



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

**Promoção da segurança infantil: prevenção de
acidentes domésticos e de lazer em crianças dos
0 aos 4 anos de idade**

Cláudia Sofia Martins Tapadas

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de 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

**Promoção da segurança infantil: prevenção de
acidentes domésticos e de lazer em crianças dos
0 aos 4 anos de idade**

Cláudia Sofia Martins Tapadas

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu agradecimento:

À Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos, que me acompanhou ao longo de todo o percurso, pela presença, disponibilidade, atenção e partilha dos seus saberes, experiência e competências,

A todos os restantes professores, pela disponibilidade e partilha dos seus saberes, experiência e competências,

Aos enfermeiros orientadores, nos vários contextos de estágio, pelo acolhimento, pela disponibilidade e partilha de saberes, experiência e competências,

Aos restantes enfermeiros, nos vários contextos de estágio, pelo acolhimento, pela disponibilidade e partilha de saberes, experiência e competências,

Aos meus colegas de turma, em específico à Marlene Domingues, Susana Ribeiro e Neuza Alves, que me acompanharam de perto, pelo companheirismo, pelas conversas e por todas as partilhas,

Às colegas do local onde exerço funções, pela disponibilidade, companheirismo, partilha de saberes, experiência e competências,

Ao enfermeiro chefe Francisco Vaz, pela facilitação deste percurso,

Aos meus pais, pelo amor, carinho, incentivo, educação e valores,

Ao Luís pelo amor, paciência, compreensão e incentivo,

A todos aqueles que se cruzam no meu caminho diariamente, que são uma inspiração e todos os dias me ensinam, contribuindo para o meu desenvolvimento,

A todos o meu sincero obrigado, sem vós não teria sido possível.

RESUMO

O presente relatório desenvolvido no âmbito de Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem como principal objetivo descrever e refletir acerca do percurso formativo realizado nos contextos de estágio e que nos permitiu a implementação de um projeto de intervenção, que tem como tema central a promoção de saúde da criança/jovem e família, nomeadamente a promoção da segurança infantil: prevenção de acidentes domésticos e de lazer nas crianças dos 0 aos 4 anos de idade.

Os estágios decorreram em diferentes locais de assistência à criança/família, sendo o projeto desenvolvido com recurso à metodologia de trabalho de projeto, onde foram desenvolvidas diversas atividades para responder a objetivos previamente estabelecidos, sendo possível desenvolver competências de Mestre, competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Consideramos através das atividades desenvolvidas durante todo o percurso formativo termos atingido os objetivos a que nos propusemos, com vista à maximização da saúde da criança/jovem e família.

Palavras-chave: Acidentes domésticos e de lazer; Segurança infantil; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



ABSTRACT

The Promotion of Child Safety: Prevention of Domestic and Leisure Accidents in Children between the ages of 0 and 4

The following report, developed in the context of the Master's Degree on Child and Youth's care in Nursing, has the main goal of describing and reflecting the formative path made in the Internships settings and it has allowed us the implementation of an intervention project, which has as the main topic the promotion of Child/Youth and Family Healthcare, namely the promotion of Child Safety: Prevention of Domestic and Leisure Accidents in Children between the ages of 0 and 4.

The Internships had taken place in different assistance of child/family locales, being the project developed with the use of the project's work methodology, where various activities were undertaken to respond the previously established goals, being possible the development of Master's skills, ordinary skills of the Specialist Nurse and the specific skills of the Child and Youth Healthcare Nurse Specialist.

We consider through the activities undertaken throughout all the formative process, we were able to reach the goal that we proposed to ourselves, in order to maximize the child's/youth's and family health.

Key-Words: Domestic and Leisure accidents; Child Safety; Infant and Paediatric Healthcare Nurse.



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ADL – Acidentes domésticos e de lazer

APA - *American Psychological Association*

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARS – Administração Regional de Saúde

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

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

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PASI – Plano de Ação para a Segurança Infantil

PEG - Gastrostomia percutânea endoscópica



PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UNICEF – United Nation Children’s Fund

WHO – World Health Organizatio

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. A problemática dos Acidentes Domésticos e de Lazer em Crianças	16
1.1.1. Fatores determinantes para a ocorrência de ADL	17
1.2. Desenvolvimento Infantil: a Criança dos 0 aos 4 Anos de Idade	19
1.3. Promoção da Segurança Infantil	23
1.3.1. A atuação do Enfermeiro Especialista	27
2. APRENDIZAGEM CLÍNICA	31
2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).....	33
2.1.1. Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação	34
2.2. Unidade de Neonatologia	44
2.2.1. Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação	44
2.3. Serviço de Internamento de Pediatria	50
2.3.1. Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação	52
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE	59
3.1. Análise Reflexiva sobre as Competências Desenvolvidas e Adquiridas	62

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	81
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética	82
APÊNDICES	84
APÊNDICE I – Planeamento da sessão de educação para a saúde: Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.	85
APÊNDICE II – Apresentação em Powerpoint da sessão de educação para a saúde: Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.	88
APÊNDICE III - Checklist Casa Segura.....	96
APÊNDICE IV – Avaliação da sessão de educação para a saúde: Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.	99
APÊNDICE V – Resultados da avaliação da sessão de educação para a saúde: Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.	101
APÊNDICE VI – Estudo de caso	105
APÊNDICE VII – Folheto: Prevenção de acidentes em casa no 1º mês de vida.....	120
APÊNDICE VIII – Revisão sistemática da literatura: A influência parental na ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças.....	124
APÊNDICE IX – Poster de apresentação da revisão sistemática da literatura: A influência parental na ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças.	140

INTRODUÇÃO

Concluídos os estágios, estágio I e estágio final, realizamos o presente relatório que tem como objetivo descrever o percurso formativo efetuado nos diferentes contextos de estágio que permitiu ao estudante a implementação de um projeto de intervenção profissional, com recurso à metodologia de trabalho de projeto, onde foram desenvolvidas competências de Mestre, competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). Pretende-se através de uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, evidenciar a capacidade de análise e reflexão crítica sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, bem como a capacidade de fundamentação tendo em conta a evidência científica.

Com o realizar do presente relatório e posterior discussão em provas públicas findamos este percurso formativo, que teve como objetivos gerais de aprendizagem:

- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados nos diferentes contextos da prática clínica;
- Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

No decurso dos estágios foi desenvolvido um projeto, que se inscreve na linha de investigação: segurança e qualidade de vida, cujo tema foi a promoção da segurança infantil, mais especificamente no domínio da prevenção de acidentes domésticos e de lazer (ADL) em crianças dos 0 aos 4 anos de idade.

A metodologia de projeto é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração de projetos numa situação real. Permite uma ponte entre a teoria e a prática, visto que se suporta num conhecimento teórico que será posteriormente aplicado na prática (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Apresenta características fundamentais, sendo considerada uma atividade intencional o que pressupõe um objetivo, que dará sentido às várias atividades a desenvolver, em que o resultado final pretende responder ao objetivo inicial e reflete o trabalho realizado. Apresenta um carácter prolongado e faseado, “estendendo-se ao longo de um período de tempo e percorrendo as várias fases desde a formulação do objetivo central até à apresentação dos resultados e sua avaliação” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.5).

O interesse por determinada ideia, assunto ou problemática pode resultar de uma observação, da literatura, de uma inquietação, ou ainda de um conceito, sendo que a etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar o domínio da investigação que interesse ou preocupe o investigador (Fortin, Côté & Filion, 2009). A presente problemática surgiu da experiência profissional, com posterior sustentação teórica, tendo por base a pesquisa realizada acerca do tema. Tendo em conta o contexto onde desenvolvemos a nossa atividade profissional (contexto de urgência pediátrica), verificamos que existem muitas recorrências ao serviço de urgência devido a lesões causadas por acidentes que ocorrem no domicílio, como por exemplo, traumatismos craneoencefálicos e outros traumatismos, queimaduras e intoxicações medicamentosas e com outros produtos tóxicos. Este aspeto tornou-se uma inquietação, na medida em que, consideramos tornar-se necessário compreender as causas da ocorrência deste tipo de acidentes para pudermos prevenir a ocorrência dos mesmos e em simultâneo prevenir as consequências que deles advêm. Atualmente os acidentes são considerados um problema de saúde pública, tendo um grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social e implicações relevantes na vida pessoal e familiar das vítimas (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010).

De acordo com a pesquisa realizada acerca da problemática, tendo em conta os dados estatísticos obtidos e a experiência profissional do estudante, consideramos pertinente a intervenção do enfermeiro na promoção da segurança infantil, nomeadamente na prevenção de acidentes domésticos e de lazer em crianças na faixa etária dos 0 aos 4 anos de idade.

Os locais de estágios foram escolhidos tendo em conta o projeto a desenvolver, onde fosse possível desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências do enfermeiro na sua área de especialização, bem como as necessidades de aprendizagem individuais por parte da estudante. Desta forma, o primeiro estágio realizou-se numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e decorreu no período de 02 de maio a 16 de junho de 2017. O estágio final com a duração de 16 semanas foi dividido em dois períodos – o primeiro estágio com a duração de 10 semanas que decorreu numa unidade de neonatologia, no período de 30 de outubro de 2017 a 12 de janeiro de 2018; o segundo período com a duração de 6 semanas que decorreu num serviço de internamento de pediatria, no período de 15 de Janeiro a 24 de Fevereiro de 2018, onde ainda foi possível a observação nas consultas de enfermagem, que ocorreu no período da manhã de dia 16 de fevereiro.

Outras atividades realizadas, com importância na aquisição de competências no domínio aquisição e desenvolvimento de aprendizagens foram a participação em congressos e encontros formativos. Nos dias 25 e 26 de maio de 2017 estivemos presente no XIV Encontro da Unidade Coordenadora Funcional de Setúbal, nos dias 10 e 11 de novembro de 2017 no II Congresso da Secção Regional do Sul e no dia 14 de fevereiro de 2018 no VIII Encontro a escola e a diabetes mellitus tipo 1.

Tendo em conta a linha de investigação, a problemática em estudo bem como desenvolvimento de competências de Mestre, competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEESCJ, foram definidos objetivos gerais, transversais a todos os contextos de estágio e objetivos específicos de acordo com cada contexto de estágio. Os objetivos gerais definidos foram:

- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, com vista à prestação de cuidados especializados à criança/ família nos diferentes contextos de intervenção.
- Integrar a promoção da segurança infantil, particularmente no que respeita à prevenção de acidentes domésticos e de lazer nas crianças até aos 4 anos de idade nos diferentes contextos de estágio, com vista à maximização da saúde.

De forma a dar cumprimento aos objetivos referidos, foram desenvolvidas atividades ao longo dos estágios, ajustadas a cada contexto, que procuraram promover a segurança infantil, no domínio da prevenção de ADL, tendo sido esta a principal vertente de atuação.

No cumprimento das orientações académicas disponibilizadas, estruturalmente o presente relatório é constituído pela presente introdução, onde é realizada uma abordagem geral do trabalho desenvolvido, bem como apresentados os objetivos gerais do projeto. No primeiro capítulo – Enquadramento Conceptual, é apresentada a problemática que conduziu ao desenvolvimento do projeto, onde são apresentados dados estatísticos e realizada uma fundamentação teórica. No Capítulo seguinte são descritos os locais de estágio e os objetivos gerais e específicos, bem como as atividades desenvolvidas ao longo dos contextos clínicos, que permitiram desenvolver competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e de EEESCJ. No terceiro capítulo é realizada uma análise reflexiva das competências adquiridas ao longo de todo o percurso formativo e no último capítulo apresenta-se a conclusão. Foi realizado de acordo com a 6ª edição da Norma da *American Psychological Association* (APA) e de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Como já referido, no decurso dos estágios foi desenvolvido um projeto, que se inscreve na linha de investigação: segurança e qualidade de vida, cujo tema é a promoção da segurança infantil, mais especificamente no domínio da prevenção de ADL em crianças dos 0 aos 4 anos de idade.

No enquadramento conceptual pretende-se contextualizar a linha de investigação escolhida, bem como a problemática em estudo. Uma revisão inicial da literatura pertinente é essencial na fase conceptual, permitindo definir o problema com maior precisão e conhecer o estado atual dos conhecimentos sobre determinado tema, bem como identificar as suas lacunas (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Os acidentes são considerados um problema de saúde pública, sendo intencionais ou não, são considerados a 4ª causa de morte mais comum na Europa, com grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social, mas também, com implicações relevantes na vida pessoal e familiar das vítimas (DGS, 2010). “ (...) são uma causa importante de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens que, associados aos elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituem um grave problema de saúde pública” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p.2).

Acidente pode ser definido como: qualquer acontecimento independentemente da vontade do homem, que se caracteriza pela libertação súbita de uma força externa, que pode manifestar-se por lesões corporais (Sethi, Racioppi, Baumgarten & Vida, 2006).

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

Devido às características intrínsecas ao próprio desenvolvimento, com a aquisição de novas competências, e com a vontade de explorar o meio que as rodeia, as crianças na faixa

etária dos 0 aos 4 anos de idade estão sujeitas a acidentes que podem ocorrer na sua própria casa e em espaços que as rodeiam, sendo eles as quedas, queimaduras (térmicas ou elétricas), intoxicações, afogamentos e asfixia.

Como já referido o interesse por esta problemática dos acidentes, mais especificamente dos ADL, surgiu da experiência profissional, onde verificamos que ainda existem muitas recorrências aos serviços de urgência pediátrica por lesões resultantes deste tipo de acidentes, como por exemplo: traumatismos craneoencefálicos e outros traumatismos que ocorrem na sequência de quedas da cama, sofá, cadeira de transporte, entre outros; queimaduras; intoxicações medicamentosas e com outros produtos tóxicos. Através da nossa observação e diálogo com os pais, percebemos que muitos destes acidentes acontecem devido a distrações dos pais/família e cuidadores, associado também há falta de conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil.

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESCJ, o Enfermeiro Especialista deve ter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder a situações de emergência, mas não só, pois deve também avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar, e em parceria com a criança e família/pessoa significativa, independentemente do contexto em que ela se encontre, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, bem como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2010a).

Num serviço de urgência pediátrica, onde desenvolvemos o nosso exercício profissional, o desenvolvimento de competências assenta principalmente na prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de urgência/emergência. Como tal, sendo a prática profissional direcionada para a intervenção em situações de urgência/emergência, surge-nos a necessidade de desenvolver competências no domínio da promoção de saúde, mais especificamente na promoção da segurança infantil. A problemática foi ainda sustentada por dados estatísticos já apresentados e revisão da literatura realizada, que apresentaremos nos subcapítulos seguintes.

