetar veículos que criem melhores condições de segurança tanto

com os seus ocupantes como os que estão em risco fora do veículo (World Health Organization & Unicef, 2008).

A faixa etária onde ocorre maior número de mortes é dos 5 aos 14 anos, principalmente no sexo masculino. A prevenção dos acidentes é passível de ser feita e é importante que o EEESIP invista nessa prevenção. O papel do EEESIP passa por fazer ensinamentos às crianças de modo a diminuir a sinistralidade. Elas devem aprender a atravessar a rua com segurança, na passeadeira e olhando para ambos os lados, não devem brincar e andar de bicicleta pelas ruas sozinhas, para isso existem zonas de recreio e ciclovias específicas para o efeito, devem circular sozinhas na rua apenas quando demonstrem sentido de responsabilidade e segurança e com conhecimento suficiente acerca de regras rodoviárias, deve ser planeado o circuito que a criança fará habitualmente da escola para casa e vice-versa e devem ser tidos em consideração os caminhos com menor tráfego e onde os carros não circulem a grandes velocidades, devendo ser dada preferência às zonas residenciais e escolares onde habitualmente os limites de velocidade automóvel são mais baixos (Figueira et al., 2004).

Existem 3 níveis de prevenção que são comumente utilizadas nas escolas, sendo eles a prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. A prevenção primária incide na promoção da saúde e no modo de atuar preventivamente, evitando problemas de saúde nas crianças através da educação para a saúde. Na prevenção secundária são realizados rastreios de doenças e é monitorizado o crescimento e desenvolvimento, tendo em conta os cuidados quando se encontram doentes ou lesionados. A prevenção terciária abrange as crianças que necessitam de recorrer a serviços de saúde por tempo prolongado em consonância com a educação dentro da comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

O principal modo de prevenção dos acidentes escolares é a prevenção primária e passa por realizar educação para a saúde à criança e suas famílias e isso pode ser feito individualmente na consulta ou em comunidade, como sejam as escolas, no contexto de Saúde Escolar. Deve ser dado relevo aos potenciais riscos e ao uso de equipamento de proteção adequados a cada ocasião, como sejam a utilização correta do cinto de segurança e o uso do capacete (Hockenberry & Wilson, 2014). A relação entre grupos de pares que os pais mantêm com outros pais de filhos de idade escolar é igualmente importante,

porque permite-lhes uma partilha de experiências e saberes. Eles sentem que não estão sozinhos e o EEESIP complementa a informação orientando os pais de modo preventivo e tranquilizador (Stanhope & Lancaster, 2011).

Serão abordadas as melhores formas de prevenção para uma circulação segura das crianças em idade escolar relativamente ao andar de bicicleta, circularem como peões e como passageiros de automóvel e autocarro. As principais regras de segurança a ter em consideração quando uma criança circula de bicicleta são utilizar sempre capacete de tamanho adequado e que não esteja danificado, utilizar ciclovias, circular em fila única, atravessar cruzamentos com a bicicleta na faixa dos peões, prestar atenção aos buracos no chão e ao estado do pavimento, manter ambas as mãos no guiador, nunca andar mais do que uma pessoa na bicicleta, exceto se for uma bicicleta dupla, não arrastar objetos atrás da bicicleta, prestar atenção aos peões e ceder-lhes a passagem, prestar atenção aos carros estacionados, saídas de garagem ou em cruzamentos, aprender regras de trânsito e respeito às autoridades do trânsito, obedecer a todas as práticas locais, usar calçado adequado à circulação de bicicleta, usar roupa em tons claros ou fluorescentes no período da noite, usar fluorescentes na bicicleta à noite, adequar o tamanho da bicicleta ao ciclista, devendo este conseguir apoiar os bicos dos pés no chão quando a bicicleta está parada, equipar a bicicleta com luzes e refletores apropriados, assegurar que a bicicleta se encontra em boas condições mecânicas (Stanhope & Lancaster, 2011).

Medidas de engenharia também devem ser tidas em conta quando falamos de prevenção de acidentes. Deve ser criado um ambiente seguro para crianças nas principais rotas utilizadas por crianças como o caminho para a escola, para o parque e locais de interesse das crianças, seja a pé ou de bicicleta. Nas zonas envolventes das escolas e residenciais há medidas estruturais que podem ter importância na redução ou gravidade dos acidentes, como limitar a velocidade nestas zonas a um máximo de 30 km/h, infraestruturas que permitam reduzir a velocidade como mini-rotundas, lombas, cruzamentos para peões, melhoria da iluminação rodoviária, redistribuição do tráfego e a criação de ruas unidirecionais perto das escolas (World Health Organization & Unicef, 2008).

Várias medidas podem ser levadas em conta para que se obtenha um trajeto seguro no caminho para a escola. Disponibilizar um autocarro escolar que transporte as crianças

para a escola vai fazer com que diminua consideravelmente a intensidade de tráfego nesse local e a poluição, ou mesmo quando caminham a pé para a escola, podê-lo fazer em grupo, podendo ter a supervisão de um adulto ou de um grupo de voluntários adultos que encaminhe as crianças à escola em segurança e lhes transmita regras de segurança, utilizando coletes fluorescentes e ensinando os benefícios da caminhada. Alguns países já introduziram a chamada zona de segurança escolar, que inclui áreas sem carros, medidas de redução de velocidade e supervisão de adultos para atravessar a estrada em segurança (World Health Organization & Unicef, 2008).

Um dos sistemas mais eficazes de redução de acidentes ou da sua gravidade são a utilização correta de sistemas de retenção. Os sistemas de retenção devem ser adequados ao desenvolvimento da criança e tal como o cinto de segurança, têm a função de proteger a criança em caso de acidente, distribuindo as forças pelo corpo, reduzindo a probabilidade de ocorrer uma lesão grave. Os sistemas de retenção existentes para crianças como passageiro são cadeira para bebês, cadeiras para crianças voltadas para trás ou para a frente e assentos de elevação para crianças mais velhas. Independentemente do tipo de retenção, este deve ter em atenção as dimensões físicas da criança. Estes sistemas são deveras eficientes na prevenção da morte e são considerados a medida de segurança em veículos mais importante para crianças. Se estiverem a ser devidamente utilizados e instalados, estes sistemas reduzem a morte das crianças em 70%, em crianças de 1 a 4 anos reduz 54% e a redução de feridas graves é diminuída em 59% entre crianças dos 4 aos 7 anos e que estejam a utilizar assento de elevação, em comparação com a taxa de lesões sofridas usando cintos de segurança dos veículos. Pesquisas realizadas na Grécia demonstraram que cerca de 88% dos pais colocaram os seus filhos no banco traseiro sem sistema de retenção. Mesmo nos países onde se verifica maior taxa de utilização dos sistemas de retenção, verifica-se que muitas vezes são utilizados de forma inadequada, expondo igualmente a criança a um risco aumentado. Nos países onde menos se utilizam estes sistemas, essa limitação pode acontecer pelo acesso ou custo dos sistemas de retenção. A existência de leis sobre o uso de sistemas de retenção infantil e a sua aplicação conduzem a uma redução na taxa de acidentes graves. As campanhas publicitárias também funcionam como forma de prevenção levando à consciência pública. Em alguns países foi implementado o regime de empréstimo, contribuindo para aumentar a acessibilidade e a compatibilidade dos sistemas de retenção adequados (World Health Organization & Unicef, 2008).

Outro sistema de retenção eficaz é o cinto de segurança e pode ser utilizado a partir dos 10 anos ou acima dos 150 cm de altura. A utilização correta do cinto de segurança prevê uma redução do risco de ser ejetado e sofrer ferimentos graves ou fatais entre 40 e 65%. As medidas que visam melhorar a utilização do cinto de segurança passam por implementação de uma lei que prescreva o uso do cinto de segurança, exigir que todos os veículos sejam equipados com cintos de segurança apropriados e sensibilização aos jovens acerca do uso de cinto de segurança através de campanhas. Os peões mais suscetíveis de sofrerem lesões por acidente são as crianças devido à sua vulnerabilidade e baixa estatura. Se não forem vistos a tempo podem incorrer num acidente e devem ser tomadas medidas de modo a evitar a colisão. As intervenções a ser consideradas passam pela utilização de roupas refletoras, tiras refletoras nas mochilas, sejam em peões ou ciclistas. Os ciclistas e motociclistas devem também utilizar capacete branco ou com tons fluorescentes de modo a aumentar a possibilidade de serem vistos (World Health Organization & Unicef, 2008).

Uma das principais medidas de prevenção de acidentes é a implementação e aplicação de normas de segurança rodoviária, incluindo a legislação. Este fato conduz a uma diminuição no número de acidentes e na gravidade da lesão (World Health Organization & Unicef, 2008).

A educação pode melhorar comportamentos e atitudes, embora não esteja estudado a eficácia de redução do número de acidentes com base na educação. Apenas se sabe que é possível melhorar comportamentos e atitudes. A maioria das vezes acontece que a educação rodoviária é realizada em sala de aula e tradicionalmente são ensinadas as regras da estrada. Deve ser desenvolvida mais interação incluindo habilidades práticas e deve ser estruturada uma abordagem com base no exemplo (World Health Organization & Unicef, 2008).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM

O projeto de intervenção surgiu como necessidade de intervenção e aquisição de estratégias que conduzem a situação teórica para a prática. É importante utilizar esta metodologia no contexto de Relatório de Mestrado em Enfermagem, dado que após o período teórico iremos efetuar uma abordagem reflexiva sobre o projeto na prática de enfermagem. Para desenvolver esta projeto iremos abordar as etapas que fazem parte desta metodologia começando pelo diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

3.1. Diagnóstico de situação

Nesta fase de metodologia de projeto, o diagnóstico de situação é um processo dinâmico que abrange sobretudo a identificação do problema e a determinação das necessidades. Torna-se necessário estabelecer prioridades e indicar causas possíveis através da recolha e análise de informação para a realização do projeto (Ferrito et al., 2010). O diagnóstico de situação deve debelar uma descrição preferencialmente quantitativa da situação possibilitando uma ação em tempo útil. Esta fase deve ser suficientemente alargada e aprofundada, determinando os problemas, a noção de evolução prognóstica, análise da evolução e perspetivas. No entanto deve ser sucinta e de fácil compreensão de modo a não inviabilizar as fases seguintes (Tavares, 1990). Neste sentido, elaborámos o presente projeto indo de encontro à necessidade da prevenção de acidentes em ambiente escolar.

O diagnóstico de situação pressupõe uma “etapa que envolve a recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa, não descurando o aprofundamento que se pressupõe” (Ferrito et al, 2010, p. 11). Neste sentido conduzimos este projeto de acordo com a problemática nacional, de acidentes escolares e peri-escolares. Numa perspetiva nacional e de acordo com o estudo EVITA (Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes) que decorreu entre os anos de 2009 e 2012, verifica-se que a escola foi o segundo local onde houve registo de maior número de acidentes, com 24% de casos registados, tendo sido a faixa etária dos 10 aos 14 anos onde houve mais registos

de acidentes (Instituto Nacional Dr Ricardo Jorge, 2014). O tipo de lesão mais frequente identificado neste estudo são os hematomas e contusões com uma representatividade de 76,4%, seguido de ferida aberta com 13,1% e o local do corpo mais afetado são os membros e a cabeça (Contreiras & Rodrigues, 2014).

Segundo o PASI, a principal causa de morte das crianças e adolescentes, dos 0 aos 19 anos, em Portugal são os traumatismos e lesões. Embora estas taxas tenham vindo a sofrer uma diminuição considerável desde a década de 80, os traumatismos e lesões ainda têm uma elevada representatividade na diminuição de anos de vida perdida, o que significa que durante esse período as crianças não desenvolvem o seu ritmo de crescimento normal, não aprendem e muitas vezes não contribuem para a sociedade (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2011).

Este projeto surge após a identificação de elevadas taxas de acidentes escolares a nível nacional. Estas necessidades foram identificadas a partir de consulta do Relatório Técnico do Programa Nacional de Saúde Escolar relativos ao ano letivo de 2014/2015, pelo que iremos desenvolver este projeto no sentido de delinear estratégias de intervenção direcionadas para a prevenção de acidentes peri-escolares, diminuindo a morbimortalidade que daí pode resultar. Conhecendo a existência de um documento próprio de monitorização de acidentes implementado pela DGS e que consta do PNSE, é possível identificar os riscos mais prováveis consoante os registos de tipo de acidente, local do acidente e tipo de lesão resultante, bem como o encaminhamento aos cuidados de saúde e proceder às intervenções necessárias que possam contribuir para uma diminuição do número de acidentes escolares e peri-escolares (ANEXO II) (Direção Geral de Saúde, 2016).

3.2. Definição de objetivos

Ao proceder à fixação de objetivos, estes devem ser realizáveis e quantificáveis num curto espaço de tempo (Ferrito et al., 2010). Como objetivos da metodologia de projeto definimos como objetivo geral prevenir a ocorrência de acidentes escolares e peri-escolares e como objetivos específicos:

- desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, na abordagem à criança em contexto de saúde escolar;
- promover autonomia e segurança às crianças das turmas selecionadas relativamente à segurança rodoviária;
- contribuir para a redução do número de acidentes peri-escolares.

3.3. Planeamento

Nesta fase de projeto iremos descrever as necessidades de intervenção, as condicionantes e limitações de acordo com os objetivos estabelecidos e iremos definir estratégias de modo a dar resposta à concretização dos objetivos. Foi elaborado um cronograma com as atividades realizadas (APÊNDICE A).

A fase do planeamento do projeto abrange o esboço do projeto onde se fará o levantamento das necessidades de intervenção, as condicionantes e limitações de acordo com os objetivos estabelecidos. De modo a colmatar as necessidades identificadas iremos proceder à efetivação dos objetivos traçados, definindo estratégias de modo a responder às mesmas.

Após reconhecimento do local de estágio e reunião com a enfermeira orientadora durante a primeira semana, foi-nos dado a conhecer os temas da área da Saúde Escolar a serem trabalhados no primeiro período do calendário escolar. Dado o tema da prevenção de acidentes estar englobado nos objetivos desenvolvidos pela UCC, no âmbito do programa de Saúde Escolar, foi esse o tema escolhido para realizar o projeto (ANEXO III).

De modo a programar as intervenções necessárias à execução do projeto, efetuámos inicialmente um levantamento da monitorização dos acidentes escolares tanto a nível de recorrências ao serviço de urgência como em documento preenchido pelas escolas, junto das técnicas de saúde ambiental.

Foram delineadas algumas medidas de intervenção no âmbito da prevenção, tendo sido realizado:

- Contato com a Enfermeira Orientadora e responsável pela Saúde Escolar de modo a conhecer quais as temáticas a serem trabalhadas durante o período de estágio;
- Levantamento da monitorização de acidentes escolares junto das técnicas de saúde ambiental da USP, através dos registos em documento próprio emitido pela DGS;
- Sessões de educação para a saúde acerca de “Segurança Rodoviária” em turmas de 5º ano de escolas urbanas;
- Sessões de educação para a saúde acerca de “Segurança Rodoviária” em duas turmas de 4º ano de freguesias rurais;
- Sessão de educação para a saúde acerca de “Primeiros Socorros” a uma turma de 3º ano.

O recente protótipo de intervenção da saúde escolar visa cooperar a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

3.4. Execução

Nesta fase de projeto iremos colocar em prática todas as ações planeadas (Ferrito et al., 2010).

De acordo com dados da instituição disponíveis no site interno da mesma, foi efetuado um levantamento dos dados registados nos cadernos de estatística referentes ao recurso à Urgência Pediátrica por acidente escolar no período de 2010 a 2016. Na Figura 1 estão representados esses registos e constata-se que os resultados oscilam, verificámos uma quebra em 2011, 2012 e o maior decréscimo verifica-se no ano de 2015. O ano com maior número de registos de acidentes escolares nesta ULS é o de 2013 (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, n.d.)

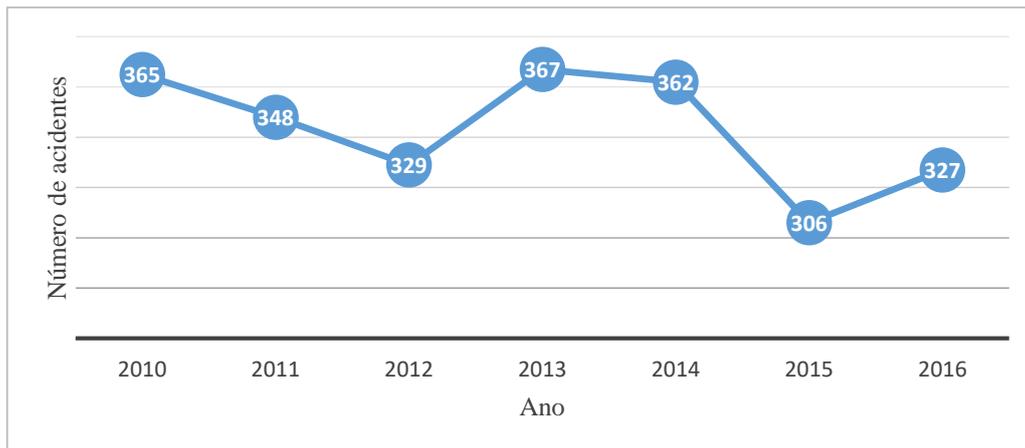


Figura 1 – Número de acidentes escolares por ano na Unidade Local de Saúde

Fonte: ULSBA

Relativamente aos registos efetuados da monitorização de acidentes previsto pela DGS implícitos no PNSE, os registos mais recentes desta ULS foram feitos por apenas uma das três escolas básicas das freguesias urbanas. Este levantamento permite-nos compreender qual o tipo de acidente mais frequente, nomeadamente a nível do local da escola em que ocorre, o tipo de acidente, o tipo de lesão que surge, qual o tratamento a que foi sujeito e qual o encaminhamento que levou. Elaborámos as figuras com base nos dados fornecidos de acidentes ocorridos no ano letivo de 2013/2014 numa escola básica urbana, da área de influência da UCC. Analisando os dados e representando-os na Figura 2, podemos constatar que nesta escola, em 53 ocorrências registadas durante o ano letivo de 2013/2014, a maioria dos acidentes ocorre no sexo masculino, com 33 ocorrências e a faixa etária com mais registos é dos 10, 11 e 12 anos, considerando a idade dos 6 aos 15 anos. O sexo masculino mostra ser o género mais frequente na ocorrência de acidentes em relação ao sexo feminino com uma percentagem de 62% de ocorrências de acidentes escolares em relação aos 38% do sexo oposto, tal como demonstrado na Figura 3.