1.1. A problemática dos Acidentes Domésticos e de Lazer em Crianças

Os acidentes domésticos e de lazer, sob o qual incide o presente projeto, são considerados todos os acidentes registados durante os tempos livres da população, podendo estes ocorrer em casa, na rua, escola, etc. A ocorrência deste tipo de acidentes é muito comum, especialmente em crianças e idosos (DGS, 2010).

Em Portugal, o sistema EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, criado no ano 2000, é um sistema de recolha e análise de dados sobre ADL que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde, sendo coordenado pelo departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Através dos dados obtidos é possível estabelecer uma base de apoio para a definição de políticas de prevenção baseadas na evidência. Durante os anos analisados, segundo o relatório 2009 – 2012, o local de ocorrência mais referido nos ADL foi o domicílio. Na distribuição da percentagem de ADL ocorridos no domicílio por grupo etário e sexo, os valores mais elevados surgem nas idades extremas, sendo verificada no sexo masculino entre os 0 e os 4 anos de idade (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014).

As quedas destacam-se como a maior causa de ADL (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014), sendo que no grupo etário dos 0 aos 14 anos de idade foi o mecanismo de lesão mais repetido (DGS, 2010). Para além das quedas nas crianças destacam-se ainda os afogamentos, queimaduras, intoxicações e asfixia (DGS, 2010).

Na Europa todos os anos morrem 1500 crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos de idade na sequência de uma queda. Embora não seja a maior causa de morte nestas faixas etárias, é uma causa frequente de incapacidade. Segundo a Organização mundial de Saúde (OMS), até 90% das mortes por queda poderiam ser evitadas, sendo que a criação e manutenção de ambientes e produtos seguros para crianças e jovens são essenciais para a redução da sua exposição ao risco de quedas graves (Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2014).

Foi realizado um estudo pela APSI sobre quedas em crianças e jovens em Portugal, tendo por base a análise de dados referentes à mortalidade, entre os anos de 2000 – 2012, internamentos entre os anos 2000 – 2013, recorrências às urgências entre os anos de 2003 –

2013 e casos de quedas registados pela imprensa entre os anos de 2000 – 2013. O estudo revelou que, entre os anos de 2000 – 2012, segundo dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), morreram 109 crianças/jovens em consequência de queda, sendo que existiu uma redução do número de mortes ao longo dos anos. No ano 2000 verificaram-se 20 mortes, sendo que no ano 2012 apenas se verificou 1 morte por esta causa. No que diz respeito aos internamentos decorrentes de quedas em crianças e jovens até aos 18 anos, entre os anos 2000 – 2013, registaram-se em Portugal Continental 60.705 internamentos (APSI, 2014).

Os ADL têm um impacto bastante negativo na saúde em termos de mortalidade e morbidade. Impacto a nível psicológico e emocional das vítimas e familiares, para além de implicarem uma enorme alocação de recursos humanos e materiais (DGS, 2010).

De acordo com os dados estatísticos, a faixa etária onde ocorrem mais ADL situa-se entre 0 e 4 anos de idade. Como tal decidimos delimitar a nossa intervenção a essa mesma faixa etária. Para prevenir tornar-se fundamental conhecer as principais causas dos ADL e aspetos relacionados com o desenvolvimento infantil que possam ter influência na ocorrência dos ADL, sendo esses aspetos explorados de seguida.

1.1.1. Fatores determinantes para a ocorrência de ADL

Sabe-se que as condições da habitação têm influência na ocorrência de acidentes. “ Mesmo com todo o cuidado, há objetos e situações que podem provocar acidentes, especialmente, para as crianças e as pessoas idosas, para quem todas as divisões da casa, o quintal e o espaço envolvente podem representar um risco” (DGS, 2010, p. 15).

Numa revisão crítica da literatura acerca da problemática dos acidentes domésticos/familiar em crianças, são apontados dois fatores determinantes para a ocorrência de acidentes no domicílio, sendo eles: o comportamento humano e a projeção/manutenção da casa. Para uma intervenção efetiva, devem ser abrangidos estes dois focos de atenção. Para além dos aspetos relacionados com a própria projeção da casa e organização espacial, como já referido, o comportamento humano influencia diretamente a ocorrência de acidentes. As crianças constituem um grupo particularmente vulnerável à ocorrência de acidentes,

nomeadamente à ocorrência de quedas, devido à sua curiosidade em explorar o meio que as rodeia e devido ao desenvolvimento de competências motoras. A distração ou falta de supervisão dos pais são apontados como fatores determinantes na ocorrência de acidentes nas crianças. São ainda apontados como fatores de risco para a ocorrência de acidentes: o desemprego, a iliteracia materna, famílias numerosas, o facto de a mãe não ser a cuidadora principal, a criança ser cuidada por irmãos mais velhos e a depressão materna (Ramos & Nunes, 2012).

Em outro estudo, acerca dos fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças, concluiu-se que existem diferentes fatores de risco que têm por base um paradigma socio-ecológico, podendo ser agrupados em quatro dimensões: criança, cuidador principal/família, comportamentos de risco e ambiente. Relativamente à dimensão criança, verificou-se que algumas características da própria criança concorrem para um aumento do risco de lesões não intencionais, bem como crianças do sexo masculino apresentam um maior risco. Na dimensão cuidador principal/família sabe-se que os cuidadores são considerados como modelos para a criança. As crianças de famílias com menos rendimentos e pertencentes a um nível socioeconómico desfavorável apresentam maior risco de lesão não intencional, o que tem sido explicado pelo facto de, possivelmente as crianças poderem estar sujeitas a mais perigos e expostas a espaços com menos segurança, aliados à inadequada supervisão dos pais. A delegação da supervisão aos irmãos mais velhos também contribui para um aumento do risco da ocorrência de lesões. As habilitações/literacia do cuidador também tem sido associado a uma maior ou menor ocorrência de acidentes. Habilitações/literacia mais elevada é associada a presença de menores riscos em casa, bem como, a adoção de práticas de segurança e eficiente identificação de riscos. Os comportamentos de risco estão relacionados com a presença de perigos ao alcance da criança (fácil acesso da criança a medicamentos e outros produtos tóxicos; acessos a áreas da casa que constituam perigo para a criança, etc.). A dimensão ambiente encontra-se relacionada com as próprias condições da habitação e organização da mesma, e como essas condições podem influenciar a ocorrência de acidentes (Ramos, Nunes & Nogueira, 2013).

1.2. Desenvolvimento Infantil: a Criança dos 0 aos 4 Anos de Idade

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, que engloba várias vertentes, como o crescimento físico e maturação cognitiva e psicossocial da criança, de modo a tornar a criança competente para dar resposta às suas necessidades individuais, assim como às necessidades do meio em que está inserida.

Ao falar de desenvolvimento torna-se primordial definir o conceito de criança, que segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, é definida como: todo o ser humano com menos de dezoito anos (UNICEF, 1989).

As etapas do desenvolvimento são únicas para cada criança, e podem diferenciar-se entre elas, dentro do padrão de crescimento e desenvolvimento normal. Estas representam ações específicas e mensuráveis, que uma criança é capaz de realizar e que indicam o progresso face ao desenvolvimento (Opperman & Cassandra, 2001).

O desenvolvimento psicomotor na criança “é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções.” No entanto, a rapidez com que ocorre a passagem de um estadio para outro difere de criança para criança e, conseqüentemente, também varia a idade de aparecimento de novas aquisições (DGS, 2013, p.57).

Os recém-nascidos podem virar-se acidentalmente devido ao dorso arredondado. Aos 5 meses surge a capacidade de virar o corpo da posição ventral para dorsal e aos 6 meses o inverso. Aos 7 meses os lactentes conseguem sentar-se sozinhos, inclinando-se para a frente, para se apoiarem com as mãos. Com 8 meses conseguem sentar-se sem apoio e aos 10 meses conseguem passar da posição ventral para a posição sentada. Aos 11 – 12 meses conseguem colocar-se em pé (Wilson, 2014).

A locomoção “envolve a aquisição da capacidade de suportar o peso, mover-se para a frente nas quatro extremidades, ficar de pé com apoio, e, finalmente andar sozinho” (Wilson, 2014, p.498). Aos 6 – 7 meses o lactente é capaz de suportar todo o seu peso nos membros inferiores com ajuda. O rastejar progride para o gatinhar sobre as mãos e joelhos, já sendo capaz de o fazer aos 9 meses de idade. Também nesta altura consegue levantar-se agarrado à

mobília e pode colocar-se em pé, no entanto não é capaz de voltar para baixo, exceto se cair. Aos 11 meses conseguem caminhar agarrados, e aos 12 meses podem ser capazes de andar apenas com uma mão agarrada (Wilson, 2014).

Relativamente à motricidade, aos 5 meses de idade o lactente é capaz de agarrar voluntariamente um objeto. A preensão com a palma da mão é gradualmente substituída pela preensão em pinça. Aos 6 meses aumentam a competência manipulativa conseguindo segurar o biberão e agarram os pés e puxam-nos para a boca. Aos 7 meses de idade conseguem transferir objetos de uma mão para outra, gostam de bater com os objetos e começam a explorar as partes removíveis de um brinquedo. Aos 8 – 9 meses já conseguem fazer uma preensão em pinça grosseira e aos 10 meses a mesma está estabelecida o suficiente para lhes permitir apanhar objetos pequenos. Aos 11 meses de idade o lactente consegue fazer uma preensão em pinça precisa (Wilson, 2014).

Na criança em idade entre os 1 e 3 anos, em relação ao desenvolvimento motor a principal habilidade é a locomoção. Aos 12 - 13 meses conseguem andar sozinhos e aos 18 meses tentam correr, mas caem com facilidade. Entre os 2 e 3 anos, ocorre o refinamento da posição ereta e bípede, sendo evidente a melhoria da coordenação e do equilíbrio (Wilson, 2014). Aos 2 anos correm “sem ter dificuldades em parar ou virar esquinas, andam para trás, e sobem e descem escadas (...) os *toddlers* mais crescidos trepam agilmente aos móveis e exploram o meio que os rodeia” (Cassandra & Opperman, 2001, pp. 106-107).

O desenvolvimento da motricidade fina é demonstrado pela destreza manual cada vez maior. Aos 12 meses de idade são capazes de agarrar um objeto muito pequeno, mas incapazes de o largar quando desejam. Aos 15 meses, atirar ou lançar objetos e apanhá-los torna-se uma atividade quase obsessiva. Aos 18 meses podem lançar um objeto sem perder o equilíbrio (Wilson, 2014).

O domínio das habilidades motoras é evidenciado em todas as atividades da criança, nos jogos, brincadeiras, vestir-se, compreensão da linguagem, resposta à disciplina, interação social e propensão a lesões. As possibilidades de exploração, investigação, manipulação do ambiente e seus perigos, são intermináveis (Wilson, 2014).

Relativamente ao desenvolvimento psicossocial, a teoria mais amplamente aceite nesta faixa etária (18 meses aos 3 a de idade) é a de Erikson, autonomia vs vergonha e dúvida, período ao longo do qual as “crianças desenvolvem autonomia e independência se a liberdade e a exploração forem encorajadas, ou experimentam vergonha, dúvida e infelicidade se forem superprotegidas e restringidas” (Feldman, 2001, p.422).

O desenvolvimento cognitivo nesta faixa etária desenvolve-se da mesma forma que o crescimento biológico, construindo novas aptidões sobre as previamente dominadas (Wilson, 2014). Segundo Piaget, os estadios correspondentes a esta faixa etária são o sensório-motor dos 12 aos 24 meses de idade e o pré-operatório dos 2 aos 7 anos de idade (Wilson, 2014).

Na fase sensoriomotora a principal competência adquirida é a linguagem, no entanto as competências lógicas são ainda limitadas, e precisam ser compreendidas para se conseguir lidar com os comportamentos da criança. Cerca dos 2 anos de idade, entra na fase pré-conceptual caracterizada principalmente pelo egocentrismo a nível da linguagem, e a dependência da perceção para a resolução de problemas, ou seja, o não conseguir colocar-se no lugar de outro (Wilson, 2014).

A criança utiliza a experimentação ativa para alcançar objetivos anteriormente inatingíveis, há o início do julgamento racional e do raciocínio intelectual. É percebida a relação causal entre dois factos, mas a classificação dos objetos ainda é fundamental e julga a sua função pelo aspeto. Percebe as formas (...) “é capaz de encaixar objetos, (...) tem consciência da dimensão altura, utilizando utensílios para subir e alcançar um objeto” (Wilson, 2014, p.593).

Na idade pré-escolar (3 aos 5 anos), a criança começa a assumir uma aparência mais esguia e ágil, desenvolvem-se os músculos abdominais, o tronco e os membros tornam-se mais compridos, e apesar de a cabeça ser relativamente grande, as outras partes do corpo continuam a crescer, fazendo com que as proporções corporais se assemelhem às de um adulto (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

O desenvolvimento motor consiste no aumento da força e no aperfeiçoamento de competências adquiridas, como andar, correr, saltar (Monroe, 2014). A criança consegue subir e descer escadas, atira e pode apanhar bolas grandes com os braços estendidos, anda de

triciclo e tenta dançar, mesmo que o equilíbrio não seja o mais adequado. Aos 4 anos, mantém-se na ponta dos pés, consegue saltar e correr, salta quase 1 metro com os dois pés, joga à bola com habilidade, aprende a saltar à corda, existe um aumento da maturação oculomotora, com melhor coordenação entre a lateralidade e o movimento (OE, 2010c).

A nível do desenvolvimento motor fino, desenvolvem a coordenação mão – olho e consequentemente a capacidade de realizar movimentos precisos e coordenados, como vestir e desenhar. Essas competências proporcionam uma aptidão para a aprendizagem e uma maior independência no seu cuidado pessoal (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Relativamente ao desenvolvimento psicossocial na criança, este pode ser abordado através da teoria de Erikson ou da teoria de Freud. Na teoria de desenvolvimento psicossocial de Erikson a criança em idade pré-escolar encontra-se no estadio de iniciativa vs culpa. A criança é energética, entusiástica, intrusiva, com uma imaginação bastante ativa e explora o mundo com todos os sentidos e forças. Apresenta uma socialização imatura, os adultos servem de modelos. A culpa surge quando a sua imaginação e atividades não são aceites (OE, 2010c). Também é nesta fase que se desenvolve o superego, ou consciência, em que a criança aprende a diferenciar o bom e o mau, o certo e o errado e se nesta fase lhe for permitido questionar ou discordar, irão desenvolver comportamentos socialmente aceites, ações e pensamentos autónomos (Monroe, 2014).