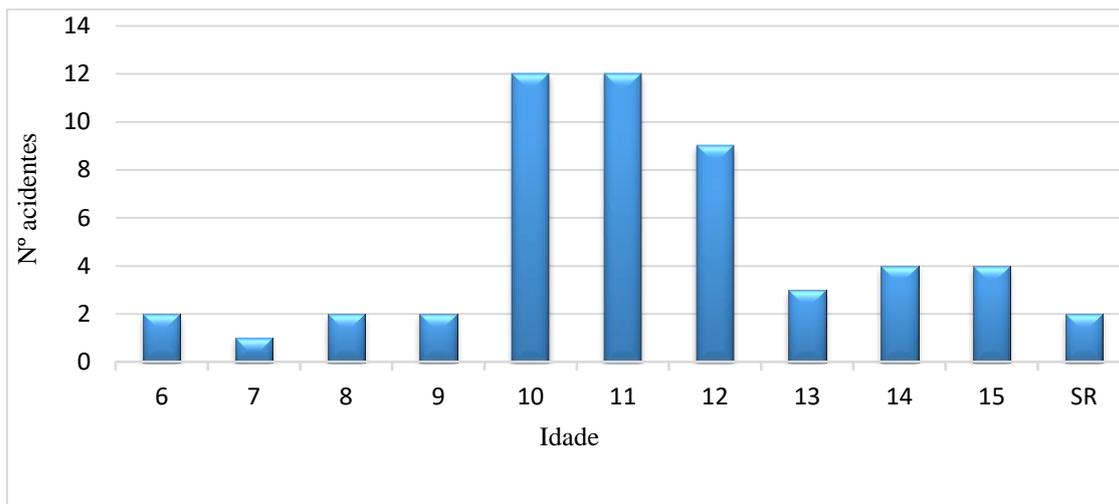


Figura 2 – Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por idade

Fonte: ULSBA

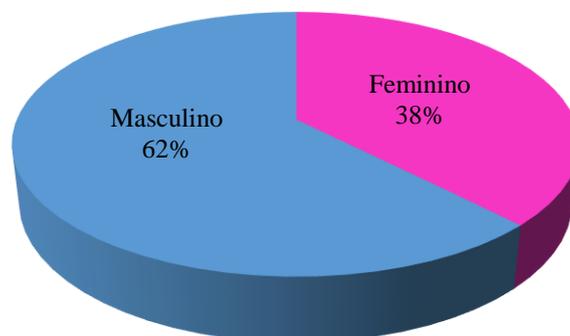


Figura 3- Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por género

Fonte: ULSBA

O local de acidente onde se verificam maior número de acidentes é o ginásio e o espaço de recreio e consequentemente os tipos de acidentes mais frequentes são a queda e o trauma provocado por bola conforme ilustrado nas Figuras 4 e 5, respetivamente.

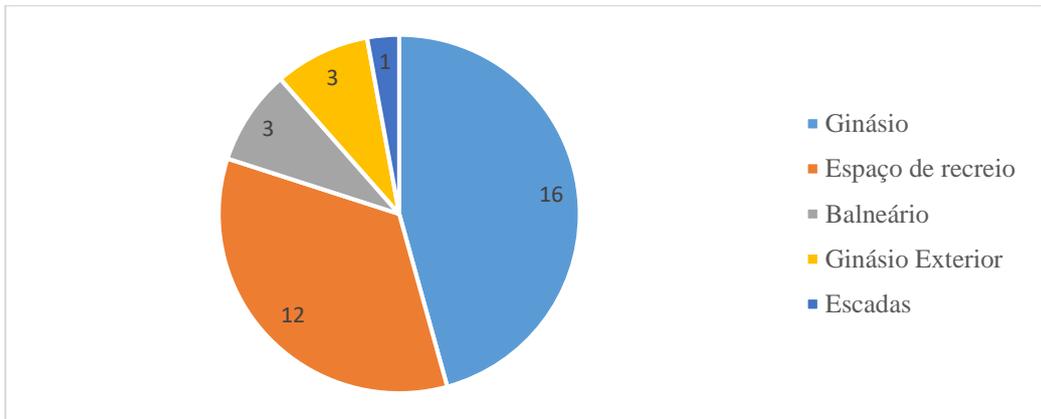


Figura 4 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por local de acidente

Fonte: ULSBA

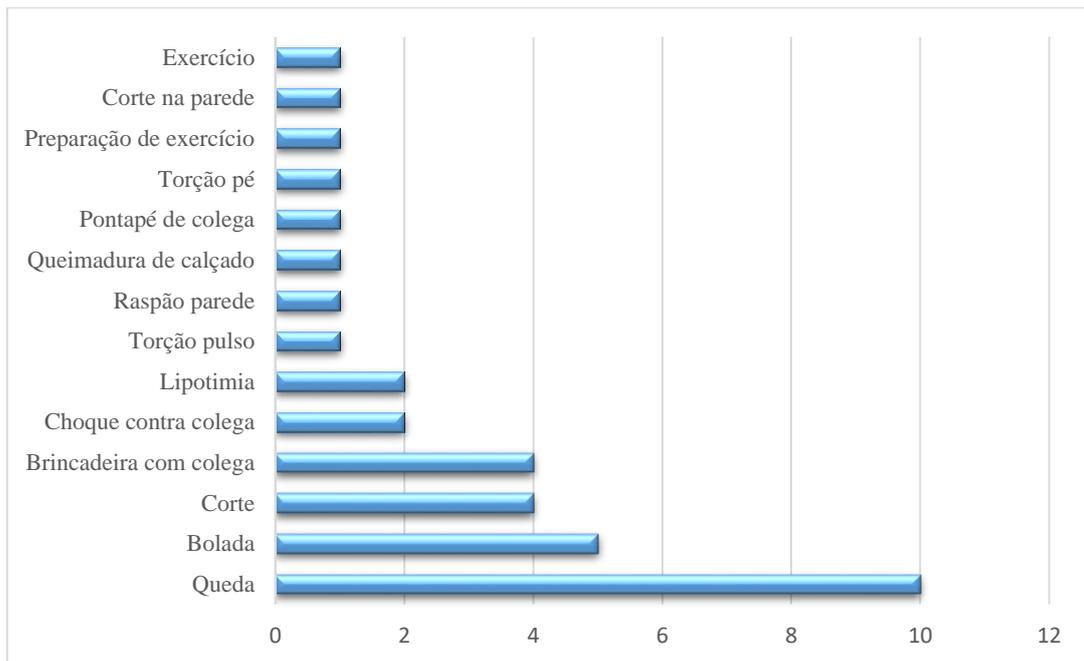


Figura 5 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por tipo de acidente

Fonte: ULSBA

Conforme ilustrado na Figura 6, das lesões resultantes desses acidentes, as que se destacam grandemente são as feridas. De referir que as feridas de que há registo foram todas tratadas na escola com soro fisiológico e betadine, não havendo necessidade de recorrer ao hospital. Na Figura 7 encontram-se ilustradas as partes do corpo mais afetadas que são os dedos das mãos, os joelhos e o nariz. Na Figura 8, na evolução da situação estão registados 2 casos com necessidade de tratamento hospitalar, uma delas por uma lipotimia e a outra registada em ginásio, na aula de educação física por lesão no joelho, onde está registado aplicação de gelo na escola mas com necessidade de recorrer à urgência pediátrica. De salientar que apesar de estarem registados os acidentes, desconhecem-se as situações específicas da ocorrência do acidente e os antecedentes pessoais das crianças.

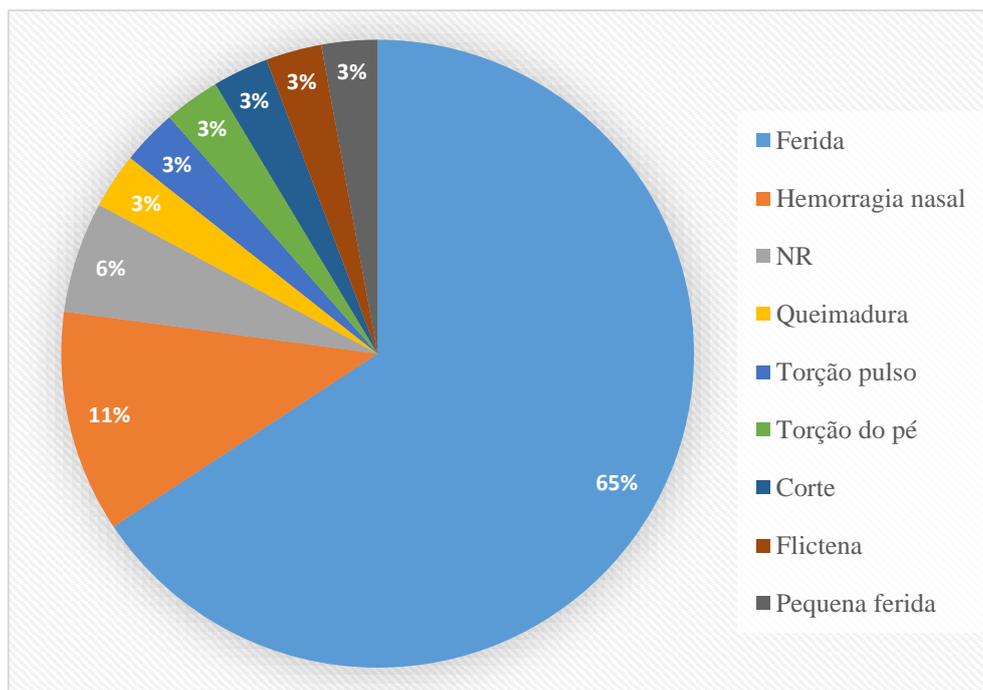


Figura 6 - Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por tipo de lesão

Fonte: ULSBA

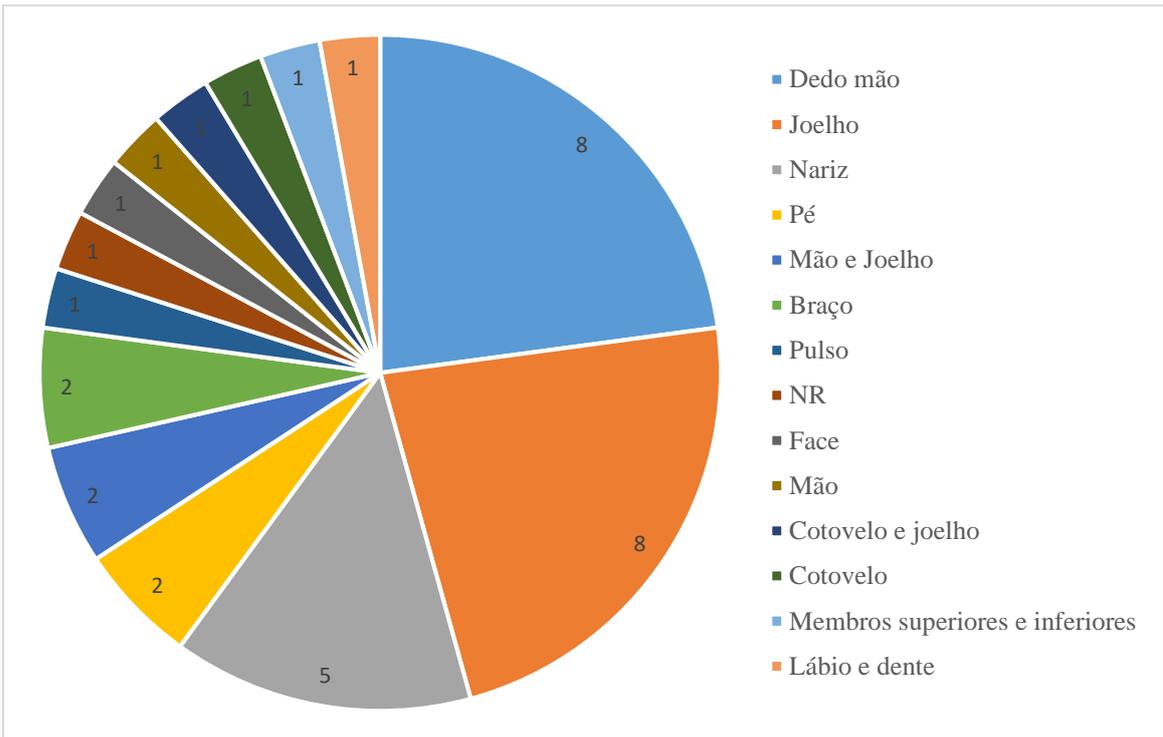


Figura 7 – Ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14 por parte do corpo afetada

Fonte: ULSBA

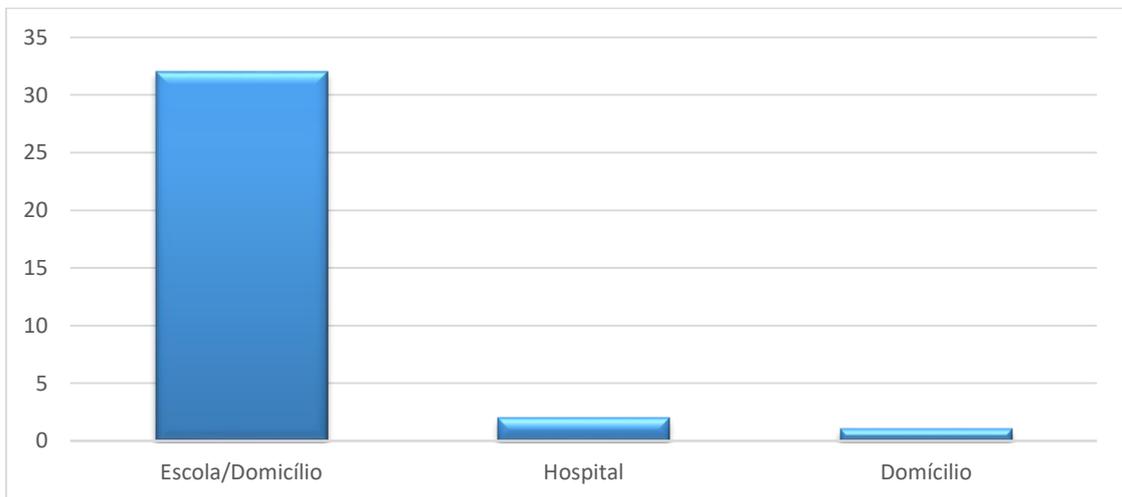


Figura 8 – Evolução e encaminhamento da ocorrência de acidentes numa escola urbana no ano letivo de 2013/14

Fonte: ULSBA

De modo a dar resposta aos objetivos propostos foram definidas atividades a realizar neste contexto pelo EEESIP. Após levantamento de dados acerca da problemática dos acidentes escolares na área de abrangência da unidade curricular estágio final, foram planeadas e elaboradas sessões de educação com a temática “Segurança Rodoviária” para realizar com os alunos de 4º e 5º anos de algumas escolas da área de abrangência. Fizemos uma seleção prévia de 2 turmas de 5º ano de cada escola da cidade e contactámos essas escolas para que fizessem a seleção dessas turmas. Optámos por realizar as sessões nessa faixa etária, pois segundo Hockenberry & Wilson (2014), é nesta fase que as crianças em idade escolar ganham maior autonomia e se relacionam mais com os pares, levando a que se desloquem para a escola sozinhos ou com os colegas. Com o intuito de abranger mais alunos que beneficiassem desta sessão e aquisição de conhecimentos seleccionámos 2 turmas de 4º ano de duas freguesias rurais da área de abrangência. Esta seleção foi feita em conjunto com a enfermeira orientadora e são das freguesias rurais com maior número de crianças, encontrando-se localizadas próximas uma da outra.

Foi solicitado apoio à PSP no sentido de incluir alguma componente mais prática acerca do tema de segurança rodoviária. Estes demonstraram interesse visto que tinham um projeto a desenvolver dentro da mesma temática, no entanto as ações de sensibilização da PSP tiveram de ser realizadas no ensino secundário, pois foram essas as diretrizes superiores que tinham de ser seguidas (APÊNDICE B).

Seleccionadas as turmas foi elaborada e realizada a sessão às diferentes turmas das várias escolas, perfazendo um total de 8 turmas, 6 urbanas e 2 rurais. A sessão consistiu numa exposição de várias imagens alusivas à segurança rodoviária a pé, de carro, de autocarro, de bicicleta e à noite, onde as crianças iam tendo a possibilidade de interagir sempre ao levantar o cartão colorido previamente distribuído, conforme a imagem fosse correta ou incorreta. Iam sendo esclarecidas dúvidas em cada imagem e transmitidos conhecimentos acerca do modo correto de agir naquela situação. No final das sessões foi aplicada uma avaliação de conhecimentos relativa à sessão (APÊNDICE C, D, E).

A sessão de “Primeiros Socorros” foi realizada a uma turma de 3º ano. Esta sessão contou com uma componente prática, onde as crianças puderam conhecer, aprender e manipular o material necessário a uma caixa de primeiros socorros. Foram lidas situações para simular casos práticos e as crianças atuavam perante a situação simulada com o

material que tinham à disposição com o nosso apoio e esclarecendo todas as dúvidas e questões oportunamente. Esta componente prática permitiu que as crianças estivessem focadas nas situações adquirindo assim os conhecimentos necessários à prestação de primeiros socorros (APÊNDICE F, G, H).

3.5. Discussão dos resultados

Após a sessão foi aplicada uma ficha de avaliação para avaliar a aquisição de conhecimentos dos alunos acerca de “segurança rodoviária”, através de respostas rápidas como verdadeiro e falso, correspondências ou escolha múltipla. A percentagem foi equitativamente dividida pelo número de questões, pelo que efetuámos uma média da percentagem obtida nas fichas de avaliação. Assim, nas freguesias rurais, nas turmas de 4º ano, obtivemos uma classificação média de 92 e 87% de respostas corretas. Nas 6 turmas de freguesias urbanas, verificámos médias de respostas corretas de 86, 88, 88, 90, 91 e 91% respetivamente. Perfazendo a média global de aquisição de conhecimentos por parte de todos os 126 alunos, obtivemos uma percentagem de 89% de conhecimentos adquiridos acerca de “segurança rodoviária”.

Na sessão de “primeiros socorros”, a avaliação foi baseada na observação “desarmada” que consiste na observação dos comportamentos dos indivíduos que obedecem aos objectivos do projecto, segundo Carvalho et al citado em Ferrito. Assim, foi realizada observação dos comportamentos e ações das crianças durante as simulações e no final da sessão, sendo que algumas crianças demonstraram alguns conhecimentos básicos de primeiros socorros nas situações mais frequentes.

3.6. Avaliação

Carvalho et al e Nogueira (citados em Ferrito, 2010), referem que a avaliação da metodologia de projeto é contínua e esse fato vai permitir haver reestruturação das fases ao longo da sua elaboração, permitindo melhorar a sua eficácia. O rigor da avaliação deve ser cumprido de modo a efetivar a concretização dos objetivos em relação aos objetivos definidos (Ferrito et al., 2010).

A avaliação das sessões de educação acerca de “segurança rodoviária” tiveram o objetivo desejado ao constatarmos que após a avaliação no final da sessão aos alunos, a média de avaliação da sessão atingida pelas 8 turmas selecionadas, obteve uma classificação de 89% de respostas corretas numa escala de 0 a 100%. Relativamente à sessão de “primeiros socorros” realizada, a avaliação foi feita por observação dos comportamentos das crianças em situações práticas simuladas. Assim, consideramos uma Boa aquisição dos conhecimentos que se quiseram fazer transmitir durante todas as sessões, pelo que existe uma forte possibilidade de estas crianças não virem a sofrer um acidente peri-escolar.

É de salientar que uma das turmas era de PCA (Percurso Curricular Alternativo) e outras duas turmas apresentavam crianças com necessidades educativas especiais as quais necessitaram de algum suporte para avaliação da sessão.

A sessão de “primeiros socorros” desenvolvida com a turma de 3º ano teve uma interação bastante positiva onde todas as crianças tiveram oportunidade de manipular e conhecer o material de primeiros socorros. Nas situações mais comuns de acidente, algumas crianças já demonstravam conhecimentos básicos de como atuar e adquiriam conhecimentos de como atuar nas situações mais complexas e menos vulgares, tendo oportunidade de simularem as situações de modo a apreenderem a informação de modo mais consolidado. No final da sessão todas as crianças demonstraram conhecimentos acerca do material de primeiros socorros e de como utilizá-lo.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

Como enfermeira em formação no curso de Mestrado em Associação no ramo de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, selecionei os locais de estágio consoante os meus interesses e necessidades. Investi na minha formação e de acordo com o preconizado pela OE para o EEESIP. Os estágios realizados dividiram-se pelos semestres sendo designados como Estágio I e Estágio II. O Estágio I decorreu de 2 de Maio a 16 de Junho de 2017 e foi realizado num serviço de urgência pediátrica de um hospital central. O Estágio II decorreu de 18 de Setembro de 2017 a 13 de Janeiro de 2018 e foi realizado numa UCC, na área da Saúde Escolar. Em ambos os estágios, estavam previamente definidos os objetivos no plano curricular, além das competências de enfermeiro especialista e mestre que levámos em consideração.

4.1. Análise Reflexiva do percurso do EEESIP no Serviço de Urgência Pediátrica

Exerço as minhas funções como enfermeira num serviço de urgência pediátrica de um hospital distrital e daí a minha escolha para local de estágio ter recaído sobre um serviço de urgência pediátrica de um hospital central. Senti necessidade de aprofundar conhecimentos, adquirir competências e enriquecer aprendizagens que um hospital central me poderia trazer enquanto EEESIP. Como objetivos pessoais para este local de estágio defini compreender a dinâmica de um serviço de urgência pediátrica de um hospital central e direcionar os conteúdos teóricos para a prática de enfermagem. Durante a elaboração de um estudo de caso de acidente escolar por queda de patins em aula de educação física, sensibilizámos os pais para a prevenção de acidentes escolares, com a elaboração de um folheto (APÊNDICE I).

O SUP tem uma especificidade inerente à variedade de patologias e de diferentes níveis de gravidade que recorrem a este serviço, levando por isso a um leque alargado de conhecimentos e prestação de cuidados diferenciados e variados enquanto EEESIP. Este serviço deve garantir a segurança dos cuidados e estar dotado de recursos físicos e

humanos que garantam uma prestação de cuidados segura para o profissional, para a criança em toda a sua idade pediátrica, dos 0 aos 17 anos e 364 dias, e seus pais/cuidadores.

Encontra-se inserido no Departamento de Pediatria e como hospital central, apresenta diversas unidades na área da pediatria médica às quais dão resposta, tais como Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; Unidade de Infeciologia e Imunodeficiência; Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição; Unidade de Nefrologia; Unidade de Doenças Metabólicas; Unidade de Neurologia; Unidade de Pediatria Geral; Unidade de Pneumologia; Unidade de Imuno-alergologia; Unidade de Neuro-desenvolvimento; Unidade de Endocrinologia; Unidade de Medicina da Adolescência. O SUP tem como missão atuar na prestação de cuidados urgentes e emergentes à criança gravemente doente de forma a promover a sua recuperação nas suas diversas vertentes, tais como física, psicológica, espiritual, funcional e social (Departamento de Pediatria, 2015a).

O SUP é constituído por uma equipa de recursos humanos multidisciplinar, de modo a dar resposta às necessidades do serviço e essa equipa é constituída por médicos pediatras com treino e competência em serviço de urgência; médicos internos da especialidade; enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria; assistentes operacionais e administrativos (Departamento de Pediatria, 2015b).

Após inscrição no SUP é realizada a triagem à criança com base numa triagem básica onde o enfermeiro faz a avaliação da situação, define a prioridade e encaminha para a área de atendimento correspondente à situação de saúde da criança atuando em conformidade com o protocolo de triagem existente na instituição. O papel do EEESIP na triagem é importante na medida em que demonstra habilidades e competências no despiste de situações clínicas mais ou menos graves, reconhecendo as situações que poderão vir a agravar na sala de espera e identificando situações de risco para a criança, reportando a situação à equipa médica ou encaminhando a criança para um lugar seguro e de vigilância. O EEESIP reforça no momento da triagem que qualquer alteração no estado de saúde da criança deve ser comunicada ao enfermeiro de triagem afim de realizar uma nova reavaliação do estado da criança. A alta do SUP pode ser para o domicílio, internamento, consultas de especialidade, por abandono, transferência hospitalar ou óbito.

O sistema informático utilizado no SUP para registos é o Alert. Este sistema permite informatizar os cuidados de saúde permitindo ter uma visão integral do processo do utente, procedimentos e prescrições (Alert Life Sciences Computing, n.d.).

De um modo geral, o EEESIP atua com a criança em contexto de urgência com base nos conhecimentos e competências que detém considerando a fase de desenvolvimento e crescimento da criança e o seu contexto social de modo a serem transmitidas as informações necessárias e realizar ensinamentos que conduzam à sua recuperação ou manutenção da saúde. É de salientar o binómio criança/família no contexto pediátrico, pelo que todas as informações devem ser transmitidas considerando esse fato para maior benefício do cuidar da criança.

4.2. Análise Reflexiva do papel do EEESIP na UCC – Saúde Escolar

O Estágio Final decorreu numa UCC no contexto de saúde escolar e esta escolha peculiar recaiu pelo desconhecido por esta área. A realização deste estágio permitiu visualizar outra vertente de trabalhar com as crianças em contexto de saúde e não de doença. Desconhecia por completo a forma organizacional e de trabalho de um serviço deste tipo, daí o meu interesse de adquirir competências por esta via e adquirir conhecimentos ao nível da prevenção da doença e promoção da saúde. Os objetivos específicos desta unidade de estágio foram conhecer o método de trabalho e organizacional de uma unidade de saúde escolar, conhecer o modo de atuação da promoção da saúde em contexto escolar e planear pelo menos uma sessão de educação às crianças trabalhando a minha área de projeto.

A UCC onde realizei o estágio abrange uma população de mais de 35000 utentes distribuídos por 10 freguesias rurais e 2 freguesias urbanas. O Concelho de atuação da UCC apresenta 61 estabelecimentos de ensino que servem este concelho e alguns concelhos limítrofes. Os estabelecimentos de ensino neste concelho estão divididos em 24 escolas de pré-escolar, 15 de 1º ciclo com 1600 alunos, 6 de 2º e 3º ciclos com 2175 alunos, 2 de secundário, 4 de educação especial, 3 profissionais e 4 de ensino superior. No Plano de Ação da UCC constam os programas das carteiras de serviços, fazendo a

Saúde Escolar parte desses programas. A população-alvo definida para a saúde escolar é toda a comunidade educativa dos jardim-de-infância, escolas do ensino básico e das escolas do ensino secundário do concelho (cerca de 6000 alunos) (Unidade de Cuidados na Comunidade de Beja, 2016).

Os objetivos traçados por esta unidade são

promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde, promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as; estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

As atividades delineadas passam por elaboração, discussão, apresentação e implementação de projetos de promoção da saúde em conjunto com a comunidade educativa dos diversos estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário existentes no concelho; realização de ações de educação para a saúde à comunidade educativa do concelho, coordenação da saúde escolar; elaboração de plano anual de atividades de saúde escolar, colaboração com os Gabinetes de Apoio ao Aluno e realização de reuniões da equipa de saúde escolar (Unidade de Cuidados na Comunidade de Beja, 2016).

As minhas ações de sensibilização junto dos alunos de 4º e 5º ano recaiu sobre as duas freguesias urbanas e duas freguesias rurais que são duas das quatro mais representativas no que respeita ao número de crianças com idade inferior a 15 anos, sendo que apresentam uma percentagem de 17,7 e 14,6 de crianças com idade inferior a 15 anos nas freguesias urbanas e 13,3 e 13,2 nas duas freguesias rurais onde incidiu o projeto (Unidade de Cuidados na Comunidade de Beja, 2016).

A Saúde Escolar tem como objetivo proteger a saúde das crianças/jovens, o que torna necessária a intervenção do EEESIP, compreendendo a realidade em que a população escolar se encontra inserida, diminuindo a vulnerabilidade desta população ao risco a que se encontram muitas vezes expostas em contexto escolar, onde passam grande parte do seu tempo diariamente (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

Qualquer fator capaz de influenciar a saúde, seja de forma individual ou coletiva, é abrangida por os eixos estratégicos dispostos no PNSE sendo eles a capacitação, o ambiente escolar e saúde, as condições de saúde, qualidade e inovação, formação e investigação em saúde escolar e parcerias. Cada eixo estratégico pressupõe uma série de intervenções e objetivos. As áreas de intervenção deste programa são saúde mental e competências socio emocionais, educação para os afetos e sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde, prevenção dos acidentes e primeiros socorros, saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais e saúde de docentes e não docentes (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

Compete à USP desta ULS gerir programas e projetos de intervenção na área de promoção e prevenção da saúde junto da comunidade em geral ou em grupos específicos, como seja o caso da Saúde Escolar (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2016).

No decorrer deste estágio, tive a oportunidade de participar em várias sessões junto da população escolar que se encontravam a ser desenvolvidas pela EEESIP, orientadora de estágio, que trabalha com esta população. No início do ano letivo foram realizadas várias sessões com a temática da puberdade que foram feitas com todas as turmas de 7º ano das escolas urbanas. Esta área de intervenção insere-se na educação para os afetos e sexualidade. Nestas sessões foi realizado uma pequena peça teatral que contava diretamente com a colaboração dos estudantes, sendo que eram selecionados voluntariamente ou aleatoriamente 4 estudantes, 2 casais que conversavam acerca das mudanças no seu corpo e mais especificamente do aparecimento da menstruação nas raparigas e na ejaculação nos rapazes. Eles tinham um guião a seguir elaborado pela equipa de saúde e os temas iam sendo abordados e falados durante o guião. Foram esclarecidas todas as mudanças que se encontram a ocorrer no corpo dos rapazes e das raparigas e foi abordado a problemática da gravidez na adolescência, embora de forma ligeira. Com este método de abordagem foi possível a mensagem chegar ludicamente aos jovens que se encontram nesta fase pubertária. Através destas sessões é possível transmitir conhecimentos, esclarecer dúvidas e essencialmente servem para que os jovens tomem consciência das suas ações e possam agir de forma responsável perante as suas

relações afetivo-sexuais, contribuindo para a redução de comportamentos sexuais de risco. Dentro da mesma área de intervenção, foi realizada uma sessão numa população um pouco diferente, que incluiu jovens adolescentes e adultos jovens de uma turma de um curso profissional onde foi abordada a temática da educação sexual. Nesta população as raparigas já não se sentiam tão à vontade para esclarecer dúvidas e os rapazes eram mais participativos. Esta sessão contou com a participação da psicóloga da ULS e foram abordados os métodos contraceptivos existentes.

Aos alunos de 6º anos dessas mesmas escolas foram realizadas sessões acerca dos consumos nocivos. Foi transmitido um vídeo com cerca de 4 minutos que abordava essa temática, nomeadamente ao nível de consumo de drogas e álcool. Após a exposição do vídeo, eram esclarecidas todas as dúvidas que as crianças iam colocando e abordados os malefícios que esses consumos podem trazer para a saúde. Esta sessão vai de encontro à área de intervenção da prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância estabelecida no PNSE. Compete à comunidade escolar e profissionais de saúde nesse contexto alertar e sensibilizar as crianças/jovens para a prevenção dos consumos de substâncias nocivas, bem como dar a conhecer os efeitos que estas irão repercutir no seu estado de saúde, salientando o nível de dependência que causam, o que irá influenciar o rendimento escolar e as relações sociofamiliares. Estas sessões também contaram com a parceria da psicóloga da ULS.

No contexto pré-escolar também tive oportunidade de participar em duas sessões de alimentação saudável numa turma de ensino pré-escolar, no contexto de estágio de uma colega a desenvolver estágio de especialidade em saúde infantil e pediatria. Esta sessão foi bastante lúdica e permitiu às crianças distinguir alimentos saudáveis e não saudáveis com base na roda dos alimentos. Na segunda sessão foi feita uma atividade prática com frutas onde permitiu às crianças conhecer as cores e diferentes texturas de várias frutas e no final prová-las, e ao mesmo tempo essas experiências iam ficando registadas num quadro preenchido por cada criança. Estas sessões têm como base a área de intervenção alimentação saudável e exercício físico definido pelo PNSE.

Relativamente às sessões por mim desenvolvidas com a temática "Primeiros Socorros" e "Segurança Rodoviária" no sentido da prevenção de acidentes,

nomeadamente peri-escolares, a área de intervenção deste contexto é prevenção de acidentes e primeiros socorros definida no PNSE. Iremos descrever estas sessões pormenorizadamente mais adiante neste relatório.

Durante este campo de estágio surgiu também a oportunidade de poder observar e participar nas consultas de saúde infantil realizadas numa USF com uma EEESIP que se encontra integrada numa equipa desta unidade. Apesar desta enfermeira estar integrada numa equipa e por isso cuidar do indivíduo desde o nascimento até à sua morte, o ambiente do gabinete de enfermagem apresenta uma marquesa de observação pediátrica e decoração nas paredes com bonecos, bastante alusivo à pediatria, tentando assim minimizar o impacto da consulta de enfermagem de saúde infantil que por vezes as crianças apresentam, tornando este ambiente mais descontraído e alegre.

A consulta de saúde infantil é um ambiente estimulador de ensinamentos que deverão ser realizados com o objetivo de promover a saúde e prevenir a doença. A EEESIP tem aqui um papel importante, pois a comunicação deve ser adequada à criança e seus pais/cuidadores. Nesta consulta é possível abordar temas como a diversidade alimentar, exercício físico, exame escolar, prevenção de acidentes, segurança do bebé, posicionamento do lactente, brincar, sono e repouso, avaliar a dinâmica familiar de modo a despistar situações de risco e realizar vacinação. Para tal é utilizado o PNSIJ.