Por sua vez, na teoria do desenvolvimento de Freud, esta fase é denominada de edipiana, e é uma fase na qual a criança compreende que é um ser diferente das outras pessoas, que existem diferenças entre o sexo masculino e feminino, assim como nos comportamentos de cada género. Nesta fase os conflitos surgem quando o rapaz percebe que o pai é maior e mais forte que ele, denominado complexo de Édipo, ou no caso da rapariga quando percebe que a mãe é mais poderosa que ela, denominado complexo de Electra. A resolução destes complexos decorre quando acontece uma identificação com a figura parental do mesmo sexo (Monroe, 2014).

No desenvolvimento social, as crianças em idade pré-escolar, relacionam-se mais facilmente com pessoas estranhas e toleram melhor breves separações da família. Contudo, precisam de segurança, orientação e aprovação parental. Nesta fase começam a questionar os valores parentais e a compará-los com o seu grupo de pares (Monroe, 2014).

Ao longo do seu desenvolvimento a criança torna-se cada vez mais curiosa, procurando explorar o que a rodeia, daí a sua maior pré-disposição para a ocorrência de acidentes. Os pais têm um papel fundamental em supervisionar as atividades da criança para que esta não fique exposta a perigos desnecessários.

Neste sentido a segurança constitui um elemento basilar para um desenvolvimento infantil saudável, que pode ser entendido numa vertente social, emocional ou física. A segurança emocional refere-se ao bem-estar e conforto que a criança sente com as pessoas com quem desenvolve relações de afeto. A vertente social abrange os contextos familiares e sociais em que a criança está inserida, e a vertente física o risco de acidentes no ambiente envolvente (OE, 2010c).

Os enfermeiros devem estar sensibilizados para importância dos aspetos a avaliar no desenvolvimento da criança, pois exercem um papel fundamental na capacitação dos pais nos cuidados à mesma, proporcionando-lhes os conhecimentos necessários sobre comportamentos que sejam promotores do desenvolvimento, que tenham como resultado promoção da saúde e prevenção da doença, neste caso específico na prevenção de ADL.

1.3. Promoção da Segurança Infantil

De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa, prevenção é definida como: “ato ou efeito de prevenir (-se)”, “conjunto de medidas destinadas a evitar um mal ou uma doença”, “precaução, cautela” (Porto Editora, 2016, p.589).

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, a criança tem o direito a atingir o exponente máximo de saúde e ambiente seguro. Segundo o artigo 24º do mesmo documento, exige-se aos Estados Parte:

“Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes” (UNICEF, 1989, p.18).

Relativamente à prevenção, sabe-se que é possível atuar em diferentes níveis: na prevenção primária, evitando a ocorrência de novas lesões; na prevenção secundária, reduzindo a gravidade das lesões; na prevenção terciária, promovendo a diminuição da frequência e severidade das sequelas decorrentes das lesões (Peden et al, 2008).

Atualmente existem estratégias preventivas que provaram ser eficazes na redução do número e do impacto dos acidentes, tornando-os, por isso, em grande parte evitáveis (DGS, 2010).

“Nas últimas décadas, o peso dos acidentes na mortalidade assumiu tal relevância, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a União Europeia (UE) avocaram a si um papel ativo na sua prevenção e na promoção da segurança” (DGS, 2010, p.1).

A necessidade de intervir sobre os acidentes é reconhecida e encontra-se expressa nas recomendações e resoluções aprovadas em várias Assembleias Mundiais da Saúde, Assembleias-Gerais das Nações Unidas e no Parlamento Europeu. Em todas as decisões apela-se aos países para priorizarem nas suas políticas nacionais programas de promoção de saúde e prevenção de acidentes, efetivos e sustentáveis (DGS, 2010).

Em 2005, a OMS, através do Comité Regional para a Europa, aprovou a Resolução EUR/RC55/10, sobre *Injuries in the WHO European Region: Burden, challenges and policy response*. Resolução que descreve os desafios que se colocam ao setor da saúde e propõe intervenções integradas, baseadas numa metodologia de saúde pública, dirigidas para a promoção da segurança, a prevenção dos acidentes e a redução das suas consequências. É ainda destacada a importância da investigação sobre intervenções efetivas, disseminação de boas práticas e o trabalho em rede com outros países e outros setores com intervenção na área dos acidentes (DGS, 2010).

No ano de 2007, a reunião do Conselho da União Europeia de 31 de Maio, aprovou a Recomendação 2007/C, 164/01, sobre “prevenção de lesões e promoção da segurança” que tendo em conta: a magnitude do problema dos acidentes (no que diz respeito á mortalidade, especialmente em crianças, adolescentes e jovens adultos, e o seu impacto – incapacidade; encargos financeiros com hospitalizações, “baixas” por doença e redução da produtividade), os

determinantes dos acidentes e a informação disponível sobre os acidentes, as boas práticas em curso e a identificação de áreas prioritárias, recomenda aos estados membros que:

- Utilizem da melhor forma os dados existentes e se necessário, desenvolvam instrumentos representativos de vigilância e de comunicação de lesões. Os sistemas de informação deverão proporcionar informações comparáveis e observar a evolução, ao longo do tempo, dos riscos de lesões e dos efeitos das medidas de prevenção;
- Estabeleçam planos nacionais ou medidas equivalentes, que incluam a sensibilização pública para as questões de segurança e a prevenção de acidentes;
- Incentivem a prevenção de lesões e a promoção da segurança nas escolas. A formação dos profissionais da saúde e de outros setores, para que estes grupos possam servir como intervenientes e consultores competentes na domínio da prevenção de lesões (DGS, 2010).

A evidência científica vem demonstrando que, legislação, regulamentos e normas são importantes, na medida em que contribuem para a adoção de comportamentos e práticas mais seguras, no entanto, é através da fiscalização da aplicação das mesmas que a redução dos acidentes é mais efetiva (DGS, 2010).

No sentido de promover a segurança infantil e prevenção de acidentes existem planos/programas a nível nacional, tais como:

- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016, que assenta na promoção da segurança e prevenção de acidentes, em que o envolvimento ativo da comunidade é fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde. Por outro lado, este programa defende como princípios orientadores das ações, a epidemiologia do fenómeno, os recursos disponíveis, as prioridades identificadas e uma avaliação, que deverão servir como ponto de partida para a definição de novas estratégias e prioridades (DGS, 2010).
- Plano de Ação para a Segurança Infantil (PASI), coordenado pelo Alto Comissariado da Saúde e pela APSI, pretende que Portugal incida as suas intervenções, baseadas nos seguintes

pressupostos: Conhecer os riscos; Criar ambientes seguros; Minimizar os acidentes. Conhecer os riscos - relacionado com a importância de obter informação estatística, e com as necessidades de formação académica e profissional, bem como a educação pública; Criar Ambientes Seguros - Pretende abranger os diversos ambientes que as crianças frequentam diariamente (casa, escola, parques infantis...), para que estas se movimentem autonomamente e sem riscos inaceitáveis. Minimizar os acidentes – Onde se pretende reduzir o impacto das lesões acidentais, tanto ao nível da taxa de mortalidade como de morbilidade, e incapacidades relacionadas com os acidentes. As áreas de intervenção prioritárias definidas pelo PASI foram: o sistema de informação integrado (integração e disponibilização da informação para monitorização, avaliação e planeamento de ações de prevenção), a formação académica e profissional (de crianças e jovens, e de profissionais de diversos setores); os traumatismos crânio-encefálicos e vertebro medulares (na redução do número e consequências dos mesmos); a segurança nos espaços de turismo e lazer (requalificação dos espaços e gestão do risco); os acidentes domésticos dos 0 aos 4 anos (redução do número e gravidade); a segurança nos espaços exteriores e envolventes dos espaços educativos/escolares (requalificação dos espaços e gestão do risco); a segurança dos ambientes construídos e sua envolvente (incluindo critérios de manutenção) (APSI, 2011).

- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) - instrumento de apoio à saúde infantil e juvenil, que pretende garantir a igualdade de oportunidades de desenvolvimento a todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos em que se encontram inseridos. Neste programa encontra-se definido que no decorrer das consultas de vigilância, devem ser efetuadas intervenções que visem os ganhos em saúde infantil e juvenil, nomeadamente no domínio da promoção da prevenção de acidentes e intoxicações (DGS, 2013).

Em suma, a prevenção dos acidentes, baseada numa intervenção de saúde pública, é útil quando combina: estratégias de mudança dos ambientes, respostas dirigidas a grupos mais vulneráveis e canaliza os resultados da avaliação e da investigação para a intervenção comunitária. O sucesso da promoção da segurança e da prevenção dos acidentes está dependente de uma abordagem intersectorial e interdisciplinar. Áreas como o ambiente, a justiça, a administração interna, a segurança social, as autarquias, a sociedade civil, entre muitos outros, têm um papel bastante importante no desempenho de uma estratégia de intervenção global (DGS, 2010).

1.3.1. A atuação do Enfermeiro Especialista

A promoção da saúde tem sido, cada vez mais, considerada como um investimento essencial para se obter ganhos em saúde, com maior evidência após a 1ª conferência internacional sobre a promoção da saúde, onde foi aprovada a Carta de Ottawa, a dia 21 de novembro de 1986, que continha as orientações para atingir a saúde para todos no ano 2000 e seguintes. Esta conferência teve por base a Declaração de Alma-Ata de 1978 (OMS, 1986).

Na carta de Ottawa, a promoção da saúde é então definida como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, p.1). A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Ficaram, também, definidas cinco áreas de ação: construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis; reforçar a ação comunitária; desenvolver competências pessoais; reorientar os serviços de saúde (OMS, 1986).

É ainda de salientar, que a importância da promoção de saúde remonta também conferências internacionais que se seguiram, as conferências de Adelaide, Sundalle, Bogotá e Jacarta.

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde que na alínea a) do n.º 1, no capítulo I base II refere que “a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado.”

A promoção da saúde tem as suas raízes em diferentes disciplinas. Com o passar do tempo, incorporou várias componentes anteriormente separadas, uma das quais era a educação para a saúde. A promoção da saúde compreende três componentes sobrepostas: educação em saúde, proteção à saúde e prevenção, sendo que todas as três componentes estimulam um ambiente social propício ao sucesso da prevenção (World Health Organization [WHO], 2012).

Antes de definir educação para a saúde torna-se pertinente definir saúde. Saúde pode ser definida como um estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença (WHO, 2012). No conceito de saúde da criança e do jovem, “ a saúde como

estado subjetivo, é especificada por um conjunto de particularidades que norteiam o subconceito, maximização da saúde da criança/jovem, com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento” (OE, 2011, p.4).

Educação para a saúde pode ser definida como uma ação não limitada apenas à divulgação de informações relacionadas com saúde, mas também estimular a motivação, as habilidades e a confiança necessárias para melhorar a saúde, bem como a comunicação de informações sobre as condições sociais, económicas e ambientais subjacentes à saúde, fatores de risco individuais, comportamentos de risco e uso do sistema de saúde (WHO, 2012).

O EEESCJ:

“presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2011, p.3).

O acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte de um processo de promoção de saúde, através de um programa estruturado de vigilância da criança em diversos momentos do seu desenvolvimento, que inclui a observação e avaliação específica, tendo em conta a sua fase de desenvolvimento. Neste contexto, é de extrema importância a existência dos conhecimentos especializados acerca dos cuidados diferenciados em cada fase do desenvolvimento infantil, e a capacidade dos enfermeiros em comunicar com a família, estabelecendo uma parceria de cuidados no que se refere a promoção de comportamentos saudáveis ao longo do desenvolvimento da criança (OE, 2010c).

Ao nível do PNSIJ é evidenciada a valorização dos cuidados antecipatórios como intervenção assertiva na promoção da saúde e prevenção da doença, através dos cuidados centrados na família, trabalhando em parceria com os pais/pessoa significativa na adoção de comportamentos favoráveis ao desenvolvimento infantil, maximizando a saúde da criança e jovem. Neste plano são contempladas intervenções que visam os ganhos em saúde infantil e juvenil, nomeadamente no domínio da prevenção dos acidentes (DGS, 2013).

O exercício profissional do EEESCJ evidencia o modelo dos cuidados centrados na família, onde os cuidados implicam uma comunicação efetiva, “tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e pareceria de cuidados; capacitação; negociação de cuidados” (DGS, 2011, p. 5). Os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção da autonomia, uma visão global da criança e jovem e das suas crenças e capacidades.

A Convenção sobre os Direitos da Criança salienta a importância da família como:

“elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças pelo que deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade” (UNICEF, 1989, p. 3).

A família é composta por um conjunto de indivíduos que possuem responsabilidade na prestação de cuidados à criança e jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Os pais são os principais responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, no entanto, não se deve excluir a importância de outras pessoas significativas e/ou contextos na vida da criança/jovem (OE, 2011).

O modelo conceptual privilegiado para cuidar em pediatria é o modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados de Anne Casey (1988), sendo este um modelo que favorece o desenvolvimento da criança/família, em todas as suas dimensões – física, emocional, moral e social (Moita, 2015).

No modelo de Anne Casey, 1993, os enfermeiros cuidam em parceria com os pais/família, sendo estes os agentes privilegiados para ajudar a criança a satisfazer as suas necessidades, pois são quem melhor conhece a criança, e são a sua principal fonte de conforto (Moita, 2015). A relação entre enfermeiro – família é “sustentada fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência nos cuidados dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados” (DGS, 2011, p.5).

O nível de participação dos pais/pessoa significativa deve estar sujeito a um processo de negociação, liderança e decisão. A sua participação incorpora os cuidados de menor à maior

complexidade, sendo este processo caracterizado pela supervisão do enfermeiro especialista. Deve ser estabelecida uma comunicação onde predomine a partilha de conhecimentos, assente num paradigma integrativo e holístico, para que os pais/pessoa significativa adquiram competências que permitam uma gestão proficiente nos cuidados à criança, visando a autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada (DGS, 2011).

Em síntese, o EEESCJ assume um papel crucial na capacitação dos pais/família e criança, para que estes consigam ser elementos promotores da sua própria saúde, através da adoção de comportamentos saudáveis com base em conhecimentos válidos, e que tenham ainda competência para identificar situações em que a sua saúde esteja em risco, de modo a procurar assistência adequada e atempada.

2. APRENDIZAGEM CLÍNICA

No cumprimento dos requisitos que se colocam para a aquisição do grau de mestre e da atribuição, pela OE, do título de especialista, foram delineadas as unidades curriculares estágio I e estágio final. Foram estabelecidos objetivos de aprendizagem (conhecimentos, aptidões e competências) onde é esperado que o estudante:

- Evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Fundamente as decisões com base na teorização e na evidência científica;
- Descreva e avalie o desenho e a implementação de um projeto;
- Apresente um relatório, com conseqüente discussão em provas públicas.