Este Programa tem como objetivo major a obtenção de ganhos em saúde e para obter resultados devem ser tidas em conta intervenções que visem a concretização dos objetivos. O programa descreve as intervenções e estas passam por avaliar o crescimento e desenvolvimento registando os dados obtidos, estimular comportamentos promotores de saúde, promover a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV, a saúde oral, a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento, a prevenção dos acidentes e intoxicações, a prevenção dos maus tratos, a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada e o aleitamento materno. Detetar situações de risco precocemente, nomeadamente as que podem comprometer a vida ou qualidade de vida da criança, prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns, sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica, assegurar a realização de aconselhamento genético, identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos, promover o desenvolvimento e autodeterminação das crianças e apoiar e

estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais. Existem consultas infantis periódicas que devem ser levadas em consideração pelos cuidadores em períodos específicos do crescimento e desenvolvimento. As consultas devem realizar-se na primeira semana de vida, ao mês de idade, aos 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos onde se realiza o exame global de saúde, aos 6-7 anos coincidindo com o final do 1º ano de escolaridade, aos 8 anos, 10 anos coincidindo com o início do 2º ciclo do ensino básico, aos 12/13 anos com o exame global de saúde, e entre os 15/18 anos. Cada consulta deve seguir parâmetros específicos de avaliação e ter em consideração os cuidados antecipatórios a avaliar, consoante a fase de desenvolvimento e crescimento em que a criança se encontra. Atualmente existem standartizados no sistema informático testes de desenvolvimento infantil para que seja precocemente detetada alguma alteração de desenvolvimento infantil para profissionais de saúde com menos experiência, pois em CSP grande parte da avaliação infantil surge como observação direta do comportamento da criança/pais. A escala de Mary Sheridan modificada é utilizada há várias décadas e tem-se mostrado eficiente na avaliação do desenvolvimento da criança. Todos os registos das consultas são realizados no sistema informático S-Clínico. (ANEXO IV e V) (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Outro aspeto que desenvolvemos foi a vacinação. Esta tem por base o PNV que permite vacinar toda a população gratuitamente e prevenir doenças ou a gravidade destas independentemente da etnia, idade, religião, género, estatuto social ou rendimentos familiares. Esta é uma forma de proteger a saúde da população uma vez que permite imunizar quem é vacinado evitando a propagação de doenças. A implementação deste programa já permitiu diminuir a mortalidade infantil e os casos de paralisia cerebral, tendo erradicado algumas doenças e outras que se encontram quase erradicadas dado o seu decréscimo de casos ao longo das últimas décadas (Direção-Geral da Saúde, 2017).

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

As unidades curriculares Estágio I e Estágio Final é um dos requisitos para a obtenção de grau de mestre e especialista deste curso de Mestrado em Enfermagem, pelo que foi realizado tendo por base os objetivos delineados enquanto unidade curricular. Assim, permitiu que este caminho fosse percorrido evidenciando capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica fundamentando decisões com base em evidência científica. Foi desenvolvido e implementado o projeto aqui descrito neste relatório como documento final para obtenção do grau acima referido.

De seguida iremos apresentar uma análise reflexiva acerca da aquisição de competências durante este período em que se desenvolveram as unidades curriculares Estágio I e Estágio Final.

5.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Diário da República, 2011, p. 8648). O Enfermeiro Especialista é dotado de conhecimentos especializados e aprofundados em determinados domínios relativamente ao domínio de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Diário da República, 2011a).

As competências comuns do enfermeiro especialista são transversais a todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de intervenção. Estes estão capacitados para atuarem nos diversos contextos de cuidados de saúde, contribuindo para a melhoria da prática de enfermagem. Os enfermeiros especialistas ficam habilitados a dar resposta a determinadas situações em qualquer contexto de vida da criança/família e capacitados para dar resposta a diferentes níveis de prevenção, como é o caso do presente

projeto de intervenção, que atua na área da prevenção de acidentes (Diário da República, 2011a).

Com base no mesmo regulamento, estão descritos os 4 domínios destas competências tais como a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A responsabilidade profissional, ética e legal foi aplicada no campo de estágio em todas as situações vivenciadas, intervindo consoante a situação respeitando sempre os direitos humanos e os aspetos ético-deontológicos e agindo conforme o Código Deontológico. Foi desenvolvida uma prática de cuidados levando em linha de conta os interesses da criança/família, protegendo a sua integridade relativamente à segurança e confidencialidade. Ainda no âmbito ético-deontológico foi desenvolvida uma comunicação livre com a temática “Presença do Acompanhante no serviço de Urgência Pediátrica” na perspetiva ética e jurídico-deontológica (ANEXO VI) (Diário da República, 2011a). De forma a dar resposta ao domínio das aprendizagens profissionais, durante este percurso desenvolvi o meu auto-conhecimento com o objetivo de aprofundar e solidificar os padrões de conhecimento, assistindo a congressos e seminários e participando nos mesmos com poster ou comunicações livres (ANEXO VII) (Diário da República, 2011a).

Quanto aos restantes domínios das competências comuns de enfermeiro especialista, envolvemos estratégias de melhoria tendo por base a evidência científica, colaborámos sempre com a instituição nas áreas de intervenção e de melhoria contínua com os projetos existentes no momento. O ambiente em que a criança/família se encontra inserido deve transmitir segurança e ser gerador de estabilidade, promovendo a adesão à saúde, independentemente do contexto em que a criança se insere, seja na escola, na comunidade ou hospitalar. A prática clínica foi suportada na investigação e conhecimento, tendo sido elaborado um folheto de prevenção de acidentes para ser entregue à criança/pais em contexto de Urgência Pediátrica (APÊNDICE F) e elaborada uma revisão integrativa no decorrer do Estágio Final com a temática de “Prevenção de Acidentes Peri-Escolares” (APÊNDICE G) (Diário da República, 2011a).

5.2. Análise Reflexiva das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A nossa área de intervenção especializada é a de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem que abrange a prestação de cuidados da criança desde o nascimento até aos 18 anos de idade e sua família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem exerce as suas funções com a criança/jovem e família/pessoa significativa no contexto em que a criança se encontra, tal como é o caso da comunidade e da escola, promovendo educação para a saúde e identificando lacunas, mobilizando recursos de suporte sempre com o objetivo primordial de atingir o máximo estado de saúde da criança (Diário da República, 2011b).

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem traduzem-se em três grandes grupos, sendo o primeiro o que assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; o cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Diário da República, 2011b).

Relativamente à competência “*Assiste a criança/jovem com a família na maximização da saúde*”, foram tidos em consideração alguns critérios de avaliação de acordo com as unidades de competência previstas (Diário da República, 2011b). A negociação com a criança está inerente à prática clínica diária conduzindo ao seu bem-estar. A comunicação estabelecida com o binómio criança/família foi adequada ao seu estágio de desenvolvimento, tanto nas consultas de saúde infantil realizadas em contexto de cuidados de saúde primários como na utilização de técnicas de comunicação adequadas às crianças em ambiente escolar e as quais foram submetidas às sessões de educação acerca de “Segurança Rodoviária”. Estas sessões foram elaboradas tendo em conta a faixa etária e grau de escolaridade das crianças. De acordo com o desenvolvimento de competências do EEESCJ, foram disponibilizados conhecimentos às crianças que assistiram às sessões de modo a prevenir a ocorrência de acidentes peri-escolares. A adoção de comportamentos potenciadores de saúde foi levada a cabo nas consultas de saúde infantil e juvenil consoante os cuidados antecipatórios de cada faixa etária. Ocorreram sessões de educação para a saúde em que o comportamento potenciador de

saúde também foi de extrema importância, como foi o caso da alimentação saudável no pré-escolar. A intervenção em programas no âmbito da Saúde Escolar decorreu durante as 16 semanas de Estágio Final a decorrer na UCC. Foram várias as temáticas abordadas com alunos das escolas da área de abrangência da UCC, todas incluídas no PNSE, incluindo a prevenção de acidentes escolares, como foi o tema do projeto por nós desenvolvido. Algumas das turmas a quem foram realizadas as sessões eram mais pequenas por fazerem parte alunos com dificuldades na aprendizagem, no entanto as sessões foram realizadas mesmo incluindo nelas crianças com necessidades especiais, com as quais foi também trabalhado o tema da “Segurança Rodoviária”. O EEESCJ assume um papel de extrema importância na deteção de situações de risco para posterior resolução de situações e diminuição de riscos de modo a diminuir o risco de exposição da criança a riscos evitáveis em ambiente escolar, exercendo esta função em parceria com as escolas.

Na competência “*cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*”, (Diário da República, 2011b), a situação que requereu maior complexidade durante o período de estágio foi o acidente de uma criança com um cavalo que lhe iria conduzir à amputação de um dedo da mão. Este processo foi complexo e exigiu dos enfermeiros uma capacidade de gerir medidas e habilidades relacionadas não só com a gestão da dor, mas também com sentimentos de promoção de esperança. Esta capacidade surtiu efeitos na criança que se demonstrou sempre tranquila e um pouco indiferente com o fato de perder uma parte do seu corpo. Foi necessário reforçar a capacidade de adaptação a esta nova condição perante a mãe da criança que se demonstrou bastante preocupada face ao sucedido. Certo é que a esperança da criança e da mãe e a responsabilidade profissional no exercício das funções dos enfermeiros permitiu a esta criança recuperar a viabilidade do dedo.

Na terceira competência “*presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*”, o EEESCJ promove a maximização do potencial de desenvolvimento da criança/jovem. O profissional especializado deve promover o crescimento e o desenvolvimento infantil contribuindo para uma diminuição de incapacidade temporária ou definitiva que possa ocorrer em caso de acidente ou lesão não intencional, através da prevenção (Diário da República, 2011b).

No decorrer das consultas de saúde infantil, foram avaliados e demonstrados conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança tendo em conta a sua faixa etária e os cuidados antecipatórios adequados a essa faixa, adequando os ensinamentos feitos à mãe durante a consulta, como foi o caso de segurança, posicionamento do lactente, prevenção de acidentes, higiene oral, alimentação consoante a idade, introdução dos alimentos, aleitamento materno, vacinação, tendo sido transmitidas orientações às famílias com o intuito de atingir a maximização em saúde.

Em contexto de urgência foram utilizadas estratégias promotoras de parentalidade ao recém-nascido ou lactente, promovendo o envolvimento dos pais na prestação de cuidados aos filhos, e dando especial relevância à amamentação como melhor forma de alimentar o bebé. No mesmo contexto foi possível lidar com várias culturas por o Estágio ter decorrido num SUP de um hospital central, permitindo utilizar técnicas de comunicação a crianças de várias idades privilegiando o relacionamento com o binómio criança/pais. É relativamente facilitador adaptar as habilidades de comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem, visto aplicar esta habilidade no meu quotidiano enquanto enfermeira de cuidados gerais a exercer as minhas funções num serviço de pediatria há 8 anos. No que respeita à fase de adolescência, foram aplicados momentos que permitissem ao jovem comunicar as suas emoções e reforçando positivamente a sua imagem corporal, como foi o caso de uma jovem que recorreu ao SUP vítima de acidente de lazer que originou uma queda de cerca de 4 metros, o que lhe provocou alguns ferimentos. Estes ferimentos provocaram algumas alterações à sua imagem corporal no momento, tendo sido fulcral o papel do EEESCJ junto desta jovem.

Em contexto de saúde escolar também se aplicam os mesmos critérios em algumas das sessões desenvolvidas como foi o caso das sessões com a temática da puberdade, sexualidade, prevenção de consumos nocivos, pois nestas sessões o EEESCJ negocia um contrato de saúde com o adolescente.

Estas orientações estão implícitas na promoção da saúde e prevenção de acidentes da criança/jovem em ambiente escolar, trabalhando em parceria com outra entidade responsável pela prevenção dos acidentes como é o caso das escolas. A parceria deve ser feita entre os serviços de saúde, nomeadamente da saúde escolar e com o agrupamento de escolas com o objetivo de atingir o mínimo de acidentes escolares ou com o menor grau

de incapacidade ou gravidade. Cabe assim ao EEESCJ capacitar os jovens para a promoção da sua saúde adotando comportamentos saudáveis e com o menor risco possível e favorecer a partilha de conhecimento, assim como um conjunto de ações que contribuam para melhorar as competências em saúde da criança/jovem.

A capacitação das crianças/jovens vai contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis, fazendo com que a criança/jovem se sinta útil na sua tomada de decisão e mais competentes e confiantes, habilitando-os para o seu papel na sociedade. Neste processo de capacitação estrategicamente desenvolvido pelo EESIP importa salientar que pode ser necessário envolver vários setores da comunidade de modo a atingir determinado fim, como pode ser exemplo, os pais/encarregados de educação e os professores (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

Em qualquer abordagem feita à criança/família houve um fator em comum relacionado com a criança/família como centro dos nossos cuidados e teve como objetivo dar resposta às suas necessidades, independentemente do contexto em que se encontravam inseridas, desde o hospital em contexto de urgência, passando pela consulta em contexto de cuidados de saúde primários ou na escola, em contexto comunitário.

5.3. Análise Reflexiva das Competências de Mestre

Para ser atribuído o grau de mestre, é necessário o enfermeiro ser detentor de conhecimentos e compreensão com base no desenvolvimento de conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos (Diário da República, 2016). Durante o período deste Mestrado em Enfermagem em Associação foram elaborados trabalhos no âmbito da investigação e as competências consideram-se globalmente adquiridas. Foi elaborada uma Revisão Integrativa relacionada com a temática do projeto designada “Prevenção de Acidentes Peri-Escolares” (APÊNDICE J).

Baseado na investigação e evidência científica, foram aplicados os conhecimentos e geridos os problemas relativamente a situações novas e não habituais como foi o caso do contexto de estágio em ambiente de saúde escolar. O ambiente escolar é um contexto

fora do nosso âmbito habitual de prestação de cuidados no quotidiano, pelo que toda a vertente aí trabalhada e a implementação das fases de projeto permitiram-nos adaptar e adquirir competências de EEESIP neste novo contexto.

Em concordância com a competência comum de especialidade, também o grau de mestre relaciona as responsabilidades éticas e sociais, pelo que durante o exercício da prática clínica no seu complexo contexto foram tidas em consideração as questões éticas adequadas a cada situação de modo a desenvolver soluções adequadas.

As conclusões, conhecimentos e raciocínios irão ser transmitidos em prova pública após aprovação deste relatório e conseqüente apresentação do referido projeto de intervenção aplicado na prática no decorrer deste curso. Deste modo, foram adquiridas competências enquanto EEESIP e desenvolvidas habilidades que levaremos connosco no futuro para a prática clínica do quotidiano, de forma autónoma.

6. CONCLUSÃO

No ramo de especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, o binómio criança/família é o centro do cuidar. A aposta que o EEESIP presta à criança com a sua prestação de cuidados, seja na promoção da saúde ou na prevenção da doença deve levar em consideração que as crianças de hoje são os adultos de amanhã, por isso é de extrema importância aplicar os conhecimentos e competências que conduzem a um investimento num futuro melhor para as crianças. Este é um desafio da atualidade que irá promover melhores capacidades na criança.

Analisando o nosso percurso formativo existiram dois caminhos que se complementaram, o da elaboração do projeto de intervenção em contexto de estágio com a elaboração deste relatório e a aquisição de competências de EEESIP e Mestre. Para elaborar o projeto de intervenção em enfermagem baseámo-nos na metodologia de projeto.

O decorrer dos estágios permitiu consolidar e mobilizar conhecimentos da teoria para a prática clínica, bem como refletir acerca das práticas. Trabalhar em enfermagem e com a criança/família exige uma aprendizagem complexa e a necessidade de basear a nossa prática clínica na evidência científica, além de aprimorar as nossas atitudes e responsabilidade profissional. A nossa experiência precisa de ser amadurecida e isso surge com a nossa consciência, atitudes e tomada de decisão. Só este crescimento pessoal e profissional permite o nosso desenvolvimento como pessoas e como EEESIP que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Foram definidos objetivos de estágio, de relatório e objetivos do projeto de intervenção. Foram atingidos na sua globalidade graças ao empenho e crescimento relativamente às competências de EEESIP e Mestre. Durante este percurso sensibilizámos crianças/jovens para a problemática da ocorrência de acidentes e a importância de os prevenir, principalmente naquele espaço em que passam grande parte do seu dia, a maior parte dos dias, como é o caso da escola e trajeto casa-escola e escola-casa. As atividades planeadas e implementadas durante o estágio permitiram esse acontecimento, tendo sido adequadas a cada contexto, como foi o caso da elaboração do folheto no SUP e as sessões de educação para a saúde acerca de “segurança rodoviária” e “primeiros socorros” que

foram prestadas aos alunos e adequadas ao seu desenvolvimento. Outros temas do PNSE foram abordados com os alunos em diferentes contextos, com teatro, filmes e atividades lúdicas. Todas estas atividades permitiram o meu enriquecimento na aquisição de competências de EEESIP nomeadamente no que respeita à aplicação dos meus conhecimentos tendo por base a evidência científica, mobilizando um conjunto de saberes e aptidões. O EEESIP torna-se um elemento de referência na forma como intervém junto da criança/jovem. Esta intervenção junto das crianças permitiu capacitá-las para a adesão à saúde prevenindo os acidentes, seja em contexto de saúde escolar ou na consulta de saúde infantil e juvenil.

Todos os contributos que retiro deste percurso de formação constituem uma ponte para a prática no futuro, permitindo solidificar os meus conhecimentos, adquirir novas aprendizagens e refletir para a continuidade do meu crescimento enquanto EEESIP mantendo sempre o estado de melhoria da qualidade dos cuidados.

Como objetivos futuros e contribuindo para a aplicação de competências de forma cada vez mais autónoma, levando em conta a linha de investigação do presente relatório pretendemos abranger mais turmas com as sessões de educação planeadas e fundamentalmente incentivar ao correto e atempado preenchimento do documento de registo de monitorizações de acidentes, pois só com os registos efetuados e enviados para a USP é possível fazer um levantamento das áreas de acidente mais problemáticas, tipos de lesões mais frequentes e recurso aos cuidados de saúde após acidente escolar. É importante existir também o registo de acidentes peri-escolares e articulação entre as escolas, autoridades e entidade de saúde para que em conjunto se possam prevenir os acidentes escolares e peri-escolares de forma eficaz atuando sobretudo na base da prevenção primária.

O maior contributo que pode advir desses registos corretos e articulação entre entidades é a saúde da criança/jovem e sua família. Isso conduzirá a uma intervenção preventiva por parte dos profissionais de saúde, indo de encontro ao fator mais comum que pode originar os acidentes mais frequentes. Com essa intervenção, certamente se denotará uma diminuição do número de acidentes e conseqüentemente de perda de anos de vida perdidos, seja por incapacidade temporária ou definitiva na criança e muitas das vezes também nos seus pais, que muitas vezes necessitam de faltar ou têm necessidade

de se desempregar para cuidar do filho vítima de acidente peri-escolar. Também os pais têm um papel fulcral na supervisão do trajeto do filho para a escola e nos ensinamentos acerca de regras de trânsito e cidadania na forma como se deve circular na rua e como passageiro. Devem transmitir regras e sobretudo dar o exemplo na forma correta de circular seja a pé, de bicicleta, autocarro, carro e à noite. Os pais devem estar cientes do desenvolvimento físico e cognitivo da criança, como por exemplo a sua baixa estatura ou a diminuição do tempo de resposta perante uma situação, e este fato pode ser reforçado na consulta de saúde infantil e juvenil, evitando que os pais exponham as crianças ao perigo. Todas estas intervenções juntas contribuirão certamente para melhorar a qualidade de vida das crianças na medida em que diminuirão o número de acidentes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alert Life Sciences Computing. (n.d.). Alert. Retrieved February 6, 2018, from <http://org-www.alert-online.com/pt/why-alert>
- American Psychological Association. (2018). APA Style. Retrieved March 21, 2018, from <http://www.apastyle.org/>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2011). *Plano de Acção Para a Segurança Infantil*.
- Batalha, S., Salva, I., Santos, J., Albuquerque, C., Cunha, F., & Sousa, H. (n.d.). Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II Accidents in Children and Adolescents: What Context and What Approach? A Nine-Month Experience at the Emergency Department of a Level II Hospital.
- Batalha, S., Salva, I., Santos, J., Albuquerque, C., Cunha, F., & Sousa, H. (2016). Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47(1), 30–37.
- Cloutier, M. S., Bergeron, J., & Apparicio, P. (2011). Predictors of Parental Risk Perceptions: The Case of Child Pedestrian Injuries in School Context. *Risk Analysis*. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2010.01501.x>
- Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2014). *Evita-Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes*. Lisboa.
- Cordeiro, M. (2009). *O Grande Livro do Adolescente*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Departamento de Pediatria. (2015a). Pediatria. Retrieved February 6, 2018, from <http://83.240.153.196:8082/index.php>
- Departamento de Pediatria. (2015b). Pediatria. Retrieved February 6, 2018, from <http://83.240.153.196:8082/index.php/more-info/unidades-funcionais-comuns/urgencia>
- Diário da República. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Regulamento nº 122/2011, 8648 (2011). Portugal.

- Diário da República. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Regulamento nº 123/2011, 8653 (2011). Portugal.
- Diário da República. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Pub. L. No. Nº 119, 16660 (2015). Portugal: Diário da República.
- Diário da República. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Pub. L. No. Decreto-Lei nº63/2016, 3174 (2016). Portugal.
- DiMaggio, C., & Li, G. (2013). Effectiveness of a Safe Routes to School Program in Preventing School-Aged Pedestrian Injury. *PEDIATRICS*.
<https://doi.org/10.1542/peds.2012-2182>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Relatório Mundial de Segurança Rodoviária. Retrieved February 3, 2018, from <https://www.dgs.pt/?cr=23980>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *A Saúde dos Portugueses-Perspetiva 2015*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*.
- Direção-Geral de Saúde. (2016). *Relatório Técnico Programa Nacional de Saúde Escolar*.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Relatório Técnico Programa Nacional de Saúde Escolar*.
- Direcção-Geral de Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Nº 15*.
- Figueira, F., Alves, J., Ferreira, O., & Maggi, R. (2004). *Pediatria*. (E. G. Koogan, Ed.) (3ª Edição). Rio de Janeiro.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (n.d.). Pordata-Base de dados Portugal Contemporâneo. Retrieved February 8, 2018, from <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

- Giles-Corti, B., Wood, G., Pikora, T., Learnihan, V., Bulsara, M., Van Niel, K., ... Villanueva, K. (2011). School site and the potential to walk to school: The impact of street connectivity and traffic exposure in school neighborhoods. *Health and Place*. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.12.011>
- Herrador-Colmenero, M., Villa-González, E., & Chillón, P. (2017). Children who commute to school unaccompanied have greater autonomy and perceptions of safety. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. <https://doi.org/10.1111/apa.14047>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong's Fundamentos Enfermagem Pediátrica* (9th ed.). Elsevier.
- Inés, M., Gambarte, G., & Sáenz Mendía, R. (2016). ARTICLE IN PRESS G Model Claves infantiles para prevenir la siniestralidad en el contexto escolar Keys to preventing accidents in children in the school context. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.007>
- Joanna Briggs. (2015). Systematic Review Resource Package.
- Mehdizadeh, M., Nordfjaern, T., Mamdoohi, A. R., & Shariat Mohaymany, A. (2017). The role of parental risk judgements, transport safety attitudes, transport priorities and accident experiences on pupils' walking to school. *Accident Analysis and Prevention*. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2017.02.020>
- Newbury, C., Hsiao, K., Dansey, R., & Hamill, J. (2008). Paediatric pedestrian trauma: The danger after school. *Journal of Paediatrics and Child Health*. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2008.01330.x>
- Nirmala, AS; Padmaja, A. (2012). A Study to Assess the Effectiveness of Planned Health Education on Prevention of Road Traffic Accidents among Elementary School Children at Tirupati. *Journal of Swcr*, 29–33.
- Organização Mundial de Saúde. (n.d.). Relatório Mundial Sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças. Retrieved April 25, 2017, from http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança*. (E. McGraw-Hill, Ed.) (11ª Edição). Brasil.

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. (Lusodidacta, Ed.) (7ª Edição). Loures.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (M. da Saúde, Ed.) (2ª edição). Lisboa.
- Unicef. A Convenção Sobre os Direitos da Criança (1989). Portugal.
- Unidade de Cuidados na Comunidade de Beja. (2016). *Plano de Ação*. (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo-EPE, Ed.). Beja.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. (n.d.). Caderno de Estatística. Retrieved February 12, 2018, from <http://intranet/Paginas/Default.astx>
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. (2016). Centro de Saúde de Beja. Retrieved February 16, 2018, from <http://www.ulsba.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>
- World Health Organization. (2013). *Global Status Report On Road Safety*. Geneva.
- World Health Organization & Unicef. (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. (K. . Peden, M.; Oyegbite, K.; Ozanne-Smith, J.; Hyder, A.; Branche, C.; Rahman, A.; Rivara, F & Bartolomeos, Ed.). Geneva.

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	1	8	0	4	7
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Luís Sebastião, Prof.ª Doutora Margarida Amoedo e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "O papel do enfermeiro especialista na prevenção de acidentes escolares" da investigadora **Ana Rita Lopes de Magalhães** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

[Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo]

ANEXO II - Monitorização dos Acidentes Escolares e Peri-Escolares

ANEXO III - Declaração da UCC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos efeitos, que o projeto a desenvolver no contexto de Estágio Final do Mestrado em Associação em Enfermagem pela aluna Ana Rita Lopes de Magalhães, com o tema “Prevenção de Acidentes em contexto de Saúde Escolar” se encontra englobado nos objetivos desenvolvidos pela UCC de Beja, no âmbito do programa de Saúde Escolar.

Beja, 30 de Outubro de 2017

O Coordenador da UCC de Beja


João Dias

ANEXO IV - Cuidados antecipatórios

4 – 9 A

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	4 A	5 A	6–7 A	8 A
Alimentação	1	1	1	1
Saúde oral	2	2	2, 12, 13	2, 14
Infantário/Escola	3	3, 8	3	3
Desenvolvimento*	4, 5	5	5	5
Relação emocional/comportamento (perturbações)	2, 6	2, 6, 9	2, 6, 9	2, 5, 9
Acidentes e segurança	2	10	10	10
Atividades desportivas e culturais – tempo livre	2	2	2	2
Hábitos de sono	7	11	11	11

*Atividades promotoras do desenvolvimento – ver Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento.

1. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras. Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã – ver BSIJ ou eBoletim.
2. Ler com os pais as indicações no BSIJ/emails do eBoletim.
3. Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar.
4. Estimular a perceção da lateralidade.
5. Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador/vídeo jogos.
6. Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida.
7. Enurese noturna e encoprese – um grande grupo de crianças ainda não tem controlo noturno de esfíncteres.
8. Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e promoção do sucesso escolar, postura correta.
9. Competitividade, prazer em jogos de regras.
10. Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras.
11. Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta.

ANEXO V - Escala de Mary Sheridan Modificada

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12M

Nome _____ Data de nascimento __/__/____ Processo n.º _____

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – levanta a cabeça. Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. Em tração pelas mãos – a cabeça cai. Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. De pé – flete os joelhos, não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. Mantém-se sentado(a) sem apoio. De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. Põe-se de pé com apoios mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> Passa de decúbito dorsal a sentado(a). Tem equilíbrio sentado(a). Gatinha. Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). 	<ul style="list-style-type: none"> Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. Apresenta convergência ocular. Faz pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem preensão palmar. Leva os objetos à boca. Transfere objetos. Esquece imediatamente o objeto quando este cai. Apresenta boa convergência (estrabismo anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> Tem preensão e manipulação. Leva tudo à boca. Aponta com o indicador. Faz pinça. Atira os objetos ao chão deliberadamente. Procura o objeto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. Procura um objeto escondido. Tem interesse visual para perto e longe.

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> Segue os sons a 45 cm do ouvido. Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem atenção rápida para os sons perto e longe. Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. Dá pelo nome e volta-se. Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Tem sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> Sorri. Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). 	<ul style="list-style-type: none"> Leva uma bolacha à boca. Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos. 	<ul style="list-style-type: none"> Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não a usa. Colabora no vestir levantando os braços. É muito dependente do adulto. Demonstra afeto.

Quadro 3. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 18 M – 5 A

Nome _____ Data de nascimento __/__/____ Processo n.º _____

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> Anda bem. Apanha brinquedos do chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Corre. Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem equilíbrio momentâneo num pé. Sobe escadas alternadamente. Desce com os dois pés no mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. Sobe e desce as escadas alternadamente. Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. Salta alternadamente num pé.
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 3 cubos. Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 6 cubos. Imita rabisco circular. Gosta de ver livros. Vira uma página de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 9 cubos. Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde). 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói escada de 6 cubos. Copia a cruz. Combina e nomeia quatro cores básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói 4 degraus com 10 cubos. Copia o quadrado e o triângulo. Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diz o primeiro nome. Fala sozinho(a) enquanto brinca. Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. Nomeia objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diz o nome completo e o sexo. Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. Apresenta linguagem compreensível. Tem apenas algumas substituições infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. Segura a colher e leva alimentos à boca. Não gosta que lhe peguem. Exige muita atenção. Indica necessidade de ir à casa de banho. Começa a copiar atividades domésticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Coloca o chapéu e os sapatos. Usa bem a colher. Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. 	<ul style="list-style-type: none"> Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. Vai sozinho(a) à casa de banho. Come com colher e garfo. 	<ul style="list-style-type: none"> Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. Gosta de brincar com crianças da sua idade. Sabe esperar pela sua vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Veste-se sozinho(a). Leva as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). Escolhe o(a)s amigo(a)s. Compreende as regras do jogo.

ANEXO VI – Comunicação Livre “Presença do(s) Acompanhante(s) no Serviço de
Urgência Pediátrica



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

ANA RITA MAGALHÃES

Membro n.º **62084** desta Ordem, participou no **II Congresso da Secção Regional do Sul**, que se realizou nos dias **10 e 11 de Novembro de 2017**, em **Setúbal**, no **Fórum Municipal Luísa Todi**, enquanto **Coautora** da Comunicação Livre apresentada no dia 10 de Novembro de 2017, com o título:

PRESENÇA DO(S) ACOMPANHANTE(S) NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Coautores:
Sílvia Sousa (apresentado por)
Ana Rita Magalhães
Emanuel Garcês

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco



ANEXO VII – Certificado de comunicação livre



UCF - UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL DE SETÚBAL

CERTIFICA que **Rita Magalhães** participou com a COMUNICAÇÃO ORAL “A realidade dos Açúcares Escondidos nos Alimentos na idade pré-escolar” no **XIV ENCONTRO da UCF de SETÚBAL** realizado no dia 26 de maio de 2017.

Setúbal, 26 de maio de 2017



O Coordenador da UCF

ANEXO VIII – Poster de participação na Reunião de Pediatria do HJJF, Beja



DIARREIA E VÔMITOS EM CONTEXTO DE GASTROENTERITE

...UMA URGÊNCIA?

AUTORIA: [Sila Maranhão¹](#), [Gêise Sousa²](#), [Cristoval Garcia³](#)

¹Enfermeira de Especialidade em Urgências Hospitalares do Hospital São José dos Ramos, ²Enfermeira de Urgências Hospitalares, ³Enfermeira de Urgências Hospitalares, UFPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNPA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ



INTRODUÇÃO:

A gastroenterite aguda (GEA) trata-se de uma patologia transversal à toda a idade pediátrica e motivo de grande aflicção aos serviços de saúde. O maior risco associado a esta patologia é a desidratação e por isso torna-se imprescindível o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento e também na educação para a saúde aos pais de modo a que estes se tornem cada vez mais autônomos de forma a diminuir a aflicção aos serviços de urgência.

OBJETIVOS:

Como objetivos deste trabalho definimos: caracterizar a gastroenterite aguda, mencionar as recomendações preconizadas no tratamento da gastroenterite aguda, identificar sinais de complicações da patologia e identificar o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento da gastroenterite aguda.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

A GEA é caracterizada pelo aparecimento súbito de diarreia, com ou sem vômitos, geralmente resolve-se sem tratamento dentro de dois ou três dias, as sintomas são desagradáveis e afetam tanto a criança como a família ou cuidadores. Muitas crianças com GEA experimentam vômitos, particularmente na fase inicial da doença. A GEA é uma patologia muito frequente na idade pediátrica e de grande preocupação parental, pois pode ter uma evolução bastante rápida até à desidratação e daí advirem complicações e descompensações mais sérias.

Por este quadro, os pais sentem-se muitas vezes impotentes, pelo que se tem observado ser um motivo de recurso ao serviço de urgência frequentemente. No seu grande maioria as situações de GEA são leves e autolimitadas, podendo ser tratadas no domicílio. O controlo da perda excessiva de líquidos, desidratação e assimetrias eletrolíticas torna-se muito importante na abordagem inicial. O tratamento recomendado é a rehidratação oral fracionada através da administração de pequenas quantidades de uma solução de carboidratos isotônicos ou hipertônicos com eletrólitos.

O início da dieta normal é recomendado o mais precocemente possível após a realização da hidratação oral fracionada, dando-se preferência a uma dieta de fácil digestão e alimentos com pouca gordura. As bebidas açucaradas devem ser retiradas da dieta até ao término da diarreia.

O início precoce da hidratação oral fracionada tem-se revelado importante na definição e evolução do tratamento nas crianças com GEA. Os enfermeiros encontram-se em posição primordial na educação para a saúde. De acordo com um estudo, foi demonstrado haver vantagens consideráveis na utilização de guidelines para uma intervenção autónoma por parte dos enfermeiros relativamente a desidratações ligeiras, reduzindo assim tempos de permanência nos serviços de saúde, maior eficiência e eficácia nos exames, redução dos custos com exames complementares de diagnóstico, que se revelam na grande maioria das vezes desnecessários e gastos para a saúde.

A educação para a saúde aponta os cuidados centrados na família através de um modo preciso e ensino de práticas de rehidratação oral fracionada que promovam o cuidado adequado das crianças e o empoderamento das famílias no tratamento no domicílio.

Recomendações para o tratamento da GEA no domicílio : (Ausência de sinais de desidratação)

- Manter alimentação habitual, incluindo amamentação;
- Aumentar a ingestão de líquidos;
- Desencorajar o consumo de sumos de frutas e refrigerantes;
- Oferecer posição de rehidratação oral como recurso de hidratação;
- Se vômitos iniciar hidratação oral fracionada com solução adequada da seguinte forma :

- Criança com menos de 10 kg - 1ml por kg;
- Criança com mais de 10 kg adicionar 5ml por cada 5kg adicionais;
- Manter durante 1 hora;
- Se não vomitar aumentar quantidade progressivamente e manter hidratação 4 a 6 horas;
- Se os vômitos não cessarem é necessário procurar ajuda diferenciada.