Os locais de estágios foram escolhidos tendo em conta o projeto a desenvolver, o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências do enfermeiro na sua área de especialização, bem como as necessidades de aprendizagem individuais por parte da estudante. Os objetivos gerais e específicos foram também delineados tendo em conta os aspetos referidos.

O primeiro estágio realizou-se numa UCSP e decorreu no período de 02 de maio a 16 de junho de 2017. O estágio final com a duração de 16 semanas foi dividido em dois períodos – o primeiro estágio com a duração de 10 semanas que decorreu numa unidade de neonatologia, no período de 30 de outubro de 2017 a 12 de janeiro de 2018; o segundo período com a duração de 6 semanas que decorreu num serviço de internamento de pediatria, no período de 15 de janeiro a 24 de fevereiro de 2018.

A população - alvo dos cuidados e do projeto de intervenção foram as crianças e respetivos pais/cuidadores e família pertencentes à área demográfica abrangida pelos contextos de estágio, com quem se tenha estabelecido contacto durante os períodos de estágios.

Os objetivos gerais definidos foram transversais a todos os contextos de estágios. Os objetivos na metodologia de projeto assumem-se como representações antecipatórias centradas na ação, sendo necessário que os problemas identificados sejam descritos sucintamente, de modo a delimitar o problema que se pretender resolver, e para que a formulação dos objetivos possa ser clara (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Os objetivos gerais delimitados foram:

- 1) Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, com vista à prestação de cuidados especializados à criança/família nos diferentes contextos de intervenção.
- 2) Integrar a promoção da segurança infantil, particularmente no que respeita à prevenção de acidentes domésticos e de lazer nas crianças até aos 4 anos de idade nos diferentes contextos de estágio, com vista à maximização da saúde.

Os objetivos específicos foram definidos tendo em conta os aspetos em consideração para a formulação dos objetivos gerais e os contextos específicos de estágio. Os objetivos específicos foram o resultado da subdivisão de um objetivo geral em aprendizagens mais elementares. São indicadores de conhecimentos e aptidões que o aluno deve adquirir ao longo do seu percurso formativo (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Ao iniciar os estágios e durante os mesmos, os objetivos específicos sofreram algumas alterações, bem como as atividades a desenvolver, resultante do confronto com a realidade do contexto.

Antes de referirmos os objetivos específicos de cada contexto de aprendizagem e respetivas atividades a desenvolver, ressaltamos que existiram atividades comuns a todos os contextos, atividades essas relacionadas com a integração nos serviços, conhecimentos de políticas, normas e procedimentos, que permitiram prestar cuidados de enfermagem adequados à filosofia dos contextos.

2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Os ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) têm como missão:

“garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população, desenvolver actividades de promoção da saúde e prevenção da doença vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados, através de um conjunto de Unidades Funcionais, constituem uma rede de serviços que pode contribuir para a implementação, no território nacional, de políticas públicas de prevenção de acidentes” (DGS, 2010, p.6).

A UCSP onde decorreu o estágio no contexto de cuidados de saúde primários pertence ao ACES, que integra na sua área demográfica os concelhos de Palmela, Sesimbra e Setúbal, pertencentes ao distrito de Setúbal (Ministério da Saúde, 2015).

Segundo Censos relativos ao ano de 2011 o ACES Arrábida tem na sua população residente 233516 indivíduos. Cerca de 3,2% dos indivíduos são provenientes de outros municípios e 0,7% de imigrantes oriundos de outros países. A UCSP onde foi realizado estágio tem um número total de 25840 de utentes inscritos, onde 14175 não têm médico de família (262 sem médico de família por opção) e 11403 têm médico de família (Ministério da Saúde, 2015). Ao nível de distribuição por faixa etária em crianças, segundo dados disponibilizados, estão inscritas 37 crianças com idade inferior a 1 ano, 357 crianças com idade inferior ou igual a 6 anos, na faixa etária dos 10 aos 13 anos 232 crianças inscritas e na faixa etária dos 15 aos 17 anos de idade 189 adolescentes inscritos (ACES Arrábida, Administração Regional de Saúde [ARS] Lisboa e Vale do Tejo, 2017).

Relativamente aos recursos humanos a UCSP tem 5 médicos, 13 enfermeiros, um deles EEESCJ e 6 secretários clínicos (ACES Arrábida, ARS Lisboa e Vale do Tejo, 2017). Atualmente o EEESCJ é responsável por todas as consultas de saúde infantil e juvenil contando com o apoio de uma enfermeira de cuidados gerais. O EEESCJ é responsável pela gestão das consultas e respetivos cuidados prestados à criança, jovem e família. Os registos de enfermagem são efetuados no sistema informatizado SClínico, um sistema de informação evolutivo, onde é utilizada a linguagem para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Do ponto de vista estrutural a UCSP dispõe de vários gabinetes para realização de consultas, consultas médicas e consultas de enfermagem. Todos os gabinetes encontram-se equipados com secretária, cadeiras, marquesa, computador, lavatório das mãos e com outro tipo de material específico consoante necessidade. A consulta de saúde infantil e juvenil por norma decorre sempre no mesmo gabinete, sendo que para além de ser equipada tal como os outros gabinetes, possui ainda material específico, tais como: marquesa própria para crianças, balanças, régua para medir comprimento/altura, monitor de avaliação de sinais vitais e material didático (brinquedos, canetas, livros). A UCSP possui ainda sala de tratamentos e sala de vacinação, devidamente equipada tendo em conta os procedimentos realizados.

A vigilância de saúde infantil e juvenil constitui um indicador de qualidade dos serviços prestados à comunidade, onde todos os elementos que integram a UCSP devem estar envolvidos em objetivos comuns, que permitam a promoção de saúde e prevenção de doença da criança/jovem, conduzindo a um adulto saudável e capacitado para manter a sua saúde (ACES Arrábida, ARS Lisboa e Vale do Tejo, 2017).

Na UCSP, com base no desempenho de 2016, verificou-se que muitos dos indicadores associados a este programa de saúde apresentam fracos resultados. Como objetivo geral pretende-se: Melhorar a qualidade da vigilância prestada às crianças e jovens inscritos na UCSP, com particular atenção a: “Atendimento da criança com doença aguda no próprio dia; Primeira consulta de vida até aos 28 dias; Diagnóstico precoce do 3º ao 6º dia de vida; Actualização do PNV; Referenciação de situações de maus tratos” (ACES Arrábida, ARS Lisboa e Vale do Tejo, 2017, p.9, p.21).

2.1.1. Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação

Tendo em conta o contexto de cuidados de saúde primários onde decorreu o estágio e os objetivos gerais definidos, foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Desenvolver competências no âmbito de enfermagem ao nível dos cuidados de saúde primários integrados no programa de saúde infantil e juvenil.

- 2) Desenvolver intervenções no âmbito da promoção da segurança infantil, ao nível dos cuidados de saúde primários, junto da criança/família, com foco na prevenção de ADL na faixa etária dos 0 aos 4 anos de idade.

Para consecução do primeiro objetivo específico, no âmbito do primeiro objetivo geral foram implementadas as seguintes atividades: a) Conhecimento das instalações, recursos e equipa multidisciplinar; b) Conhecimento do modo de funcionamento do serviço; c) Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; d) Identificação do papel do Enfermeiro Especialista na equipa multidisciplinar; e) Divulgação do projeto de estágio junto da equipa; f) Observação da prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; g) Compreensão da articulação entre a UCSP e outros serviços de apoio à criança/família.

As primeiras quatro atividades fazem parte do processo de integração no serviço. Decorreram essencialmente durante as duas primeiras semanas de estágio, sendo um processo essencial a um percurso completo. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa, integração é definida como: “ inclusão de um elemento num conjunto”, “processo de adaptação de um indivíduo ou grupo a uma sociedade ou cultura” (Porto Editora, 2016, p. 414). Neste processo de integração foi possível conhecer as instalações, dinâmica organizacional e funcional, assim como os diferentes intervenientes. Simultaneamente divulgámos o projeto de estágio junto da equipa de enfermagem e procurámos encontrar estratégias exequíveis e adaptadas ao contexto.

A identificação da metodologia de trabalho de enfermagem, identificação do papel do Enfermeiro Especialista na equipa multidisciplinar também foram atividades que decorreram essencialmente durante as duas primeiras semanas de estágio. O método de trabalho de enfermagem é o método individual, método baseado no conceito de cuidado global, que implica a distribuição de um enfermeiro, a um único cliente, ou mais do que um (Costa, s.d.).

O EEESCJ no contexto de cuidados de saúde primários é um elemento de referência para crianças e pais, sendo visível ao longo das seis semanas de estágio a relação de proximidade e de confiança existente entre o enfermeiro e os pais/família e criança/jovem. Observamos que frequentemente os pais ou família (principalmente avós), procuravam a enfermeira para os ajudar na resolução de problemas não só relacionados com a criança mas

também com problemas existentes no próprio seio familiar, inclusivamente observamos um caso de uma utente, com 20 anos de idade, que pediu para falar com a enfermeira devido a problemas relacionais/conflitos com mãe e namorado, relacionado também com um contexto de gravidez não planeada. Verificou-se que existia aqui uma relação de grande confiança construída ao longo das consultas de enfermagem.

Na equipa de saúde, o EEESJ é também um elemento de referência para a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar na sua área de especialização, constituindo um elo de ligação com outros serviços de apoio à criança/jovem, pais e família. Também neste sentido, na UCSP eram realizadas regularmente reuniões que englobavam toda a equipa multidisciplinar, sendo um momento oportuno para reflexões em equipa e resolução de casos clínicos e situações que necessitem de uma abordagem multidisciplinar, bem como resolução de problemáticas relacionadas com o exercício profissional.

O trabalho em equipa necessita ser implementado na comunidade e nas estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (jardins de infância, escolas, serviços da segurança social, autarquias, etc.), “enquanto entidades com competência em matéria de infância e juventude e, por isso, com responsabilidade na promoção da saúde, nestas idades” (DGS, 2013, p.8).

Durante as consultas de enfermagem foi possível observar por exemplo o encaminhamento da criança e jovem para consultas específicas, como consultas de desenvolvimento, consultas do adolescente, de modo a que as respostas às necessidades daquelas crianças/jovens e família fossem as mais adequadas possíveis. Foi também observada a comunicação entre o Enfermeiro Especialista e a Psicóloga e Assistente Social, sendo visível a articulação entre os diferentes profissionais.

Ao longo das 6 semanas de estágio foram ainda desenvolvidas as seguintes atividades:
h) Colaboração/realização de atividades de vigilância da saúde infantil (consulta, vacinação, rastreio neonatal); i) Realização de formação dirigida aos pais/família no âmbito do tema do projeto.

Quanto à colaboração/realização de atividades de vigilância da saúde infantil, nomeadamente consultas, exigiu-nos conhecer na íntegra o PNSIJ. No PNSIJ podemos

encontrar a calendarização das consultas para idades-chave, que corresponde a acontecimentos importantes na fase da vida da criança, tais como as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, alimentação e escolaridade. Evidencia a valorização dos cuidados antecipatórios como intervenção assertiva na promoção da saúde e prevenção da doença, através dos cuidados centrados na família, trabalhando em parceria com os pais/pessoa significativa na adoção de comportamentos favoráveis ao desenvolvimento infantil, maximizando a saúde da criança e jovem (DGS, 2013).

No decorrer das consultas de vigilância, são efetuadas intervenções que visam os ganhos em saúde infantil e juvenil, nomeadamente: Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os resultados obtidos em suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ); Incentivar comportamentos promotores de saúde; Promover: I) O cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV); II) A Saúde oral; III) A Prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; IV) A Prevenção dos acidentes e intoxicações; V) A prevenção dos maus tratos; VI) A prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada; VII) O aleitamento materno; Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida e afetar a qualidade de vida; Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades; Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias; Assegurar a realização do aconselhamento genético, se necessário; Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência; Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e jovens; Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais (DGS, 2013).

Durante a colaboração/realização de consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil foi possível a mobilização de conhecimentos na área do desenvolvimento infantil adquiridos ao longo da experiência profissional em pediatria, bem como a mobilização de conhecimentos adquiridos na componente letiva do mestrado que agora findamos.

Consideramos ao nível das consultas de enfermagem, a importância da criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, competências estas do Enfermeiro Especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2010b), que permitam a interação com a criança/jovem, pais e família, através de uma comunicação efetiva, com base num estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, ressaltando que os

pais/família têm uma influência determinante nos comportamentos adotados pela criança/jovem. Neste sentido torna-se evidente a importância do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey onde os pais são considerados os agentes privilegiados no cuidado à criança, servindo de modelos para as mesmas. A nossa intervenção neste sentido deve consciencializar e capacitar os pais para a adoção de comportamentos saudáveis, ao nível por exemplo de hábitos alimentares, prática de exercício físico, manter um ambiente seguro e harmonioso em casa. Os pais devem ser consciencializados que não basta exigir às crianças/jovens que adotem certos comportamentos, mas sim, serem os próprios a adotar esses comportamento para servir de exemplo.

Durante o decorrer das consultas foram desenvolvidas intervenções como o acolhimento à criança/família, colheita sistemática de dados, observação física e avaliação de dados estatura-ponderais, bem como explicação das diferentes etapas de desenvolvimento, com o esclarecimento de questões colocadas pelos pais e família. Ao longo das consultas são também incentivados à adoção de comportamentos promotores de saúde, sendo utilizada como estratégia a educação para a saúde, onde os ensinamentos são realizados de forma individualizada, de acordo com a faixa etária da criança/jovem e necessidades especiais dos mesmos e respetiva família. Uma das estratégias de educação para a saúde utilizada foi a realização de ensinamentos aos pais/família e criança/jovem (dependendo da idade e grau de compreensão), exemplificando os benefícios e consequência perante adoção de determinados comportamentos. Por exemplo, no caso específico da alimentação, questão abordada desde o nascimento, tentou-se que os pais e criança/jovem compreendessem a importância de ter uma alimentação saudável e as consequências futuras, como doenças inerentes, quando adotados comportamentos menos saudáveis. Em relação aos jovens, foram abordados assuntos como a sexualidade, comportamentos nocivos para a saúde, como o consumo de droga, álcool e tabaco, consciencializando-os das consequências desses atos. Tendo este estágio decorrido no período de primavera/verão uma das questões também abordadas foi a prevenção das queimaduras solares, reforçando-se a importância da utilização de protetor solar, óculos de sol e roupa adequada. A maior parte dos pais/família demonstram-se receptivos aos ensinamentos realizados, sendo os próprios a verbalizar que era importante a existência das consultas de enfermagem nas várias fases de desenvolvimento da criança/jovem.