Recomendações para o recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica em situação de GEA:

- Idade inferior a 2 meses;
- Crianças susceptíveis graves (por exemplo, diabetes e insuficiência renal);
- Vômitos persistentes e que impedem a rehidratação oral;
- Crianças com muitas deposições e volume excessivo de fezes, (tais que é impossível de deposições diarréicas de);
- Gede intenso, não controlado pelas soluções orais de rehidratação;
- Crianças muito arrevedos de aparecimento recente;
- Vômitos biliares (de cor verde amarelado);
- Prostração (sonolência excessiva, não responde o franco sem a cabeça);
- Dor abdominal muito intensa e/ou contínua;
- Café e palpação abdominal;
- Redução significativa do volume de urina;
- Intolerância mantida, a que não melhora com as soluções orais de rehidratação;
- Outros sinais poderão também necessitar o recurso ao serviço de saúde:
- Diarreia com fezes e sangue;
- Febre alta (>39,5°C axilar) e duração de mais de 3 dias;
- Diarreia prolongada (superior a 14 dias).

CONCLUSÃO:

A ausência no tratamento e prevenção da GEA pode facilmente ser adquirida pelos pais, já que a maioria das situações não requer cuidados profissionais diferenciados. Como enfermeiro torna-se imprescindível alertar os pais para os sinais de diarreia que justifiquem uma ida ao serviço de urgência, assim como fazer educação para a saúde de modo a controlar os sintomas de GEA no domicílio, o que atualmente está facilitado pela variedade de soluções de hidratação oral existente no mercado.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Resumo e Cronograma do Projeto

RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

As quedas são o acidente mais frequente nas crianças em todo o mundo, podendo ter como consequência uns arranhões ou traumatismos mais graves, nomeadamente traumatismo crânio-encefálico, o que vai representar custos aos serviços de saúde e elevado risco de morbimortalidade para a criança, com um risco significativo de incapacidade. Este tipo de acidentes representa uma percentagem de 20 a 25% de recurso às urgências pediátricas (Organização Mundial de Saúde, n.d.).

A prevenção de acidentes é um tema transversal a todas as fases do crescimento e desenvolvimento das crianças, tendo cada uma a sua especificidade quanto ao tipo de acidentes mais frequentes e necessidade de intervenção por parte do enfermeiro. No caso específico dos acidentes em crianças na idade escolar, estes devem ser tidos em conta preventivamente. Uma atuação do enfermeiro especialista nas escolas pode reduzir as lesões acidentais contribuindo para a redução das taxas de morbidade e mortalidade (Hockenberry & Wilson, 2014).

Torna-se imprescindível prevenir os acidentes, especialmente num ambiente que é frequentado pelas crianças durante várias horas do seu quotidiano, como é o ambiente escolar. Existem medidas que devem ser adotadas no contexto escolar, a criança deve movimentar-se com autonomia neste contexto. Devem ser evitados os riscos criados pelo ambiente e pela própria construção de edifícios e recintos escolares prevenindo os acidentes ou lesões não intencionais (Associação Para a Promoção de Saúde Infantil, 2011).

Com o aparecimento da saúde escolar, a prevenção da saúde e a prevenção da doença são os principais aspectos a ter em consideração, passando por dar resposta aos desafios da actualidade, assegurando adequados recursos humanos potenciando comportamentos e estilos de vida saudáveis e promotores de saúde (Direcção Geral de Saúde, 2015).

A saúde escolar tem como objetivo proteger a saúde das crianças/jovens, o que torna necessária a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, compreendendo a realidade em que a população escolar se encontra inserida,

diminuindo a vulnerabilidade desta população ao risco a que se encontram muitas vezes expostas em contexto escolar, onde passam grande parte do seu tempo diariamente (Direcção Geral de Saúde, 2015).

Na Unidade de Cuidados na Comunidade de Beja , onde será desenvolvido o Estágio Final, a Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem à sua responsabilidade a saúde escolar. A presente proposta de trabalho vem salientar a importância do papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na prevenção de acidentes escolares e peri-escolares. É possível atuar em diferentes níveis de prevenção, prevenindo o evento potencialmente prejudicial e que irá causar dano, prevenindo evitando a lesão ou prevenindo minimizando o efeito da lesão ocorrida. Uma vez que a aposta do presente trabalho é a atuação preventiva, promovendo a segurança das crianças, considero que a linha de investigação a seguir é a segurança e qualidade de vida. O trabalho a ser desenvolvido tem como objectivo geral prevenir a ocorrência de acidentes escolares e peri-escolares. Como objetivos específicos desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, na abordagem à criança em contexto de saúde escolar; promover autonomia e segurança às crianças das turmas seleccionadas relativamente à prevenção rodoviária; contribuir para a redução do número de acidentes peri-escolares.

Para realizar os diferentes níveis de prevenção existem vários modos de atuação. O enfermeiro especialista pode atuar directamente com as crianças, solicitando parceria às técnicas de saúde ambiental de modo a perceber quais os tipos de acidentes mais frequentes e atuar com as assistentes de acção educativa que prestam os cuidados nas escolas depois de ocorrida a lesão.

Pretendemos implementar a metodologia de trabalho de projecto contribuindo para a minimização dos problemas identificados e aquisição de ganhos em saúde relativamente ao número e tipo de acidentes escolares. Após o levantamento do registo da monitorização dos acidentes escolares, nas escolas da cidade de Beja foi feito o diagnóstico de situação. Como prevenção de acidentes peri-escolares, serão seleccionadas pela escola duas turmas de 5º ano de cada escola básica da cidade de Beja e 2 turmas de 4º ano das freguesias rurais às quais serão realizadas sessões de educação para a saúde (num total de 8) sobre a temática da prevenção rodoviária e cuidados a ter quando se deslocam para a escola, nomeadamente de automóvel, bicicleta, autocarro, a pé e à noite. Será uma sessão interativa com várias demonstrações de imagens e onde todos participam. Após a sessão

será aplicado um questionário de avaliação da sessão às crianças. Serão desenvolvidas sessões de primeiros socorros às turmas envolvidas consoante a necessidade.

Para desenvolver este projecto foi submetido o requerimento à Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem-Estar, da Universidade de Évora.

CRONOGRAMA

Mês/Atividade	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO
Pesquisa bibliográfica						
Definição de objetivos						
Planeamento						
Execução do projeto						
Discussão do projeto com supervisor e orientador						
Realização do relatório						

BIBLIOGRAFIA

Associação para a Promoção da Saúde Infantil. (2011). *Plano de Acção Para a Segurança Infantil*. Alto Comissariado da Saúde

Direcção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong's Fundamentos Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). Elsevier.

Organização Mundial de Saúde (n.d.). Relatório Mundial Sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças. Acedido em 25 de Abril de 2017 em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf.

APÊNDICE B - Pedido de colaboração à PSP

Email - ritamagalhaes8' x +

outlook.live.com/owa/?path=/mail/search/rp

Email do Outlook

Novo | Responder | Excluir | Arquivar | Lixo eletrônico | Limpar

Pedido de colaboração - Prevenção Rodoviária

RM Rita Magalhães
qui 12/10/2017, 22:14
cpbeja@psp.pt

Responder

Itens Enviados

Boa noite,

Sou enfermeira e encontro-me a tirar mestrado e especialidade em saúde infantil e pediátrica e estou a desenvolver o meu projeto de estágio em "Prevenção de Acidentes Escolares", nomeadamente em relação aos acidentes peri-escolares.

Tenho planeado uma sessão de prevenção rodoviária (no carro, a pé, no autocarro e de bicicleta) e venho solicitar a vossa colaboração numa sessão mais prática (por exemplo sinais de trânsito) dentro do mesmo tema numa data a agendar entre a semana de 13 a 17 de Novembro.

As sessões irão decorrer em 2 turmas de 5º ano nas escolas básicas de Mário Beirão, Santiago Maior e Santa Maria. Irá também decorrer as mesmas sessões em 2 turmas de 4º ano das escolas básicas da Salvada e Cabeça Gorda.

Com os melhores cumprimentos
Rita Magalhães

Pedido de colaboração - Prevenção Rodoviária - Microsoft Edge

outlook.live.com/owa/?itemID=AQMkADAwATY0MDABLThmY2ltZTczNC0wMAItMDAKAEYAAAOol%2bhxsEBCSaMFSNzi66yCBwCf5fQ%2fkoXKSLJfiGqwj2L4AAFxCoYaAAAAiOX0P5Fyh0i434hqsl9i%2bAABmcYXiQAAAA9

Responder | Excluir | Lixo eletrônico

Pedido de colaboração - Prevenção Rodoviária

C Carlos Manuel Correia Da Silva <cmcosilva@psp.pt>
seg 23/10/2017, 15:04
Você: Dario Antonio Nunes Marta (damarta@psp.pt)

Responder

Você respondeu em 07/11/2017 23:23.

Boa tarde, Srª Enfermeira, Rita Magalhães.

Serve o presente e-mail para confirmar que foi deferida a sua solicitação, no sentido de efectuar a sua apresentação nas escolas, em parceria com os Agentes que pertencem ao MIPP - PES (Pograma Escola Segura), durante o período indicado (13NOV a 17NOV).

Ainda não lhe posso avançar nada acerca dos conteúdos que serão ministrados pela nossa parte, pois, como lhe disse, costumam ser definidos/enviados pela Direção Nacional da PSP, nos dias que antecedem os períodos estipulados para a apresentação das ações de sensibilização.

Na semana anterior, voltarei a contactá-la para lhe informar qual(ais) o(s) Agente(s) que a irá(ão) acompanhar.

Qualquer dúvida ou esclarecimento, disponha.

Com os melhores cumprimentos,

Carlos Manuel Correia da Silva
Chefe

Coordenador MIPP | ECTBeja
T: +351 28 432 20 22 E: cmcosilva@psp.pt
M: +351 96 104 21 22

POLÍCIA
SEGURANÇA PÚBLICA

Esquadra de Competência Territorial de Beja
Largo D. Nuno Álvares Pereira, s/n | 7800-018 Beja | PORTUGAL
www.psp.pt

PT

Email - ritamagalhaes8' X +

outlook.live.com/owa/?path=/mail/search/rp

Email do Outlook

Novo | Responder | Excluir | Arquivar | Lixo eletrônico | Limpar | Desfazer

Re: Pedido de colaboração - Prevenção Rodoviária

RM Rita Magalhães
ter 07/11/2017, 23:23
Carlos Manuel Correia Da Silva (cmcosilva@psp.pt); lina.dias@ulsba.min-saude.pt

Responder

Itens Enviados

Boa tarde, Sr Agente Carlos Silva

Serve o presente mail para dar conhecimento acerca das turmas selecionadas pelas escolas às quais realizei as sessões de "prevenção rodoviária". Estas sessões foram enquadradas na disciplina de Formação Cívica e na de Formação pessoal e social, pelo que seguem também os horários respetivos para vossa possível atuação junto das mesmas.

Escola Básica [redacted] (Formação pessoal e social): 5º D - 3ª feira das 12h20 às 13h10m
5º C - 4ª feira das 10h20 às 11h10m

Escola Básica [redacted] (Formação Cívica): 5º B - 6ª feira às 11h20m às 12h10m
5º E - 6ª feira às 12h20m às 13h10m

Escola Básica [redacted] (Formação Cívica): 5º E - 6ª feira das 9h às 9h45m
5º D - 6ª feira das 10h às 10h45m

Não me comprometo a estar presente em todas as vossas ações de sensibilização da semana de 13 a 17 de Novembro. Quando tiver possibilidade envie-me os vossos horários de atuação para que eu tente estar presente nas ações com as turmas.

Com os melhores cumprimentos

14:31

Email - ritamagalhaes8' X +

outlook.live.com/owa/?path=/mail/search/rp

Email do Outlook

Novo | Responder | Excluir | Arquivar | Lixo eletrônico | Limpar | Desfazer

RE: Pedido de colaboração - Prevenção Rodoviária

C Carlos Manuel Correia Da Silva <cmcosilva@psp.pt>
qui 09/11/2017, 14:38
Você; Paulo Jorge Campos Graça (pjgraca@psp.pt); Dario Antonio Nunes Marta (damarta@psp.pt); mais 1

Responder

Mestrado

Você respondeu em 13/11/2017 11:48.

Bom dia Srª. Enfermeira Rita Magalhães.

Percebi do seu mail que já efectuou as suas apresentações.

Pois bem, como lhe tinha referido, as nossas apresentações regem-se por directivas e temáticas a nível nacional e é habitual termos toda a informação acerca de uma semana antes das ações de sensibilização. Assim, para a próxima semana teremos como tema: "Operação Estrada Segura", contudo as ações serão dirigidas a alunos do ensino secundário.

Poderá, no entanto (se quiser, óbvio), estar presente e assistir às nossas apresentações, que terão lugar:

Dia 14 Novembro, pelas 10H30 na Escola Secundária Diogo Gouveia-Liceu;
Dia 15 Novembro, pelas 11H30 na Escola Secundária D. Manuel I.

Com os melhores cumprimentos,

Carlos Manuel Correia da Silva
Chefe

POLÍCIA
SEGURANÇA PÚBLICA

1 de 5

APÊNDICE C - Plano de Sessão “Segurança Rodoviária”

PLANO DE SESSÃO

Fases	Conteúdos Programáticos	Dinamização		Preletores	Tempo (min.)
		Métodos e Técnicas	Meios Audiovisuais		
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos formadores • Apresentação do tema • Objetivos 	Expositivo	Projetor multimédia; Computador	Rita Lina	5
Desenvolvimento	<p style="text-align: center;">Segurança Rodoviária</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na Rua • No carro • No autocarro • À noite 	Expositivo Participativo	Projetor multimédia; Computador; Cartões.	Rita Lina	25
Conclusão	Conclusão	Participativo	Projector multimédia; Computador	Rita Lina	10
	Avaliação/Discussão	Interrogativo	Questionário	Rita Lina	5
Tempo Total: 45 min					

Tema: Segurança Rodoviária

População-alvo: Alunos do 5º Ano da Escola Básica Mário [REDACTED], [REDACTED]s do 4º ano das escolas básicas de Salv [REDACTED] [REDACTED]

Local: Escola Básica [REDACTED], Escola Básica [REDACTED], Escola Básica [REDACTED], Escola Básica de [REDACTED] e Escola Básica de [REDACTED]

Data e hora: 31 de Outubro, 3 e 17 de Novembro 2017

Duração: 45 minutos/sessão

Objetivos:

- Sensibilizar as crianças para uma segurança rodoviária;
- Promover autonomia e hábitos de segurança nas crianças;
- Prevenir acidentes no espaço peri-escolar.

Preletoras: Rita Magalhães – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar na UCC de Beja; Lina Dias – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

APÊNDICE D - Sessão “Segurança Rodoviária”

SEGURANÇA RODoviÁRIA



Elaborado por:
Enfª ESIP Lina Dias
Enfª Rita Magalhães



x Tu também és muito importante para a segurança rodoviária



A PÉ



A PÉ



A PÉ



A PÉ



DE AUTOMÓVEL



DE AUTOMÓVEL



DE AUTOMÓVEL



DE AUTOMÓVEL



DE AUTOMÓVEL



DE AUTOMÓVEL



DE AUTOCARRO



DE AUTOCARRO



DE AUTOCARRO



DE AUTOCARRO



DE AUTOCARRO



DE BICICLETA



DE BICICLETA



DE BICICLETA



DE BICICLETA



DE BICICLETA



DE BICICLETA



À NOITE



À NOITE



À NOITE



À NOITE



SINAIS DE TRÂNSITO

• Obrigação



• Perigo



• Informação



• Proibição



VER E SER VISTO



QUESTÕES



APÊNDICE E - Avaliação da sessão “Segurança Rodoviária”

AVALIA OS TEUS CONHECIMENTOS



1. O que falta à Maria para atravessar a estrada em segurança?

2. Faz corresponder os sinais corretamente consoante os seus tipos:



• Proibição



• Perigo



• Informação



• Obrigação

3. Qual a principal diferença entre estes dois sinais?



4. Assinala com um círculo a imagem que te parece ser a mais correta.



5. Qual o principal erro que vês nesta imagem?



6. Diz se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmações:

- Quando vou a pé para a escola com um adulto posso ir a brincar e não prestar atenção ao trânsito _____
- Posso ir a correr para a escola se estiver atrasado _____
- Se não houver passeio eu e os meus amigos devemos circular todos ao lado uns dos outros para que os carros nos vejam bem _____
- Como tens tamanho de criança deves atravessar a estrada com atenção, pois os condutores podem não te ver _____

APÊNDICE F – Plano de Sessão “Primeiros Socorros”

PLANO DE SESSÃO

Fases	Conteúdos Programáticos	Dinamização		Preletores	Tempo (min.)
		Métodos e Técnicas	Meios Audiovisuais		
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos formadores • Apresentação do tema • Objetivos 	Expositivo	-	Rita Lina	5
Desenvolvimento	<p style="text-align: center;">Primeiros Socorros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mala de 1ºs socorros • Mordedura de animais • Picada de vespa e abelha • Hemorragia por ferida • Hemorragia nasal • Queimadura • Queimadura solar 	Participativo, Interativo	Simulação de casos práticos	Rita Lina	50
Conclusão	Discussão/Avaliação/Conclusão	Participativo	-	Rita Lina	10
Tempo Total: 65 min					

Tema: Primeiros Socorros

População-alvo: Alunos do 3º Ano da Escola Básica [REDACTED]

Local: Escola Básica [REDACTED]

Data e hora: 22 de Novembro 2017

Duração: 65 minutos/sessão

Objetivos:

- Ensinar a atuação perante uma situação de acidente;
- Sensibilizar as crianças para a prática de primeiros socorros;
- Promover hábitos de primeiros socorros nas crianças;
- Prevenir complicação de acidentes.