Como já foi referido anteriormente, é objetivo do PNSIJ a prevenção de acidentes, indo esta intervenção ao encontro do segundo objetivo específico definido para este contexto de

estágio. Como tal, existiu a necessidade de identificar estratégias para a promoção de saúde, nomeadamente para a promoção da segurança infantil. As estratégias foram essencialmente identificadas através da observação nas consultas de enfermagem, onde observamos que a segurança infantil era promovida pela realização de ensinamentos acerca da prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária da criança/jovem. Foi ainda necessária a realização de pesquisa acerca das estratégias mais eficazes no âmbito da promoção da segurança infantil em função da faixa etária/fase de desenvolvimento da criança/jovem.

Os registos das consultas realizadas foram efetuados no sistema SClínico, que integra o PNSIJ, organizado de acordo com as consultas nas idades – chave definidas. Apesar de já termos tido contacto com o sistema SClínico em contextos profissionais anteriores, houve a necessidade de relembrar esses mesmos conhecimentos, sendo que a ajuda da enfermeira orientadora foi fundamental nesse sentido. Para além do registo informatizado, os dados são também registados no BSIJ da criança/jovem.

No decorrer do estágio também foi observado o trabalho em equipa, onde existiram consultas de enfermagem e consultas médicas realizadas em conjunto, o que é benéfico para a criança/jovem e pais, visto existir uma avaliação conjunta, podendo ser mais facilmente identificados problemas relacionados com desenvolvimento daquela criança/jovem, e uma maior facilidade na articulação de cuidados médicos e de enfermagem, bem como a referenciação para outras áreas de atuação, caso necessário.

Outra das atividades desenvolvidas foi a vacinação, área complexa e pouco desenvolvida no nosso percurso profissional, o que implicou um investimento nesta temática, através de pesquisa bibliográfica, observação da atuação de enfermagem e sistematização de informação. Assegurar o cumprimento do PNV é responsabilidade do enfermeiro, que deve consciencializar os pais/família, bem como a criança/jovem (caso possuam capacidade para tal) da importância do cumprimento do PNV. “Neste âmbito, e face aos movimentos antivacinais emergentes, o reincentivo ao cumprimento do PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, afigura-se crucial” (DGS, 2013, p.7). Ao longo das consultas pude observar e posteriormente realizar vacinação de acordo com o esquema de vacinação recomendado pelo PNV em vigor (DGS, 2016).

Para além da realização de vacinação no âmbito das consultas realizamos também observação na sala de vacinação, onde nos foi possível compreender quais os esquemas recomendados para quem não cumpriu o esquema de vacinação adequado, existindo o esquema vacinal em atraso para crianças com idade compreendidas entre ≥ 3 meses < 7 anos de idade, e o esquema vacinal tardio (≥ 7 anos e < 18 anos de idade).

Quanto ao registo de vacinação, as vacinas administradas são registadas em boletim próprio pertencente à criança/jovem, onde se regista o nome da vacina administrada, prazo de validade, lote, o serviço de saúde onde foi administrada e por quem foi administrada. Para além do registo no boletim de vacinação, são ainda realizados registos em sistema informático próprio, onde se regista o nome da vacina, lote, validade e o serviço de saúde onde foi administrada.

Outra atividade em que pudemos participar foi no rastreio neonatal, com a realização do diagnóstico precoce, o mais comumente chamado “teste do pezinho”. Sabe-se que atualmente é possível rastrear 24 doenças hereditárias do metabolismo e o hipotireoidismo congénito, encontrando-se em estudo desde 2015 o rastreio da fibrose quística (Vilarinho, Diogo & Pinho e Costa, 2015). O teste deve ser realizado se possível a partir do 3º até ao 6º dia de vida do recém-nascido (RN). Na UCSP era recebida a “notícia de nascimento”, notificação com os dados do recém-nascido, para que se pudesse contactar os pais com o fim de agendar-se o dia para realização do teste. Este contacto era realizado pela EEESCJ na maioria das vezes, sendo aqui notório mais uma vez o seu papel relevante na gestão dos cuidados e de elo ligação com a família. Aos pais durante a realização do teste era explicado todo o procedimento e a importância da sua realização, bem como explicado como podiam aceder ao resultado. A realização do teste consiste num procedimento simples em que é realizada uma picada ao nível do calcâneo do RN e realizada a colheita de sangue para o papel de filtro (preencher bem com sangue o local para o efeito). Após colheita deixa secar-se bem e posteriormente é enviado por correio para a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

No domínio do segundo objetivo geral e segundo objetivo específico foi realizada uma sessão de educação para a saúde, enquadrada no tema do projeto a desenvolver – Promoção da segurança Infantil: prevenção de acidentes domésticos e de lazer em crianças dos 0 aos 4 anos de idade, cujo tema foi a prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3

anos de idade. Foi realizado um plano de sessão (Apêndice I), que descreve de forma pormenorizada como foi organizada a sessão, pertinência e objetivos, bem como a metodologia utilizada para apresentação (apresentação PowerPoint – Apêndice II), recursos utilizados e metodologia de avaliação da sessão.

O tema da sessão e a faixa etária onde incidiu foram decididos em conjunto com o enfermeiro orientador do contexto de estágio, professora orientadora, em articulação com a idade foco do projeto, sendo decidido intervir na faixa etária dos 1 aos 3 anos de idade. A decisão por esta faixa etária está relacionada com os aspetos inerentes ao próprio desenvolvimento psicomotor, em que as crianças nesta faixa etária se encontram numa fase de aquisição de competências que lhes permite cada vez mais explorar o meio que as rodeia, tendo assim maior propensão para a ocorrência de acidentes. Foi informada a Enfermeira Coordenadora da UCSP e pedida autorização para realização da sessão, sendo esta autorizada.

Os pais/familiares foram convidados a assistir à sessão durante as consultas de saúde infantil e através de contacto telefónico de acordo com os números de telefone/telemóvel disponibilizados na ficha de identificação da criança. Foram também convidados a assistir à sessão todos os enfermeiros da unidade, restante equipa multidisciplinar e professora orientadora.

A sessão de educação para a saúde realizou-se no dia 12 de junho de 2017, com início às 15h30 e com a duração de 45 minutos, num gabinete da UCSP onde decorreu o estágio. Na sessão estiveram presentes quatro mães e duas avós. Foi realizada com recurso ao método expositivo, através de uma apresentação em PowerPoint por nós elaborada, com a utilização de linguagem simples, e ainda com a demonstração de vídeos realizados pela APSI no âmbito da prevenção de acidentes. Verificou-se que os vídeos causaram um maior impacto e conduziram a uma identificação mais objetiva dos perigos existentes em casa e como podemos evitar que os acidentes ocorram. No final da sessão as mães e avós puderam partilhar algumas das suas experiências e foi preenchida uma *checklist* (Apêndice III), elaborada pelo estudante adaptada de uma *checklist* já existente (Child Accident Prevention Foundation of Australia, 2010), que permitiu identificar aquilo que os pais/família poderiam modificar nas suas casas, para que o ambiente domiciliar fosse o mais seguro possível.

Para consolidação de conhecimentos, e para que os pais/família pudessem consultar facilmente em caso de dúvidas, foram facultados pequenos livros disponibilizados pela APSI acerca da prevenção de acidentes - ABC da Segurança II e ABC da Segurança III. Foram ainda oferecidas amostras de protetores solares, cremes, bolsas para chupeta, entre outros, que nos foram facultados por uma marca de produtos para criança. Estas ofertas servem também como motivação para os pais/família estarem presentes em formações futuras, sendo que algumas das famílias por carências económicas não podem adquirir estes produtos.

A avaliação da sessão foi efetuada através do preenchimento de um questionário (anónimo) de avaliação dirigido aos pais/familiares (Apêndice IV). Na globalidade todos os presentes consideraram pertinente e útil para o seu dia-a-dia a realização da sessão de educação para a saúde sugerindo que deveriam ser realizadas mais formações na UCSP. Os resultados obtidos resultantes da análise dos questionários encontram-se em apêndice (Apêndice V).

A maior dificuldade encontrada na realização da sessão foi a falta de adesão. Um dos fatores para a não adesão relacionou-se com a hora da sessão, coincidindo com o horário laboral dos pais/familiares, sendo este o fator de não adesão verbalizado pelos pais/familiares, quando convidados a assistir à sessão. A sessão também poderia ter sido divulgada através de outros métodos, como por exemplo a entrega de convites e afixação de convites na UCSP, permitindo assim uma maior visibilidade. No entanto devido à própria duração do estágio, e ao curto intervalo de tempo entre a decisão de realizarmos a sessão e decisão da data da sua realização, consideramos mais vantajoso convidar presencialmente ou por contacto telefónico os pais/família.

Ainda no presente contexto de estágio realizamos um estudo de caso. Um estudo de caso clínico permite fundamentar as intervenções de enfermagem proporcionando uma assistência individual e personalizada, na qual a pessoa alvo do estudo é vista como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas. Possibilita um elo de ligação entre as diversas áreas que atuam na resolução de determinado problema. O estudo de caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo assim conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações. Envolve várias etapas, desde a colheita de dados acerca da pessoa

envolvida e respetiva família, um processo de pensamento, análise de dados, determinação de soluções e avaliação (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

O estudo de caso realizado foi relativo a um menino de 8 anos de idade e respetiva família, encontrando-se em apêndice a apreciação inicial e plano de cuidados (Apêndice VI). Para realização do estudo foi explicado à mãe da criança no que consistia o trabalho e que os dados recolhidos seriam apenas utilizados para fins académicos, sendo que nem a mãe, nem a criança, nem nenhum outro elemento da família seriam identificadas pelo nome, apenas seriam utilizadas as iniciais. A mãe aceitou participar livremente neste estudo de caso, sendo-lhe dito que a qualquer momento poderia desistir da participação, caso manifesta-se essa vontade.

A criança sobre a qual foi realizado o estudo de caso apresentava alterações ao nível do desenvolvimento cognitivo-comportamental e social, sendo um dos focos do PNSIJ - a deteção e encaminhamento precoce de alterações do comportamento e do foro emocional e relacional, ou seja a “deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção” (DGS, 2013, p.7).

Para além da realização deste estudo de caso permitir a compreensão de alterações ao nível do desenvolvimento, alterações cognitivo-comportamentais e emocionais, permitiu um contacto próximo com a criança e família, bem como um estabelecimento de uma relação terapêutica, através dos momentos de colheita de dados, e momento de conversas e reflexão com a criança e mãe, que permitiu compreender a família na sua multidimensionalidade. Foi ainda possível compreender a atuação de outros profissionais, nomeadamente da Psicomotricista e Psicóloga. Segundo o PNSIJ deve existir uma “articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens” (DGS, 2013, p.7).

Em síntese, consideramos ter atingido os objetivos específicos a que nos propusemos para este contexto de estágio, sendo possível o desenvolvimento, aquisição e o aprimorar de competências. As competências serão expostas e alvo de reflexão no capítulo seguinte.

2.2. Unidade de Neonatologia

A unidade de neonatologia tem como população - alvo lactentes com idade inferior a 28 dias de vida, ou aqueles que tendo ultrapassado o referido limite de idade, necessitam pela sua condição clínica (aguda ou crónica) dos cuidados prestados na unidade. O serviço tem uma lotação de 8 vagas, 4 incubadoras, para os recém-nascidos que necessitem de ventilação invasiva e 4 berços. Os lactentes internados provêm do bloco de partos, berçário, unidade de urgência pediátrica, consulta externa e de outros hospitais.

Ao nível dos recursos humanos a unidade conta com 3 a 4 médicos em horário completo, 9 EEESCJ e 2 enfermeiros de cuidados gerais, 6 assistentes operacionais e 1 administrativo. O método de trabalho em enfermagem é o método individual. Os registos de enfermagem são informatizados no sistema de informação evolutivo SClínico com recurso à linguagem CIPE.

No que concerne à política de identificação e segurança do RN, os RN são identificados com pulseira eletrónica. Este sistema eletrónico de proteção existe desde Junho de 2009 na unidade, que permite através da aplicação de uma pulseira eletrónica, detetar automaticamente todos os movimentos, precedendo ao encerramento automático da porta de saída produzindo alarme se o RN se aproximar de uma zona não autorizada, ou se ocorrer sabotagem da pulseira.

2.2.1. Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação

O estágio que decorreu na unidade de neonatologia faz parte do estágio final, tendo decorrido durante 10 semanas no presente contexto. Tendo em conta o contexto de cuidados onde decorreu o estágio e os objetivos gerais definidos, foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido e família em situação de doença.

- 2) Desenvolver intervenções no âmbito da promoção da segurança infantil, direcionadas ao Recém-nascido e família.

Tal como no contexto anterior durante as primeiras duas semanas de estágio decorreu o processo de integração, sendo necessário conhecer os contextos para que possamos desenvolver o nosso desempenho como Enfermeira Especialista, nomeadamente na prestação de cuidados. Para tal foram desenvolvidas as seguintes atividades: a) Conhecimento das instalações, recursos e equipa multidisciplinar; b) Conhecimento do modo de funcionamento do serviço; c) Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem.

Em simultâneo foi também divulgado o projeto de estágio pela equipa de enfermagem, com foco nas atividades a realizar no domínio do projeto, e tentámos perceber se existia algum projeto ao nível do serviço relacionado com a problemática do nosso projeto de modo a poder cooperar nas atividades a desenvolver. De acordo com a enfermeira chefe, no domínio da prevenção de acidentes existia um projeto relacionado com a prevenção de acidentes rodoviários, no entanto devido à equipa de enfermagem se encontrar reduzida não estavam atualmente a ser desenvolvidas atividades, e também a prevenção de acidentes rodoviários não era foco da nossa intervenção.

Durante as semanas seguintes de estágios foram delineadas atividades que permitiram concretizar os objetivos definidos, sendo elas: d) Identificação do papel do Enfermeiro Especialista na equipa multidisciplinar; e) Observação da prestação de cuidados do EEESCJ; f) Compreensão da articulação entre a unidade e outros serviços de apoio ao RN/família; g) Prestação de cuidados diretos ao RN em situação de doença atendendo ao processo de enfermagem; h) Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN respeitando a sua autonomia; i) Identificação das estratégias utilizadas pela equipa na promoção da segurança infantil através da observação; j) Colaboração na formação em serviço no âmbito da dinamização de atividades inerentes à promoção de saúde, com principal foco em atividades que incluam a promoção da segurança infantil, caso existam; l) Realização de ensinamentos ao longo do internamento, com foco na prevenção dos ADL; m) Elaboração de um folheto no âmbito da promoção de um ambiente seguro no domicílio e transporte seguro do RN, direcionado aos pais/família.

Relativamente ao papel e prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista foi visível ao longo do estágio através de observação direta, que o Enfermeiro Especialista funciona como um elemento de referência para toda a equipa. Como já referido anteriormente, a unidade conta com 9 EEESCJ e 2 enfermeiros de cuidados gerais, sendo observado ao longo das semanas de estágio, que os mesmos trocavam experiências e saberes acerca dos cuidados, quer na vertente assistencial, quer na vertente de gestão, onde predominava o espírito de abertura e cooperação.

Para além desta partilha de experiências entre os enfermeiros ocorriam regularmente reuniões entre a equipa multidisciplinar, onde também existia a partilha de experiências e saberes, bem como eram expostas situações que necessitavam de resolução, não só relacionadas com caso clínicos, mas também relacionadas com aspetos diretamente ligados ao serviço e ao exercício profissional.

Segundo Benner “a enfermeira tem com os outros membros do grupo terapêutico a responsabilidade de constituir e manter um ambiente terapêutico” e adquire a competência para tal “pela prática” o que implica “construir e manter relações para criar uma atmosfera de confiança e de comunicação partilhadas” (Benner, 2005, p. 89).

O ambiente terapêutico, zelando pela privacidade do RN e da família, foi alvo da nossa atenção. Por vezes, tornava-se difícil manter um ambiente de privacidade, dado o espaço físico do serviço ser reduzido, existindo assim, uma grande proximidade entre pais, RN e profissionais. Neste sentido o exercício profissional obriga à utilização de estratégias que assegurem o cumprimento de direitos básicos, como por exemplo o direito à privacidade, sendo competência do enfermeiro no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Embora à primeira vista, o aspeto de assegurar a privacidade nos parecesse uma dificuldade, constatámos que os profissionais utilizavam diferentes estratégias para ultrapassar este problema. Aproveitavam o facto de ser audível para todos, para fornecer indicações gerais, ou pelo contrário, em situações mais delicadas, deslocavam os pais para um local mais afastado, de modo a poderem conversar mais calmamente e em privado. Utilizavam ainda diferentes tons de voz consoante a situação.

O internamento do RN causa um grande stress nos pais e família. Os pais para além de estarem num processo de adaptação à chegada de um novo membro à família, onde

predomina a inexperiência, no caso de ser o primeiro filho, deparam-se com um processo de doença, podendo também existir um sentimento de impotência e separação. Neste sentido o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da autonomia dos pais. Através da partilha de saberes, capacita os pais, para que os mesmos colaborem na prestação dos cuidados ao RN. O acolhimento dos pais no serviço, explicar-lhes as normas de funcionamento, os seus direitos e deveres, é indispensável em qualquer processo de internamento. O enfermeiro deve demonstrar disponibilidade para ajudar os pais no processo de adaptação a uma nova realidade.

Neste contexto de cuidados, é aplicável o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, onde o enfermeiro deve prestar cuidados em parceria com os pais sendo estes últimos agentes privilegiados para ajudar a criança a satisfazer as suas necessidades, em que o seu nível de participação deve estar sujeito a um processo de negociação. Como já anteriormente referido, deve ser estabelecida uma comunicação onde predomine a partilha de conhecimentos, assente num paradigma integrativo e holístico, para que os pais/família adquiram competências que permitam uma gestão proficiente nos cuidados à criança, visando a autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada (DGS, 2011). Neste contexto todo este processo tornava-se mais facilitado, visto que, na unidade os pais poderiam estar os dois junto do RN, sendo que um deles poderia permanecer 24 horas.

Relativamente à prestação de cuidados diretos ao RN em situação de doença, no contexto onde desenvolvemos a nossa atividade profissional também prestamos cuidados ao RN em situação de doença, normalmente provenientes do domicílio. Como tal no que diz respeito à atuação perante o RN e família em contexto de doença, já são conhecimentos adquiridos, que necessitaram apenas de ser mobilizados. No entanto existem patologias específicas no RN com a qual não temos contacto no âmbito da nossa atividade profissional, o que exigiu um investimento ao nível da observação da atuação da equipa de enfermagem e equipa médica, aquisição de conhecimentos, através de pesquisa bibliográfica, consulta de documentação existente no serviço e sistematização de informação. Também em casos de prematuridade, onde existe imaturidade dos diferentes sistemas, existe a utilização de terapêuticas específicas com que não temos contacto na nossa atividade profissional, tendo sido também necessário um investimento na aquisição de conhecimentos a este nível.

A realização deste estágio foi ainda uma mais-valia, ao nível da prestação de cuidados diretos ao RN de maior complexidade, onde pudemos ter contacto com uma técnica que apesar de sabermos no que consistia, ainda não tínhamos tido oportunidade de contactar diretamente, a ventilação mecânica não invasiva de pressão positiva. Neste sentido pudemos perceber como funciona o ventilador, procedimento e cuidados inerentes quando utilizado este equipamento.

Também neste contexto o sistema informatizado utilizado é o SClínico com o qual já tinha tido contacto no estágio anterior. No entanto, ao nível do internamento o sistema é adequado ao processo de enfermagem de acordo com as especificidades do contexto. Sempre que um RN é internado são selecionados os diagnósticos e focos de intervenção de acordo com as necessidades do mesmo e família, bem como as intervenções. Os dados devem ser atualizados ao longo de todo o internamento, sendo uma competência do enfermeiro, que pudemos desenvolver ao longo do estágio.

Relativamente à articulação existente entre a unidade e outros serviços de apoio ao RN/família, no desenvolver do estágio pudemos verificar que existe uma articulação predominantemente intra-hospitalar com outras unidades de apoio ao RN/família, nomeadamente com a consulta externa, serviço de internamento de pediatria e serviço de radiologia. No que concerne à articulação extra-hospitalar verificamos que existia um contacto frequente com os centros de saúde, para transmissão de informações de altas para domicílio, e em situações específicas, como por exemplo, a solicitação de apoio no controlo da evolução ponderal.

Relativamente à promoção de saúde, a unidade, aliás o Centro Hospitalar, promove o aleitamento materno, sendo que na unidade existe um espaço, onde as mães podem extrair leite, caso o RN ainda não tenha adquirido autonomia alimentar e esteja a ser alimentado por sonda nasogástrica, ou no caso de a mãe não conseguir estar sempre junto do RN e este tenha de ser alimentado por tetina. Observou-se ainda que são realizados ensinamentos ao longo de todo o internamento, promotores de um desenvolvimento saudável da criança, e esclarecidas as dúvidas dos pais/família, sendo-nos também possível desenvolver competências a este nível.

No que respeita à prevenção de acidentes, para além da preocupação da equipa de enfermagem na prevenção de acidentes que pudessem ocorrer durante o internamento, a

equipa focava-se ainda na promoção do transporte seguro do RN, explicando aos pais as medidas de segurança inerentes a um transporte seguro do RN, bem como era entregue um folheto informativo, e no momento de alta o enfermeiro verificava se o RN estava devidamente colocado na cadeira de transporte e se o arnês se encontrava devidamente colocado.

Neste sentido e após falarmos com a enfermeira orientadora de estágio, com a equipa de enfermagem, enfermeira chefe e enfermeira orientadora decidimos que, para além de que futuramente a equipa deveria refletir acerca da realização de ensinamentos mais abrangente relativos à segurança do RN, no contexto do projeto de estágio, iríamos elaborar um folheto a ser entregue aos pais, que se intitulou: Prevenção de acidentes em casa no 1º mês de vida (Apêndice VII). Este folheto contém informações úteis para os pais, de modo a que possam prevenir acidentes, nomeadamente prevenção de quedas, queimaduras, asfixia/estrangulamento, e no caso deste último saber como agir caso ocorra, tendo-se verificado no contacto com os pais ao longo do estágio que esta era uma dúvida e uma preocupação constante. O folheto foi elaborado de acordo com o *layout* utilizado pelo serviço, disponibilizado na internet, na página interna do Centro Hospitalar. No momento do estágio o folheto ainda não estava a ser utilizado, visto se encontrar ainda sujeito a aprovação.

Ainda no âmbito do tema do projeto e como atividade proposta no contexto do estágio final, realizámos uma revisão sistemática da literatura, com o título: A influência parental na ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças, e que teve como objetivo: identificar os fatores relacionados com o comportamento parental e contexto familiar que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças (Apêndice VIII). Os resultados obtidos demonstram que a supervisão parental inadequada é apontada na maior parte dos estudos analisados como um fator que influencia a ocorrência de acidentes no domicílio. São também identificados outros fatores: supervisão interrompida por distrações, fadiga materna, presença de irmãos mais velhos, dificuldade em adaptar as casas, falta de confiança nos equipamentos de segurança e o seu custo e o fornecimento de informações tardias acerca da segurança infantil. A identificação dos fatores que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças, permite delinear estratégias/intervenções a desenvolver juntos das crianças, pais e família, sendo o enfermeiro um dos profissionais de saúde habilitado para desenvolver intervenções neste domínio, quer em contexto de cuidados de saúde primários, quer em contexto hospitalar.

Consideramos que a realização desta revisão sistemática da literatura não só nos foi útil para a nossa atuação na prevenção de acidentes nomeadamente no desenvolver de intervenções junto dos pais, mas também nos foi útil na aquisição e desenvolvimento de competências ligadas à investigação científica. Independentemente da disciplina a que diz respeito, a investigação científica é sempre um processo rigoroso de aquisição de conhecimentos, onde se procura obter respostas a determinadas questões, através da observação de certos factos que resultam do domínio da disciplina, tendo como objetivo a compreensão de factos estudados. É necessário reconhecer-se que existe um fosso entre o mundo da investigação e a prática profissional, e como tal, a aprendizagem da investigação deve estar ligada à prática, para que o profissional possa através dos seus conhecimentos definir problemas particulares e adequar conseqüentemente a sua ação (Fortin, Côté & Filion, 2009). O artigo foi submetido para publicação, aguardando-se aprovação.

Em síntese, consideramos ter atingido de um modo geral os objetivos específicos a que nos propusemos para este contexto de estágio, sendo possível o desenvolvimento, aquisição e o aprimorar de competências. Apenas uma das atividades previstas não foi possível realizar, por motivos alheios ao estudante, ou seja, não foi possível a colaboração na formação em serviço no âmbito da dinamização de atividades inerentes à promoção de saúde, com principal foco em atividades que incluam a promoção da segurança infantil, visto no decorrer do estágio não terem existido. As competências adquiridas serão expostas e alvo de reflexão no capítulo seguinte.

2.3. Serviço de Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de pediatria tem como população - alvo RN, lactentes, crianças e adolescentes (até aos 17 anos e 365 dias) em situação de doença aguda ou crónica, que necessitem de internamento, residentes na área de abrangência, provenientes da unidade de urgência pediátrica, unidade de neonatologia, consultas externas, bloco operatório, cirurgias de ambulatório e transferidos de outro hospital. A enfermaria de pediatria tem uma lotação de 15 camas, distribuídas por 4 enfermarias, uma delas destinadas a adolescentes e 5 quartos de isolamento (um deles destinado a adolescentes).

Ao nível dos recursos humanos o serviço conta com 4 médicos em horário completo, 9 EEESCJ, 1 enfermeiro Especialista em Reabilitação e 2 enfermeiras de cuidados gerais, 7 assistentes operacionais, 1 administrativo, 1 educadora de infância e 1 professora de 1º ciclo. O serviço tem apoio de fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, entre outros.

O método de trabalho em enfermagem é o método individual. Os registos de enfermagem são informatizados no sistema de informação evolutivo SClínico com recurso à linguagem CIPE.

Quanto à política de identificação e segurança, tal como acontece no serviço anteriormente descrito, existe o uso de pulseira eletrónica.

Neste serviço encontra-se também o hospital de dia, localizado na primeira enfermaria, funcionando de segunda a sexta-feira das 8h00 às 16h00. O hospital de dia é uma estrutura organizacional com um espaço físico próprio onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados que prestam cuidados de saúde que se encontram programados a doentes em ambulatório num períodos inferior a 24 horas.

Tem como missão prestar cuidados de saúde a crianças/jovens e família em alternativa ao internamento com ganhos na qualidade assistencial. Tem como objetivos diminuir o número de internamentos e reinternamentos; diminuir o tempo de internamento por possibilidade de altas precoces; melhorar a qualidade de vidas de crianças/jovens e famílias com necessidades especiais; facilitar o papel da família como principal prestador de cuidados de saúde à criança/jovem com doença crónica ou deficiência; promover a recuperação, reabilitação e auto-suficiência.

A população - alvo são RN, crianças e adolescentes em situação de doença aguda ou crónica, residentes na área de abrangência, provenientes das valências do serviço de pediatria, outros hospitais e cuidados de saúde primários.

Ao nível de recursos humanos tem 1 médico e 1 enfermeiro estabelecido, 1 assistente operacional (partilhado com o internamento). Secretariado pertencente ao serviço de pediatria.

2.3.1. Objetivos específicos, atividades desenvolvidas e avaliação

O estágio que decorreu no serviço de internamento de pediatria faz parte do estágio final, tendo decorrido durante 6 semanas no presente contexto. De acordo com o contexto e tendo em conta os objetivos gerais definidos, foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situação de doença.
- 2) Desenvolver intervenções no âmbito da promoção da segurança infantil, junto da criança/jovem e família, com foco na prevenção de ADL na faixa etária dos 0 aos 4 anos de idade.

Tal como nos contextos de estágio anteriores, essencialmente nas primeiras duas semanas decorreu o processo de integração, sendo desenvolvidas as atividades inerentes a este processo: a) Conhecimento das instalações, recursos e equipa multidisciplinar; b) Conhecimento do modo de funcionamento do serviço; c) Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem.

Neste contexto o processo de integração foi mais facilitado, visto que, o estágio anterior desenvolvido na unidade de neonatologia, decorreu no mesmo hospital, sendo os serviços muito próximos, a chefia de enfermagem a mesma, bem como os profissionais de enfermagem têm um contacto próximo, até porque quando existe um rácio de enfermeiros reduzido para o número de doentes internados e cuidados que necessitam, existe mobilidade de enfermeiros entre os serviços. A restante equipa multidisciplinar também é constituída pelos mesmos profissionais, com os quais tínhamos tido contacto anteriormente.

Na primeira semana de estágio foi também divulgado o projeto de estágio na equipa de enfermagem. Tal como aconteceu no contexto anterior e sendo os mesmos profissionais envolvidos na consecução e dinamização de projetos, não existe nenhum projeto no âmbito da problemática da segurança infantil direcionada para a prevenção de ADL.