Preletoras: Rita Magalhães – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar na UCC de Beja; Lina Dias – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

APÊNDICE G – Casos para simulação prática de primeiros socorros

A Julieta tem 7 anos e foi passar o fim-de-semana a casa dos avós maternos. Os avós têm uma quinta com vários animais e a Julieta gosta muito de lá ir. De entre todos os animais, existe lá na quinta a gata Mimi que teve gatinhos bebés há 1 semana e a Julieta foi logo a correr para os conhecer mas a Mimi assustou-se e ao querer proteger os filhotes arranhou e mordeu a Julieta no braço e na mão.

Como podemos ajudar a Julieta?

- *Limpar bem o local da mordida com água e sabão*
 - *Secar a ferida com uma compressa (sem arrastar)*
 - *Desinfetar com antisséptico (usar compressas e não algodão)*
 - *Informar sobre se o animal está vacinado*
 - *Recorrer a uma unidade de saúde*
 - *Saber se tem a vacina antitetânica*
-

A Joana é escoteira e foi fazer um acampamento com o seu grupo junto ao Alqueva. Ao chegarem ao local montaram as tendas e depois disso sentaram-se para lanchar mas ao sentar, a Joana sentiu uma picada forte na parte de trás da perna e viu que uma abelha lhe tinha picado.

Como devemos proceder?

- *Saber se são conhecidas alergias à picada de abelhas. Se sim, deve recorrer imediatamente a um hospital*
 - *Se existir ferrão no local da picada deve ser retirado com uma pinça*
 - *Desinfetar o local da picada com antisséptico*
 - *Aplicar gelo local.*
-

O Gonçalo, com 9 anos, quis ajudar a mãe a fazer o jantar. Estavam a cozinhar uma sopa e por isso encontravam-se a descascar legumes quando o Gonçalo gritou “Ai” e a mãe verificou que ele se tinha cortado com a faca.

Como podemos ajudar o Gonçalo?

- *Acalmar a vítima e mantê-la acordada (podemos mandar sentar)*
 - *Fzer pressão sobre a ferida com compressa ou pano lavado para estancar a hemorragia*
 - *Lavar a ferida com água ou SF e desinfetar com antisséptico*
 - *Se for uma ferida extensa ou profunda, levar a vítima a uma unidade de saúde*
-

O Mateus tem 11 anos e foi jogar futebol com os amigos num domingo de manhã. Estava um lindo dia de Sol e no intervalo do jogo o Mateus começou a sangrar do nariz.

Quais os procedimentos que devemos ter com a hemorragia nasal?

- *Sentar a vítima com a cabeça direita (nem para a frente nem para trás)*
 - *Respirar pela boca*
 - *Comprimir com o dedo, a narina que está a sangrar durante cerca de 10 minutos*
 - *Aplicar gelo (envolvido num pano)*
 - *Tapar a narina com um tampão (por ex feito com compressa)*
 - *Caso a hemorragia não pare, deve ser consultado um médico.*
-

É Primavera, a Maria faz 10 anos e vai fazer a sua festa de aniversário em casa convidando alguns amigos e familiares. Ela está toda entusiasmada e quer ajudar a mãe nos preparativos para a festa. A mãe da Maria colocou água no fogão para ferver para fazer a gelatina. A Maria quis ajudar a mãe a colocar a gelatina em tacinhas e acabou por se queimar com a água quente, pois esta salpicou-lhe para a mão e pulso esquerdos. Como podemos ajudar a Maria?

- *Arrefecer imediatamente o local afectado com soro fisiológico ou água corrente*
 - *Nunca aplicar gelo*
 - *Recorrer ao hospital se a queimadura for extensa ou grave (se formar bolhas ou se a extensão for significativa)*
-

Estamos nas férias de Verão e o António está de férias. Os tios dele vivem em Lisboa e vieram passar férias ao Alentejo. Durante a manhã estiveram na praia fluvial e após o almoço foram dar um passeio de barco na barragem do Alqueva. Ao final da tarde, o

António começou a queixar-se que lhe doíam os braços e os tios verificaram que o António tinha os ombros e braços muito vermelhos, quentes e com dor.

O que aconteceu ao António e como o podemos ajudar?

- *Tomar um banho de água tépida/fria com água corrente*
 - *Aplicar compressas molhadas frias e cremes hidratantes (biafine) para alívio das zonas queimadas*
 - *Se as queimaduras forem muito extensas deve recorrer ao hospital*
 - *Evitar a exposição ao sol até que a queimadura esteja completamente resolvida*
-

O Matias vai festejar o seu aniversário com um grande piquenique no campo, junto à barragem, onde existe muito espaço para brincadeiras e parque infantil. Ele faz 10 anos e convidou 8 amigos. Os pais do Matias querem organizar uma mala de primeiros socorros para levar.

O que devem os pais do Matias colocar na mala de primeiros socorros?

- *Luvas descartáveis*
- *Termómetro*
- *Pacote de açúcar*
- *Tesoura*
- *Adesivos*
- *Antisséptico para as mãos*
- *Antisséptico para feridas*
- *Compressas*
- *Pinça*
- *Ligadura*
- *Pensos rápidos*
- *Gelo*
- *Creme hidratante/Biafine*
- *Soro fisiológico*

APÊNDICE H – Sessão “Primeiros Socorros”







APÊNDICE I - Folheto “Prevenção de Acidentes”

Os acidentes são eventos inesperados, que podem ser evitados com ações de educação que integrem informação, atividades formativas das nossas crianças e atitudes preventivas. É necessário adequar e adaptar o ambiente escolar visando a segurança de crianças e adolescentes.



Mais informações disponíveis em www.dgs.pt (Programa Nacional de Saúde Escolar)

Prevenção de acidentes é um compromisso de todos nós!

A segurança das crianças também passa pela adequação e melhoria dos espaços físicos de uma escola.



Elaborado por:
En^{fm} Ana Rita Magalhães
Orientado por:
En^{fm} ESCJ Alexandra Sousa
Prof^a Antónia Chora

PREVENIR PARA NÃO CAIR!



PREVENÇÃO DE ACIDENTES ESCOLARES

Os acidentes escolares, nomeadamente as quedas, contribuem para uma elevada taxa de morbimortalidade, podendo representar uma diminuição de anos de vida saudável da criança.



As quedas são o acidente mais frequente nas crianças em todo o mundo.

A prevenção é o principal instrumento na diminuição dos acidentes infantis, assim como o cumprimento de normas e programas educacionais.

A maioria dos acidentes pode ser evitado:

- ⇒ Minimização ou eliminação dos riscos do ambiente escolar;
- ⇒ Promover a segurança de crianças e jovens no transporte coletivo, nas visitas de estudo;
- ⇒ Promover a segurança adequada nas aulas de educação física, utilizando material de proteção individual sempre que necessário.

Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar.



APÊNDICE J - Revisão Integrativa

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Prevenção de Acidentes Peri-Escolares: Revisão Integrativa da Literatura

Prevention of Peri-School Accidents: Integrative Review of Literature

Prevención de Accidentes Peri-Escolares: Revisión Integrativa de la Literatura

Autores:

Ana Rita Lopes de Magalhães: Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Beja, Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital José Joaquim Fernandes, EPE, ritamagalhaes81@hotmail.com

Maria Antónia Chora: Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Doutora em Sociologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mafcc@uevora.pt

Évora

Janeiro 2018

RESUMO

Introdução: Os acidentes peri-escolares ocorrem um pouco por todo o mundo em crianças em idade escolar, o que conduz a uma importante causa de morbimortalidade infantil. **Objetivo:** Diminuir o risco de acidentes peri-escolares através da prevenção. **Métodos:** Realizaram-se pesquisas no motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados PubMed, CINAHL e Medline. Foram incluídos estudos que abordassem o trajeto de crianças de casa para a escola e vice-versa e a percepção destas e seus pais ao risco. **Resultados:** Os estudos analisados demonstram o benefício das crianças se deslocarem a pé ou de bicicleta para a escola aumentando a percepção de segurança destas e seus pais. A prevenção demonstra ser um passo importante para a diminuição do número de acidentes. **Conclusão:** Os acidentes são vistos como um problema de saúde e por isso é necessária a intervenção das equipas de saúde em parceria com as escolas para fomentar estratégias de intervenção de modo a prevenir a ocorrência de acidentes peri-escolares.

Palavras-Chave: Acidente escolar, prevenção, crianças, idade escolar, saúde escolar

ABSTRACT

Introduction: Peri-school accidents happen all around the world in school-age children, which leads to an important cause of infant morbidity and mortality. **Objective:** To know the importance of the nurse in the prevention and reduction of peri-school accidents. **Methods:** PubMed, CINAHL and Medline databases were searched using EBSCOhost search engine. Studies that addressed the path of children from home to school and vice versa and their perception and their parents to risk were included. **Results:** The analyzed studies demonstrate the benefit of children walking or cycling to school, increasing their safety perception and their parents. Prevention is an important step in reducing the number of accidents. **Conclusion:** Accidents are seen as a health problem and therefore the intervention of health teams in partnership with schools is necessary to foment intervention strategies in order to prevent the occurrence of peri-school accidents.

Key words: School accident, prevention, children, school age, school health

RESUMEN

Introducción: Los accidentes peri-escolares ocurren un poco por todo el mundo en niños en edad escolar, lo que conduce a una importante causa de morbimortalidad infantil. **Objetivo:** Conocer la importancia del enfermero en la prevención y reducción de accidentes peri-escolares. **Métodos:** Se realizaron investigaciones en el motor de búsqueda EBSCOhost, en las bases de datos PubMed, CINAHL y Medline. Se incluyeron estudios que abordaran el trayecto de niños de casa a la escuela y viceversa y la percepción de éstos y sus padres al riesgo. **Resultados:** Los estudios analizados demuestran el beneficio de los niños desplazarse a pie o en bicicleta a la escuela aumentando la percepción de seguridad de éstos y sus padres. La prevención demuestra ser un paso importante para la disminución del número de accidentes.

Conclusión: Los accidentes son vistos como un problema de salud y por eso es necesaria la intervención de los equipos de salud en asociación con las escuelas para fomentar estrategias de intervención para prevenir la ocurrencia de accidentes peri-escolares.

Palabras clave: Accidente escolar, prevención, niños, edad escolar, salud escolar

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) “*um acidente é um acontecimento independente da vontade humana*”. As quedas são o acidente mais frequente nas crianças em todo o mundo, podendo ter como consequência uns arranhões ou traumatismos mais graves (Organização Mundial de Saúde, n.d.).

Os acidentes intencionais e não intencionais representam mais de 90% das mortes por acidentes, numa representatividade mundial e surgem essencialmente em países com baixos e médios rendimentos. Na Europa, esses acidentes representam a 4ª causa de morte e a morbidade por acidentes depende do rendimento médio dos países, apresentando uma morbidade tendencialmente proporcional aos rendimentos. A esta escala, os acidentes representam um grave problema de saúde pública com grande impacto na vida da criança e suas famílias pelo risco de perda de incapacidade e morbimortalidade a que estão sujeitas (Direcção-Geral de Saúde, 2010).

Pelas características naturais e próprias das crianças, estas são especialmente vulneráveis aos acidentes. De acordo com estudos demonstrados na Europa, por cada perda fatal de uma criança num acidente, 50 necessitam de recurso ao internamento pela gravidade dos traumatismos e 800 recorrem aos serviços de urgência onde são sujeitas a tratamento ou intervenções (Direcção-Geral de Saúde, 2010).

Atualmente os acidentes são passíveis de prevenção e já existem medidas comprovadas com impacto na redução do número e gravidade dos acidentes. É possível contribuir para a prevenção adquirindo estratégias de mudança a nível do ambiente e educação para a saúde dirigida aos grupos vulneráveis e intervindo na comunidade. De acordo com a OMS, o setor da saúde tem um papel fulcral para a redução deste problema (Direcção-Geral de Saúde, 2010). Assim, esta revisão tem como objetivo conhecer o efeito da prevenção na redução de acidentes peri-escolares.

O início da Saúde Escolar surge após a aprovação da carta de Ottawa, em 1986. Esta dava ênfase à promoção da saúde, capacitando os indivíduos para a sua própria saúde atingindo níveis de bem-estar físico, mental e social com recursos à saúde iguais para toda a população, seja individualmente ou inserida numa determinada comunidade. A Saúde Escolar tem vindo a adaptar-se às mudanças que têm surgido ao longo do tempo a nível social e económico, caminhando no sentido dos jovens atingirem o seu potencial máximo em saúde através da promoção e adoção de estilos de vida saudáveis (Direcção-Geral da Saúde, 2015b).

A Saúde Escolar possui um papel muito importante na partilha de conhecimento e experiências que deve ter em conta outras gerações mais velhas e experientes no sentido de transmissão de valores sociais e culturais. Assim, as crianças são conduzidas numa experiência abrangente e multissetorial para a promoção da igualdade em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

MÉTODO

Por se tratar de uma revisão integrativa de literatura, foi elaborada a questão de investigação “*O risco de acidente peri-escolar nas crianças em idade escolar pode ser diminuído através da prevenção?*”. Considerada a pergunta de investigação foi delineada a metodologia PICO (P- População, I- Intervenções, C-Controle, O-Outcomes) de modo a selecionar os estudos incluídos:

- População: Crianças em idade escolar (6-14 anos)
- Intervenções: Educação para a saúde em contexto escolar e comunidade
- Resultados: Os resultados devem incluir a importância da prevenção de acidentes peri-escolares
- Desenho: Serão considerados todos os tipos de estudos.

Para elaborar esta revisão integrativa foi realizada pesquisa no motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados eletrônicas PubMed, CINAHL e Medline no mês de Novembro de 2017 a Janeiro de 2018. Os termos pesquisados foram “acidentes escolares”, “prevenção de acidentes”, “saúde escolar”, “prevention of school accidents” “children’s accident prevention” e “health school” em várias combinações e o operador booleano utilizado foi “AND”. O limite cronológico de pesquisa decorreu entre 2008 e 2017.

Os critérios de inclusão foram artigos em português, inglês e espanhol que explanassem o tema da prevenção de acidentes escolares e peri-escolares em idade escolar, artigos publicados entre 2008 e 2017 e artigos com o texto integral disponível. Os critérios de exclusão foram estudos que incluíssem crianças com idade inferior a 6 anos ou superior a 15 anos e artigos de saúde escolar que não desenvolvessem a temática da prevenção de acidentes.

Iniciada a procura foram encontrados mais de 200 artigos, tendo sido necessário realizar uma pesquisa mais detalhada e proceder à análise dos títulos, foram aplicados os critérios de inclusão e encontraram-se 34 publicações. Foi realizada leitura e análise dos resumos desses artigos e excluíram-se 25 artigos que não se enquadravam nos critérios propostos, ficando um total de 9 artigos.

Relativamente ao idioma, da seleção de 9 estudos, 1 encontra-se em português e 8 são em inglês. Relativamente ao ano de publicação da seleção de estudos, em 2017, 2013, 2012 e 2008 temos 1 estudo, de 2016, 3 estudos e de 2011, 2 estudos.

Para analisar a qualidade metodológica dos estudos foram utilizadas as grelhas de avaliação crítica de Joanna Briggs. Os artigos que não

correspondessem a pelo menos 70% dos pontos avaliados na grelha foram excluídos (Joanna Briggs, 2015).

RESULTADOS

Após análise dos estudos selecionados, estes são na sua maioria de coorte, com 6 artigos e 2 randomizados e 1 transversal. Na pesquisa realizada nem todos os estudos evidenciavam o tipo de desenho, no entanto, na sua maioria são quantitativos, havendo 1 que é qualitativo e quantitativo.

Todos os estudos incidem na criança em idade escolar, nomeadamente entre os 6 e os 14 anos de idade. Algumas publicações relatam estudos de segurança rodoviária, outros estudos de tráfego no trajeto da criança para a escola e alguns exploram a percepção do risco para o papel parental ou segundo a visão da criança na idade escolar.

Estes estudos foram desenvolvidos em diversos países do mundo, tendo sido incluídos 2 estudos desenvolvidos em Espanha e 1 de Nova Zelândia, Canadá, Austrália, Índia, Estados Unidos da América, Portugal e Irão,

Para facilitar a análise dos estudos incluídos nesta revisão, foi sintetizada a informação recorrendo a uma tabela que contempla os seguintes itens: título do estudo, autores, ano, país, participantes, método, objetivo do estudo e principais resultados.