Neste sentido mais uma vez não foi possível desenvolver uma das atividades a que nos propusemos, ou seja, na colaboração na formação em serviço no âmbito da dinamização de

atividades inerentes à promoção da segurança infantil. Como tal, considerámos pertinente que não só os enfermeiros, mas também toda a equipa multidisciplinar, e qualquer pessoa que tivesse acesso ao serviço, pudesse estar a par da importância desta problemática dos ADL. Como tal e depois de reunir com o enfermeiro orientador, professora orientadora e enfermeira chefe decidiu fazer-se um poster para divulgação do estudo (revisão sistemática da literatura: A influência parental na ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças) realizado no âmbito do projeto e no decorrer do estágio final (Apêndice IX). O poster foi realizado de acordo com *layout* utilizado pelo hospital. Até término do estágio o poster ainda não tinha sido afixado pois aguarda-se autorização.

No decorrer do estágio foram ainda desenvolvidas outras atividades de modo a atingir o primeiro objetivo específico definido sendo elas: a) Identificação o papel do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar; b) Observação da prestação de cuidados do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica; c) Compreensão da articulação entre o serviço e outros serviços de apoio à criança/família; d) Prestação de cuidados à criança/família em situação de doença atendendo ao processo de enfermagem.

Relativamente ao papel e prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista foi visível, tal como nos contextos anteriores, que o Enfermeiro Especialista funciona como um elemento de referência na equipa multidisciplinar. Tal como no contexto anterior, ao longo das semanas de estágio, podemos observar que a equipa de enfermagem troca experiências e saberes acerca dos cuidados, quer na vertente assistencial, quer na vertente de gestão, onde predominava o espírito de abertura e cooperação. Regularmente existiam reuniões entre a equipa multidisciplinar, onde também existia a partilha de experiências e saberes, bem como eram expostas situações que necessitavam de resolução, não só relacionadas com casos clínicos, mas também relacionadas com aspetos diretamente ligados ao serviço e ao exercício profissional.

No que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situação de doença, não devemos ter apenas em consideração o processo de doença em si, ou seja, a patologia, mas também os aspetos relacionados com todo o processo de hospitalização e os sentimentos que podem causar na criança/jovem e família.

A hospitalização é um processo complicado para qualquer pessoa, sendo que no caso da criança/jovem pode configurar-se como uma experiência traumática, na medida em que, os afasta do seu quotidiano e do ambiente familiar, colocando-os em um ambiente desconhecido, onde estão sujeitos a diferentes rotinas, a contacto com equipamentos desconhecidos, pessoas desconhecidas, limitações de movimentos, cheiros e procedimentos muitas vezes dolorosos (Gomes, Queiroz, Bezerra & Souza, 2012).

Todo este processo inerente à doença e hospitalização provoca tanto na criança/jovem como nos seus familiares, medos, inseguranças e angústias. As crianças através de diferentes meios (verbal, escrita, desenho) exprimem sentimentos como a tristeza, prisão, saudade de casa, falta dos amigos/irmãos/família e de brincar, medo, estranheza, solidão e insegurança. Todos estes sentimentos por vezes difíceis de serem exteriorizados, causam conflitos internos, caso as crianças/jovens não se sintam devidamente apoiados durante todo este processo (Gomes, Queiroz, Bezerra & Souza, 2012).

Neste sentido, os profissionais necessitam não só ter conhecimento para cuidar das criança/jovem em situação de doença, mas também conhecimentos que permitam cuidar dos aspetos emocionais e sociais, utilizando essencialmente técnicas adequadas de comunicação e de relacionamento, desde o primeiro contacto com a criança/jovem, no acolhimento, devendo estender-se durante todo o internamento (Gomes, Queiroz, Bezerra & Souza, 2012). Tal como no contexto anterior na fase de acolhimento era apresentado o serviço explicadas as normas de funcionamento, bem como os direitos e deveres dos pais/família e criança/jovem no contexto de internamento. Era fornecido aos pais um guia de acolhimento existente no serviço, que podiam consultar sempre que necessitassem.

Mais uma vez surge inerente o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, onde os pais/família devem ser incluídos e fazer parte integrante dos cuidados prestados. Deve sempre que possível ser proporcionado à criança manter os seus hábitos e rotinas, com respeito pelas suas crenças e valores, o que facilita o seu processo de adaptação. No contexto de estágio considero que a presença da mãe, pai ou pessoa significativa durante 24 horas e duas dessas pessoas durante o período diurno, facilita todo o processo de hospitalização proporcionando conforto e segurança à criança/jovem.

Durante o estágio pudemos observar que a equipa de enfermagem tinha uma grande preocupação com os aspetos anteriormente referidos, tendo intervenções no sentido de facilitar o processo de hospitalização. Um dos aspetos também aqui inerentes é a promoção da privacidade, que foi visível e colocada em prática durante todo o estágio, em que a organização do espaço físico da enfermaria também permite que as crianças/jovens estejam distribuídas por quartos de acordo com a sua faixa etária, inclusive existem quartos apenas para adolescentes.

Ainda no sentido de permitir à criança/jovem manter o seu desenvolvimento nomeadamente ao nível educacional, o serviço conta com profissionais especializados que têm um papel relevante a este nível, tais como: educadora de infância e professora de 1º ciclo.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situação de doença já ocorre na nossa prática profissional, que sendo num serviço de urgência obriga-nos muitas vezes a prestar cuidados de maior complexidade, exigindo-nos uma mobilização de conhecimentos constante e um investimento na aquisição de novos conhecimentos. O nosso maior interesse neste contexto de estágio era o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados de maior complexidade tendo em conta o contexto de internamento, podendo existir um contacto mais prolongado com a família e criança/jovem, inclusive situações de doença crónica. Apesar de no contexto em que desempenhamos a nossa prática (contexto de urgência) existir um contacto próximo com a criança/jovem e família, é um contacto mais reduzido em termos de tempo não existindo muitas das vezes uma prestação de cuidados pós situação de urgência.

Exemplificando, durante o estágio pudemos prestar cuidados a crianças com doenças crónicas e desenvolver intervenções que não desenvolvemos frequentemente no nosso contexto profissional, tais como: prestação de cuidados à criança com cistostomia, com colostomia e com gastrostomia percutânea endoscópica (PEG). Neste sentido necessitámos de mobilizar conhecimentos e rever conhecimentos já anteriormente adquiridos, possibilitando adquirir e desenvolver competências no domínio da prestação de cuidados especializados, com vista á maximização da saúde da criança/jovem.

Ainda no domínio da prestação de cuidados especializados pude ter contacto com o doente cirúrgico no contexto de amigdalectomia, embora apenas por duas vezes, e já num

contexto de alta clínica. No entanto tive a oportunidade de realizar ensinamentos, sendo necessária a mobilização e aprofundamento de conhecimentos, sendo a área cirúrgica, uma área tão vasta e específica.

Relativamente à articulação existente entre a unidade e outros serviços de apoio à criança/jovem e família no desenvolver do estágio pudemos verificar que existe uma articulação predominantemente intra-hospitalar, sendo exemplos disso, a articulação com fisioterapia e assistência social. No que concerne à articulação extra-hospitalar pudemos verificar que quando era necessário existia contacto com outras unidades hospitalares. Como exemplo desse caso, observei um contacto realizado com outro hospital para colocação de uma PEG que se tinha exteriorizado.

Para consecução do segundo objetivo específico desde estágio no contexto do desenvolvimento do projeto, foi utilizada a estratégia de educação para a saúde, no âmbito da promoção da segurança infantil, com foco na prevenção de ADL na faixa etária dos 0 aos 4 anos de idade. Dado o contexto de doença e todo o stress inerente à hospitalização nem sempre era possível abordar este assunto, pois os pais/família não se apresentavam disponíveis para tal. No entanto sempre que os pais se mostravam disponíveis e receptivos para esta problemática, através de conversas informais, alertávamos os pais para a importância da prevenção de acidentes no domicílio, consciencializando-os das consequências que poderiam advir da ocorrência desses mesmos acidentes, partilhando estratégias de prevenção de modo capacitá-los.

Durante o estágio frequentamos ainda uma formação acerca da diabetes tipo 1 - VIII Encontro a escola e a diabetes mellitus tipo 1, que se realizou no dia 14 de fevereiro de 2018. Este encontro foi importante na medida em que permitiu uma partilha de saberes e experiências entre profissionais de saúde, crianças com a doença, pais, professores entre outros participantes. Permitiu um contacto mais próximo com esta doença, o aprender com situações reais, pela partilha de experiências por parte das crianças e jovens que vivem diariamente com a doença, e por parte das pessoas que diariamente lidam com estas crianças. Ninguém melhor do que as próprias crianças e as pessoas que as acompanham, para partilharem os seus medos, dúvidas, mas também as suas vitórias num contexto tão específico de doença e que exige a aquisição de conhecimentos tão complexos. Para nós foi sem dúvida um momento bastante enriquecedor não só ao nível profissional como a nível pessoal.

Foi ainda possível a observação nas consultas de enfermagem no período da manhã de dia 16 de fevereiro 2018. A consulta externa de pediatria é uma estrutura organizacional com espaço físico próprio onde se concentram várias subespecialidades que permitem acompanhar crianças/jovens e família numa abordagem multidisciplinar. A sua missão é assegurar o atendimento de crianças, jovens e respetivas famílias em regime de ambulatório, garantindo a qualidade numa perspetiva de melhoria contínua, promovendo a saúde e bem-estar. Nas consultas de pediatria é promovida a educação e aconselhamento aos pais/cuidadores, valorizando-se os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção de doença, facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança, ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. Tem como objetivos: assegurar o atendimento à criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, tendo em conta os grupos em que estão inseridos, capacitando-os para a gestão do seu potencial de saúde; Informar, aconselhar e orientar para a adoção de estilos de vida saudáveis; Acompanhar RN, crianças e jovens com algum risco biológico ou social; Programar investigação complementar de casos sem diagnóstico; Assegurar o seguimento após internamento ou episódio de urgência de situações que justifiquem; Acompanhar crianças/jovens com doença crónica, promovendo uma maior estabilidade clínica, diminuindo por conseguinte os episódios de internamento e recorrências ao serviço de urgência.

As consultas funcionam todos os dias úteis das 8h00 às 17h00. As consultas de enfermagem antecipam a consulta médica, sendo realizado acolhimento à criança/jovem e pais/cuidador, informando-os sobre a consulta e o circuito de atendimento. O enfermeiro realiza uma avaliação da criança/jovem de acordo com a sua situação tendo em conta a sua história clínica e aspetos biopsicossociais. Existem consultas de diferentes especialidades: Pediatria geral; Adolescência; Apoio a crianças e jovens em risco; Consulta aberta; Diabetes pediátrica; Doenças respiratórias e alérgicas; Hemangiomas; Infecções congénitas; Neurodesenvolvimento; Nefrologia; Neuropediatria; Risco cardiovascular; Risco perinatal; Nutrição; Psicologia. Ao nível dos recursos humanos a equipa multidisciplinar é constituída por médicos das diferentes especialidades, 3 enfermeiros, sendo um deles EEESCJ, 4 psicólogos, 1 nutricionista, 1 assistente operacional e 2 administrativos.

No dia em que realizei observação, as consultas estavam agendadas apenas no período da manhã. As consultas de enfermagem foram realizadas por duas enfermeiras em que cada

uma tinha o seu gabinete, visto este aspeto ser importante para promover a privacidade da criança/jovem e família. Ao longo das consultas pude observar e colaborar na avaliação antropométrica, sinais vitais e no caso das consultas de nefrologia era também necessário realizar um teste rápido de urina. Durante a consulta o enfermeiro tenta perceber qual o motivo da criança/jovem frequentar determinada consulta de especialidade, os antecedentes pessoais e familiares caso não sejam conhecidos, realiza uma avaliação das atividades de vida diária e avalia a adesão à terapêutica, caso exista. Os registos são efetuados no sistema SClínico e no BSIJ da criança/jovem.

Durante as consultas de enfermagem observei que muitas das crianças/jovens que frequentavam as consultas de Neurodesenvolvimento apresentavam problemas ao nível cognitivo-comportamental, e muitas delas como consequência, apresentavam um baixo rendimento escolar. Foi também observável que estas crianças pertenciam maioritariamente a famílias numerosas e com baixos rendimentos, onde predominavam conflitos familiares. Durante as consultas a enfermeira dialogava com a criança/jovem e pais para compreender os seus problemas e dessa forma juntamente com os mesmos, encontrar estratégias para ultrapassar esses mesmos problemas, e consequentemente promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

Mais uma vez considero que este momento de aprendizagem foi uma mais-valia permitindo-nos observar e desenvolver estratégias de promoção de saúde em contextos clínicos específicos, permitindo-nos também desenvolver estratégias que permitem estabelecer uma relação de ajuda com a família, com o fim de orientar a criança/jovem e família face a adversidades relacionadas com o contexto de doença e com o contexto social e familiar a que pertencem.

Em síntese, consideramos ter atingido de um modo geral os objetivos específicos a que nos propusemos para este contexto de estágio, sendo possível o desenvolvimento, aquisição e o aprimorar de competências. Tal como no contexto anterior apenas uma das atividades previstas não foi possível realizar, por motivos alheios ao estudante, ou seja, não foi possível a colaboração na formação em serviço no âmbito da dinamização de atividades inerentes à promoção de saúde, com principal foco em atividades que incluam a promoção da segurança infantil, visto no decorrer do estágio não terem existido. As competências adquiridas serão expostas e alvo de reflexão no capítulo seguinte.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE

Considera-se Enfermeiro Especialista aquele que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências especializadas relativamente a um campo de intervenção. O conjunto de competências do Enfermeiro Especialista decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2010b).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns.

“a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010b, p.10).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) são quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste sentido as competências são:

Domínio: responsabilidade profissional, ética e legal:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

Domínio: melhoria contínua da qualidade:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

Domínio: gestão dos cuidados:

- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;

Domínio: desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

No que diz respeito ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, este utiliza “ um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2010a, p.1).

Como já referido ao longo do presente relatório, o EEESCJ trabalha em parceria com a criança/jovem e família em qualquer contexto que ela se encontre, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona ainda educação para a saúde, bem como identifica e mobiliza recursos de suporte à família. A performance como especialista pressupõe uma prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competência, procurando respostas globais tendo em conta o mundo da criança, trabalhando ainda no sentido de remover barreiras e gerir a segurança do cliente (OE, 2010,a). São competências dos EEESCJ:

- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010b).

Para além da aquisição de competências especializadas no contexto de enfermagem, o percurso formativo, tendo a componente de mestrado, engloba também na sua componente a aquisição de competências de Mestre, sendo elas:

“De acordo com o sistema nacional de graus e diplomas do ensino superior, aprovado pelo decreto-lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo decreto-lei n.º 107/2008, de 25 de junho, e decreto-lei n.º 230/2009, de 14 de setembro, o grau de Mestre é atribuído aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que:
 - i) Baseando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Sejam capazes de desenvolver e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Possuir a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Ministério da Educação e Ciência, 2013, p.100).