Título	Autores	Ano	País	Participantes	Método	Objetivos	Resultados
Paediatric pedestrian trauma: The danger after school	Newbury, C.; Hsiao, K.; Dansey, R. & Hamill, J.	2008	Nova Zelândia	Crianças dos 0 aos 14 anos admitidas no hospital vivas ou mortas para lesões como peão ou passageiro durante 6 anos.	Quantitativo	Analisar a demografia da lesão de trauma de peões na estrada em crianças na região de Auckland e fornecer dados estratégicos de prevenção.	Foram registadas 364 crianças entre 2000-2005, resultando em 25 mortes. A idade média era de 7 anos e 63% eram rapazes. A hora de maior registo de acidentes é entre as 8h e 9h e das 15h às 19h.
Predictors of Parental Risk Perceptions: The Case of Child Pedestrian Injuries in School Context	Cloutier, M.; Bergeron, J.; Apparicio, P.	2011	Canadá	193 Pais	Quantitativo. Questionário.	Explorar os fatores que influenciam a percepção de risco dos pais nas crianças expostas a lesão como peão, no contexto de escola primária.	Conceber medidas de prevenção de acidentes de trânsito e promover atividade através da utilização de transportes ativos.
School site and the potential to walk to school: The impact of street connectivity and traffic exposure in school neighborhoods	Giles-Corti, B.; Wood, G.; Pikora, T.; Learnihan, V.; Bulsara, M.; Niel, K.; Timperio, A.; McCormack, G.; Villanueva, K.	2011	Austrália	1480 crianças (5-7 anos) 1314 pais 25 escolas	Quantitativo. Questionário	Criar condições que facilitam as crianças que se deslocam a pé para a escola, tendo em conta a proximidade escolar e a segurança do trânsito.	Salientar a importância da localização da escola e a arquitetura das ruas e bairros escolares.
A Study to assess the effectiveness of planned health education on prevention of road traffic accidents among elementary school children at Tirupati	Nirmala, AS; Padmaja, A.	2012	Índia	50 crianças	Quantitativo. Questionário	Avaliar a eficácia da educação em saúde na prevenção de acidentes de trânsito nas escolas primárias de Tirupati	A educação em saúde é uma medida primária que aumentou o conhecimento das crianças.
Effectiveness of a safe routes to school program in	DiMaggio, C.; Li, G.	2013	EUA	124 escolas; 168806 feridos dos quais 5822	Qualitativo e quantitativo Investigação da	Incentivar a caminhada e ciclismo como meio de	A implementação do programa SRTS (Safe Routes to School) em Nova

preventing school-aged pedestrian injury				são crianças em idade escolar	polícia e consulta de processos	deslocação das crianças para a escola.	lorque contribui para uma redução acentuada nas lesões dos peões em crianças em idade escolar.
Children who commute to school unaccompanied have greater autonomy and perceptions of safety	Herrador-Colmenero, M.; Villa-González, E.; Chillón, P.	2016	Espanha	745 crianças (6-12 anos)	Quantitativo. Questionário	Associar a forma como as crianças foram acompanhadas para a escola por faixa etária e avaliar a perceção de segurança quando acompanhadas ou não.	As crianças mais velhas que se deslocam para a escola não acompanhadas tiveram melhor percepções de segurança do que outras crianças
Claves infantiles para prevenir la siniestralidad en el contexto escolar	Gambarte, M.; Mendía, R.	2016	Espanha	584 crianças em idade escolar (8-9 anos)	Quantitativo e qualitativo. Questionário	Conhecer a perceção infantil sobre as causas e estratégias de prevenção dos acidentes escolares.	A população infantil sabe identificar os acidentes como problema de saúde, questiona a multiplicidade de elementos envolvidos e relaciona a origem eo tipo de acidentes com mecanismos de prevenção e ajuda.
Acidentes em crianças e jovens, que contexto e que abordagem? Experiência de nove meses no serviço de urgência num hospital de nível II	Batalha, S.; Salva, I.; Santos, J.; Albuquerque, C.; Cunha, F.; Sousa, H.;	2016	Portugal	22502 admissões por motivo de acidente de crianças até 14 anos	Quantitativo. Inquérito	Caracterizar os acidentes ocorridos na população pediátrica, no concelho de Vila Franca de Xira, e que motivaram recurso ao serviço de urgência.	Os acidentes com crianças foram um motivo frequente de ida ao serviço de urgência pediátrica com importante consumo de recursos.A sensibilização dos cuidadores é essencial na prevenção de acidentes.
The role of parental risk judgements, transport safety attitudes, transport priorities and accident experiences on pupils' walking to school.	Mehdizadeh, M.; Nordfjaern, T.; Mamdoohi, A.; Mohaymany, A.	2017	Irão	711	Quantitativo. Questionário	Examinar o papel de risco parental na perceção de risco e preocupação relativamente às atitudes de segurança de transporte, prioridades de transporte, experiências de acidentes e modalidades de escolha em viagens escolares.	Deslocar-se a pé para a escola melhora a segurança e aumenta o conhecimento de segurança parental.

Tabela 1 – Resumo dos estudos incluídos e principais resultados

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme demonstrado na tabela 1, irão ser apresentados os resultados dos estudos incluídos nesta revisão. Um estudo realizado por *Newbury et al.* (Newbury, Hsiao, Dansey, & Hamill, 2008), realizou uma análise retrospectiva de todas as crianças dos 0 aos 14 anos da região de Auckland, que deram entrada no hospital com ou sem vida por lesão ocorrida como peão ou passageiro em veículo a motor. Dessa análise resultaram 364 crianças envolvidas em acidentes como peão, das quais 25 resultaram em morte. A idade média das crianças vítimas de acidente foi de 7 anos e ocorreu em maior percentagem nos rapazes (63%). Verificou-se que o pico de ocorrência de registo dos acidentes ocorre entre as 8 e 9 horas da manhã e das 15h às 19h, coincidindo com o período em que existe maior afluência no trajeto para a escola ou da escola para casa. Realizada essa análise, os autores do estudo concluíram que as estratégias de prevenção devem-se concentrar nas horas após o período escolar.

O estudo realizado por *Cloutier et al.* (Cloutier, Bergeron, & Apparicio, 2011) teve como principal objetivo explorar os fatores que influenciam a percepção de risco dos pais nas crianças expostas a lesão como peão, no contexto de escola primária. A partir de uma amostra de 193 pais de seis escolas diferentes, o estudo demonstra que as mães geralmente apresentam maior percepção do risco. Relativamente ao fator ambiental, foi demonstrado que quanto maior risco ambiental, maior é a percepção do risco para pais e crianças. O risco ambiental é tanto maior quanto maior for a intensidade de trânsito, pois aumenta o perigo para a saúde. Mais de 50% dos pais revelam que os acidentes são a principal fonte de perigo para as crianças e um terço (31%) também avalia como um grande perigo para os seus filhos, embora não o considerem perigoso para si. Cerca de 52% dos pais concordam com a afirmação de que os riscos rodoviários podem ser controlados. Os autores concluem que devem ser consideradas estratégias de prevenção, especialmente devido ao papel que os pais desempenham na prevenção de lesões. Salientam que será benéfico para as crianças e para o ambiente utilizar a caminhada como meio de deslocação para a escola.

Num outro estudo realizado por *Giles-Corti et al.* (Giles-Corti et al., 2011) foi utilizada uma amostra de 1480 crianças entre os 5 e os 7 anos de idade, 1314 pais de 25 escolas primárias públicas. Neste estudo ficou demonstrado que as zonas com maior intensidade de tráfego denotavam um menor número de crianças a deslocar-se a pé para a escola. Os autores defendem que para os pais sentirem segurança de modo a permitir que os filhos se desloquem para a escola autonomamente, devem ser tidas em consideração as infraestruturas de suporte nas estradas, como os cruzamentos, a intensidade do tráfego e a

segurança pessoal, bem como o acesso aos transportes urbanos e a localização da escola. Assim, os autores concluem que a capacidade da criança se deslocar a pé para a escola é tida em conta consoante a intensidade do trânsito e da localização da casa em relação à escola.

No estudo realizado por *Nirmala e Padmaja* (Nirmala, AS; Padmaja, 2012) foi avaliada a eficácia da educação em saúde na prevenção de acidentes rodoviários nas escolas primárias de Tirupati. A amostra aleatória de 50 crianças foi sujeita a um questionário para avaliação de conhecimentos. Após 7 dias de educação em saúde, foi aplicado o pós-teste utilizando o mesmo questionário já utilizado no pré-teste. Como resultados, estes autores evidenciam a significância na eficácia da educação em saúde acerca de conhecimentos sobre acidentes rodoviários e o conhecimento acerca de práticas de prevenção de acidentes rodoviários. Concluíram que a educação em saúde é uma medida primária que aumenta o conhecimento das crianças, independentemente das variáveis demográficas.

DiMaggio e Li (DiMaggio & Li, 2013) desenvolveram o seu estudo no sentido de demonstrar a criação de um programa nacional designado Safe Routes to School (SRTS) em Nova Iorque para incentivar a caminhada e o ciclismo como meio de deslocação para a escola. Apesar de as taxas anuais de lesões ocorridas em peões terem sido calculadas para diferentes faixas etárias, do 168806 feridos registados entre 2001 e 2010, notou-se um declínio no registo de crianças em idade escolar feridas que reduziu de 5822 feridos em 2001 para 3597 feridos em 2010. Os autores obtiveram como principal resultado uma diminuição na taxa anual de lesão de peões de 33% nas crianças em idade escolar e uma redução de 44% quando são tidas em consideração as horas de viagem escolar que definiram com sendo das 7 às 9 horas e das 14 às 16 horas, de segunda a sexta-feira, nos meses de setembro a Junho. Assim, os autores concluem que a implementação do programa nacional SRTS em Nova Iorque contribuiu para uma redução notória na lesão dos peões, nomeadamente nas crianças em idade escolar.

No estudo realizado por *Herrador-Colmenero et al* (Herrador-Colmenero, Villa-González, & Chillón, 2017) com uma amostragem de 745 crianças dos 6 aos 12 anos que respondeu a um questionário dando conhecimento se foram acompanhados para a escola, seu modo de viagem e suas percepções de segurança. Os autores analisaram que crianças dos 10 aos 12 anos deslocavam-se para a escola não acompanhadas com mais frequência, demonstrando melhor percepção de segurança e provavelmente passageiros mais ativos do que as crianças mais novas. Os autores concluíram com este estudo que as crianças entre os 8 e os 12 anos se deslocam mais ativamente para a escola sem a supervisão de um adulto, recorrendo por vezes ao acompanhamento de outras crianças, principalmente na faixa etária dos 8-9 anos. Foi notório neste estudo que as crianças que se deslocam sem a supervisão de um adulto para a escola,

têm maior percepção do risco e segurança do que as crianças que vão acompanhadas por um adulto. O incentivo à deslocação autónoma para a escola promove a autonomia das crianças e melhora a sua percepção de segurança e também a dos pais.

Estudo realizado por *Gambarte e Mendía*(Inés, Gambarte, & Sáenz Mendía, 2016) teve como objetivo conhecer a percepção infantil sobre as causas e estratégias de prevenção dos acidentes escolares numa amostra de 584 crianças com 8 e 9 anos de idade e teve como principais conclusões o reconhecimento da população infantil no modo de ver os acidentes como um problema de saúde. As crianças relacionam os elementos envolvidos com o tipo de acidentes, mecanismos de prevenção e de ajuda.

Estudo de *Mehdizadeh et al*(Mehdizadeh, Nordfjaern, Mamdoohi, & Shariat Mohaymany, 2017) analisa o papel de risco parental na percepção de risco e preocupação relativamente às atitudes de segurança de transporte, prioridades de transporte, experiências de acidentes e modalidades de escolha em viagens escolares. Este estudo foi desenvolvido no Irão onde os registos de segurança rodoviária são fracos. Dos 711 questionários aplicados aos pais, foi demonstrado que pais com maior percepção de risco e com noção de probabilidade elevada de ocorrência de acidentes são menos propensos a deixar os filhos deslocarem-se a pé para a escola, ao invés dos pais com maiores conhecimentos de segurança que são mais suscetíveis a permitir que os seus filhos se desloquem a pé para a escola. Os autores concluíram que deve ser promovido pelas entidades competentes a segurança no caminho para a escola e a segurança das instalações nesse percurso, de modo a que as crianças se desloquem a pé para a escola aumentando a sua segurança, aumentando o conhecimento de segurança parental, trazendo benefício para a saúde dessas crianças.

No estudo analisado por *Batalha et al*(Batalha et al., n.d.) foram analisadas 22502 admissões até aos 14 anos no serviço de urgência pediátrica e os autores relatam que 7,8% foram por acidentes, a maioria do sexo masculino e com idade superior a 5 anos de idade. A queda é o tipo de lesão com maior registo (55,5%) seguido da contusão como mecanismo de lesão (24%), de entre os locais de acidentes mais frequentes que são o exterior da escola (29%) e o interior da habitação (25%). Estes autores concluíram que apesar de não terem sido registados óbitos, existe um número significativo de recursos ao serviço de urgência e de registos por lesões superficiais com necessidade de recorrer aos serviços de saúde, o que é representativo do consumo de recursos. Os autores defendem que devem ser promovidas ações de formação junto das escolas e dado conhecimento acerca do acesso e utilização dos cuidados de saúde primários. Este estudo revela a realidade portuguesa em relação ao risco de lesão a que as crianças estão sujeitas, o que demonstra ser um fator significativo para a aposta na prevenção de acidentes.

CONCLUSÃO

A nível nacional verificou-se que são escassos os estudos existentes na área da prevenção de acidentes peri-escolares, no entanto atribuiu-se uma importância significativa nesta revisão integrativa de literatura, pois foi dada a conhecer uma visão global e a realidade existente noutros países da Europa e do Mundo.

Devido à vulnerabilidade inerente à criança, estas estão mais suscetíveis à ocorrência de acidentes, quanto menor for a sua idade. Este fato deve-se essencialmente ao seu menor reconhecimento do risco, com menor capacidade de resposta perante uma situação de risco e às suas características físicas que não permitem verem e serem vistas com toda a segurança. A ocorrência de acidentes na criança tem um importante impacto na sua saúde conduzindo a gastos em saúde incalculáveis para ela e sua família, pois as lesões sofridas podem incorrer em perda de horas, dias ou incapacidade temporária ou definitiva na vida da criança.

No sentido de centralizar as escolas nos grandes centros urbanos, a tendência tem sido aumentar as distâncias percorridas para a escola e conseqüentemente aumentar a intensidade de tráfego na estrada, reduzindo a capacidade das crianças se deslocarem a pé ou de bicicleta para a escola. Demonstra que tem sido conveniente para os pais mais ocupados, deixarem o seu filho na escola no caminho para o trabalho, aumentando o congestionamento de trânsito nos acessos perto das escolas, contribuindo para aumentar as preocupações dos pais sobre a segurança no trânsito e diminuir a segurança do caminho para a escola.

As taxas de mortalidade e lesões por acidentes são sensivelmente aumentadas para o dobro quando se trata de países de baixo e médios rendimentos, relativamente aos países considerados ricos. A evidência científica atual tem vindo a demonstrar que a prevenção é a chave para a diminuição dos acidentes, evitando com isso, muitas mortes e diminuindo o registo de lesões. Assim, a prevenção foi destacada como a principal ferramenta a ser utilizada para a diminuição dos acidentes rodoviários em crianças, seja como peão ou como passageiro de veículo a motor. Os pais também representam um papel fulcral na educação dos seus filhos, devendo arranjar estratégias e promovendo a autonomia para que os filhos se desloquem sozinhos para a escola, sem supervisão de um adulto, a pé ou de bicicleta. Essa autonomia vai promover maior segurança nos filhos e nos pais, assim como promover maior saúde por

se tornarem mais ativos. É comum os pais terem noção de que os riscos rodoviários são passíveis de serem controlados e conseqüentemente, prevenidos.

Sendo os acidentes um problema de saúde, também as escolas desempenham um papel importante na prevenção e promoção da saúde das crianças, devendo recorrer a parcerias e programas de intervenção com as entidades em saúde, de modo a diminuir o impacto das lesões e a sua ocorrência. Concluímos que as intervenções implementadas devem ter em consideração a hora de maior afluência junto das escolas⁰, ao início da manhã e ao final da tarde. A educação em saúde, especialmente desenvolvida por profissionais de saúde como o enfermeiro de saúde escolar em parceria com a saúde pública, deve tornar-se uma medida primária de modo a aumentar o conhecimento das crianças. É fundamental que o enfermeiro desenvolva ações de formação junto das escolas clarificando informação acerca do acesso e utilização dos cuidados de saúde primários.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial Sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças.
2. Direcção-Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Lisboa; 2010.
3. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa; 2015. 105 p.
4. Joanna Briggs. Systematic Review Resource Package. 2015.
5. Newbury C, Hsiao K, Dansey R, Hamill J. Paediatric pedestrian trauma: The danger after school. *J Paediatr Child Health*. 2008; 44: 488-491
6. Cloutier MS, Bergeron J, Apparicio P. Predictors of Parental Risk Perceptions: The Case of Child Pedestrian Injuries in School Context. *Risk Analysis*. 2011; 31 (2): 312-323
7. Giles-Corti B, Wood G, Pikora T, Leamihani V, Bulsara M, Van Niel K, et al. School site and the potential to walk to school: The impact of street connectivity and traffic exposure in school neighborhoods. *Health & Place*. 2011; 17: 545-550
8. Nirmala, AS; Padmaja A. A Study to Assess the Effectiveness of Planned Health Education on Prevention of Road Traffic Accidents among Elementary School Children at Tirupati. *Journal of Swcr*. 2012; 5(1) 29–33.
9. DiMaggio C, Li G. Effectiveness of a Safe Routes to School Program in Preventing School-Aged Pedestrian Injury. *Pediatrics*. 2013; 131: 290-296
10. Herrador-Colmenero M, Villa-González E, Chillón P. Children who commute to school unaccompanied have greater autonomy and perceptions of safety. *Acta Paediatrica Int J Paediatr*. 2017;
11. Inés M, Gambarte G, Sáenz Mendía R. ARTICLE IN PRESS G Model Claves infantiles para prevenir la siniestralidad en el contexto escolar. *Gac Sanit*. 2018;
12. Mehdizadeh M, Nordjaem T, Mamdoohi AR, Shariat Mohaymany A. The role of parental risk judgements, transport safety attitudes, transport priorities and accident experiences on pupils' walking to school. *Accident Analysis and Prevention*. 2017; 102: 60-71

13. Batalha S, Salva I, Santos J, Albuquerque C, Cunha F, Sousa H. Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2016; 47: 30-37