Expostas as competências que era expectável o estudante adquirir ao longo de todo o percurso formativo, componente teórica e prática, no subcapítulo seguinte pretendemos realizar uma análise reflexiva acerca das competências desenvolvidas e adquiridas.

3.1. Análise Reflexiva sobre as Competências Desenvolvidas e Adquiridas

Ao longo das aprendizagens clínicas e do nosso percurso profissional um dos domínios de competências que estiveram sempre presentes foi a responsabilidade profissional, ética e legal, fazendo estas, parte do domínio de competências do enfermeiro especialista:

Domínio: responsabilidade profissional, ética e legal:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010b).

Segundo os princípios gerais do código deontológico, as intervenções de enfermagem devem ser orientadas pela preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e dos enfermeiros, onde constam valores universais como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. São apontados como princípios orientadores da atividade do enfermeiro a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício profissional em geral e na relação com outros profissionais.

Durante as aprendizagens clínicas, já fazendo parte da nossa conduta como profissionais, estivemos sempre presentes os deveres enunciados no código deontológico, quer na prestação direta de cuidados à criança/jovem e família, quer nas relações estabelecidas com os anteriores e restantes profissionais.

Os cuidados prestados tiveram sempre por base o respeito pela dignidade humana, tendo em conta os seus direitos e deveres, o princípio da igualdade, o respeito pela integridade biopsicossocial, espiritual e cultural, valorizando-se a vida e a qualidade de vida,

tendo em conta não apenas a pessoa, mas também a família, não se podendo desassociar esta relação. As estratégias de resolução de problemas devem ser desenvolvidas em parceria com o cliente, neste contexto específico, em parceria com a criança/jovem e pais/família.

Inerente ao respeito pela dignidade humana surge o dever pela informação. A criança/jovem e família têm o direito a estar informados, podendo esta informação apenas ser dada relativamente aos cuidados de enfermagem, onde a criança/jovem e família têm o direito de estar informados acerca dos procedimentos, onde lhe é dado o direito de recusar ou aceitar, existindo aqui o consentimento informado, sendo responsabilidade do enfermeiro promover esse direito.

Outro dos deveres do enfermeiro é o dever do sigilo. Ao longo das aprendizagens tive contacto com informações de ordem pessoal, acerca da criança/jovem, e acerca da família, informações essas, disponibilizadas pela própria criança/jovem e família e outras obtidas de outras fontes. Tivemos sempre o cuidado de partilhar apenas as informações necessárias com a equipa de enfermagem e outros profissionais implicados no processo, zelando pelo bem-estar, segurança física, emocional e social da criança/jovem e família, bem como pelos seus direitos.

Relativamente à utilização de dados para fins académicos e investigação, no requerimento submetido à Comissão de Ética da Universidade de Évora assegurámos que não serão incluídos dados que permitam identificar as pessoas envolvidas em estudos e que os dados serão apenas utilizados para fins académicos. O projeto de estágio foi aceite encontrando-se em anexo o parecer (Anexo I). Como já anteriormente referido, para realização do estudo de caso foi explicado à mãe da criança no que consistia o trabalho e que os dados recolhidos seriam apenas utilizados para fins académicos, sendo que nem a mãe, nem a criança, nem nenhum outro elemento da família seriam identificadas pelo nome, apenas seriam utilizadas as iniciais. A mãe aceitou participar livremente neste estudo de caso, sendo-lhe dito que a qualquer momento poderia desistir da participação, caso manifesta-se essa vontade.

Ainda no seguimento do anterior e de extrema importância, o dever pelo respeito da intimidade, onde o enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade da pessoa e família. Durante os vários contextos de estágio, como já referido no capítulo anterior, existiu sempre a

preocupação de respeitar a privacidade da crianças/jovem e família, privacidade essa não apenas de ordem física. No contexto de cuidados de saúde primários as consultas de enfermagem eram realizadas num gabinete de porta fechada, e ao nível dos contextos de internamento quando prestados cuidados que envolvessem a exposição física da criança/jovem a porta do quarto era fechada e corridas as cortinas da unidade da criança/jovem. Quando era necessário conversar com a criança/jovem e família acerca de assuntos que só a eles lhe diziam respeito, ou falávamos com um tom de voz baixa ou íamos com a criança/jovem ou família para um local isolado onde pudéssemos conversar sem a presença de terceiros.

Ainda no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal torna-se fundamental que o enfermeiro analise regularmente o seu trabalho e que reconheça o que deve melhorar. Neste sentido ao longo das aprendizagens clínicas independentemente dos contextos, assume-se a importância dos momentos de partilha entre a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro especialista deve participar nas tomadas de decisão em equipa. Destacamos ainda a importância das reuniões ao longo dos estágios com os enfermeiros orientadores dos locais de estágios e com a professora orientadora. Estes momentos permitiram refletir acerca de aspetos que deveriam ser melhorados, e competências a desenvolver, bem como encontrar estratégias para melhorar o exercício profissional, sendo competência do Enfermeiro Especialista adotar uma conduta preventiva e antecipatória, com capacidade para identificar práticas de risco, devendo adotar medidas apropriadas com recurso às suas competências especializadas.

No domínio: melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010b).

No decorrer das aprendizagens clínicas existiu desde o primeiro contacto com os contextos uma preocupação em conhecer as instituições e as suas políticas, mais especificamente o conhecimento do modo de funcionamento dos serviços onde decorreram os estágios, os seus recursos materiais e humanos, métodos de trabalho, bem com as suas normas e políticas face à filosofia de cuidados, existindo sempre um respeito pelas mesmas.

Pensamos que o desenvolvimento do nosso projeto constituiu um elemento importante ao nível da melhoria contínua da qualidade, onde puderam ser desenvolvidas atividades promotoras de melhoria contínua com influência na qualidade dos cuidados prestados e influência direta na qualidade de vida das crianças/jovens e famílias.

No contexto de cuidados de saúde primários foi realizada uma sessão de educação para a saúde, sendo este um objetivo de todas as instituições, o desenvolvimento na área de formação. A sessão de educação para a saúde foi desenvolvida na UCSP com objetivo de promover a segurança infantil nomeadamente no âmbito da prevenção de ADL. Quem frequentou a sessão considerou que esta foi uma mais-valia e que deveriam ser realizadas mais sessões deste tipo na UCSP. Os resultados obtidos com a sessão foram divulgados na instituição, onde o objetivo não foi apenas dar a conhecer os resultados, mas sim incentivar para a dinamização deste tipo de atividades na UCSP.

No estágio realizado na unidade de neonatologia foi também realizado um folheto relativo à prevenção de acidentes no primeiro mês de vida que possam ocorrer no domicílio. Na unidade como já referi anteriormente existia apenas um folheto no âmbito da promoção da segurança infantil, nomeadamente no âmbito do transporte seguro do RN. Com o desenvolvimento do nosso projeto foi possível refletir em equipa a importância da prevenção dos ADL e da importância de existir meios de divulgar essa informação junto dos pais. Como tal o folheto que elaboramos, segundo a enfermeira chefe, será utilizado pelo serviço, aguardando-se autorização para implementação do mesmo.

No domínio da qualidade outros dos aspetos a ter em atenção nos diferentes contextos de estágio foram os registos de enfermagem realizados no sistema SClínico. Os registos deveriam ser realizados rigorosamente pois são sistematicamente alvo de auditorias. Considerando-se que os registos de enfermagem demonstram as intervenções realizadas e todo o trabalho desenvolvido, estes devem ter por base o zelo pelo rigor, fomentando a qualidade dos cuidados prestados.

Ainda neste domínio de competências, o Enfermeiro Especialista deve criar e manter um ambiente terapêutico e seguro. Ao longo das aprendizagens clínicas mantivemos um ambiente terapêutico e seguro, desenvolvendo as nossas intervenções tendo em conta os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante todo o nosso percurso profissional e

percurso formativo. Sempre que necessário foram revistas normas relativas a procedimentos e realizadas pesquisas que nos permitissem realizar procedimentos com base em sólidos conhecimentos e em segurança. No que concerne à administração de terapêutica existiu sempre o cuidado de confirmar, juntamente com o enfermeiro orientador: o cliente, hora de administração, a dosagem da terapêutica, método de administração e validade dos fármacos, de modo a minimizar ao máximo erros suscetíveis de ocorrer.

No que diz respeito ao estado dos equipamentos, antes de utilizarmos, era verificado o seu estado de funcionalidade e caso existisse alguma anomalia era comunicado ao enfermeiro orientador.

Na promoção de um ambiente terapêutico e seguro surge-nos inerente o controlo de infeção, onde o enfermeiro, e todos os profissionais de saúde, devem ser responsáveis por adotar medidas que impeçam a transmissão de infeções, sendo um conhecimento adquirido e mais que debatido em todas as instituições de saúde. No contexto de aprendizagem no serviço de internamento de pediatria existiam crianças em quartos de isolamento, sendo que à porta dos quartos existia o material de proteção individual necessários e que deveriam ser utilizados por todos os profissionais que entrassem em contacto com a criança/jovem. Também no contexto do serviço de neonatologia, os RN em isolamento encontrava-se numa incubadora, tendo na sua unidade o material necessário para prestação de cuidados.

A criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro remete-nos para questões relacionadas com a prevenção de acidentes, em que no ambiente hospitalar o enfermeiro é responsável pela prevenção dos mesmos e responsável pela capacitação dos pais neste âmbito. O enfermeiro deve por exemplo, alertar os pais para que as grades das camas estejam levantadas quando a criança está sozinha na cama, devido ao risco de queda. Deve certificar-se que as crianças não têm junto de si objetos que possam provocar asfixia, entre os aspetos, de acordo com a idade da criança/jovem. Neste sentido e tendo em conta o tema do nosso projeto, ao longo dos estágios, utilizámos estes momentos para realizar ensinamentos acerca da prevenção de acidentes domésticos e de lazer, quando os pais se mostravam recetivos.

Mas, a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro não se cinge apenas a intervenções de domínio técnico, como a segurança na realização de procedimentos, mas também com aspetos relacionados mais uma vez com o respeito pela criança/jovem e

família tendo em conta a sua dimensionalidade. No contexto de cuidados de saúde pediátricos, e como já referido ao longo do relatório, a criança/jovem é indissociável dos pais/família, sendo estes, uma fonte de conforto e segurança. Como tal existiu sempre o cuidado de envolver os pais/família na prestação de cuidados (exceto se a criança/jovem não o desejasse), com a capacitação dos mesmos, de modo a que fossem asseguradas as necessidades biopsicossociais, culturais e espirituais da criança/jovem e família.

No domínio: gestão dos cuidados é esperado que o enfermeiro:

- Gira os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adapte a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (OE, 2010b).

Ao longo dos estágios durante a prestação de cuidados foi necessária uma gestão, gestão ao nível de prioridades de acordo com a situação clínica das criança/jovem, bem como de acordo com as suas necessidades. Como sabemos existem situações que requerem uma abordagem emergente no caso de situações que coloquem a vida em risco, existindo outras que requerem uma abordagem contínua de modo a manter a prestação de cuidados necessários para a recuperação. Num dos turnos realizados na unidade de neonatologia a equipa foi informada que iria dar entrada um RN em esforço respiratório, naquele momento foi altura de gerir prioridades, e preparar a unidade para receber o RN, bem como, preparar todo o material necessário que permitisse uma prestação de cuidados eficaz. Neste sentido foi ainda observado o espírito de liderança, em que um dos enfermeiros assumiu o papel de líder, de modo a orientar a equipa perante o contexto, não podendo descurar dos cuidados a prestar aos restantes recém-nascidos que se encontravam na unidade.

No decorrer do nosso exercício profissional sendo este em contexto de urgência a competência de gerir e liderar faz parte do dia-a-dia, pois surgem constantemente situações inesperadas, que temos de gerir no momento, de modo a manter o adequado funcionamento do serviço, e não comprometer nem descurar da prestação dos cuidados necessários a todos os nossos clientes e família.

Relativamente à gestão de recursos não verifiquei qualquer problema ao nível da disponibilidade de recursos materiais ao longo dos estágios, no entanto é necessário que o enfermeiro esteja consciencializado para a importância de uma gestão eficaz dos recursos disponíveis, de modo a rentabilizar os gastos, isto, sem que há-já compromisso da qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Ao nível dos recursos humanos, sendo uma realidade que enfrentamos atualmente no nosso país, o número de enfermeiros encontra-se reduzido em muitos serviços de saúde. No estágio realizado na UCSP podemos verificar que apenas existia um EEESCJ, tendo-se constatado que apesar de ter apoio na realização das consultas, muitas das vezes o enfermeiro encontrava-se sobrecarregado, pois para além da realização de consultas tinha de gerir outros aspetos inerentes à prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família, como por exemplo, marcação de consultas e articulação com outros profissionais. No decorrer dos estágios na unidade de neonatologia e serviço de pediatria aconteceu por vezes a mobilização de enfermeiros da unidade de neonatologia para o internamento de pediatria e vice-versa, por falta de recursos humanos face ao número de recém-nascidos/crianças/jovens internados. No decorrer do estágio no serviço de internamento de pediatria, num dos turnos, existiu a necessidade de mais um enfermeiro na unidade de neonatologia, devido ao número de RN internados, como tal, durante um período, fomos para a unidade de neonatologia para prestação de cuidados ao RN/família. Este processo foi facilitado na medida em que o estágio anterior tinha sido realizado nesse contexto.

Ao nível da articulação com a equipa multidisciplinar, como já referido, em todos os contextos de estágio eram realizadas reuniões entre a equipa multidisciplinar com o fim de partilhar informações necessárias e “discutir” o plano de cuidados para determinada criança/jovem e família. Sempre que necessário solicitámos o apoio de colegas durante a prestação de cuidados bem como articulámos com outros profissionais, nomeadamente com a equipa médica, quando os cuidados necessários não se encontravam apenas dependentes do nosso domínio de competências, sendo necessária uma intervenção pluridisciplinar. Exemplificando, durante o estágio no internamento de pediatria enquanto prestávamos cuidados a uma adolescente que tinha PEG, verificámos que a mesma se encontrava exteriorizada. De modo a atuar o mais rápido e adequadamente possível perante a situação, informamos o enfermeiro orientador, que pediu apoio a outros colegas e à equipa médica. Neste sentido tentámos também perceber como seria possível agilizar o mais rapidamente a

colocação de uma nova PEG, sendo providenciado o contacto com o hospital responsável pela realização desse procedimento.

No domínio: desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro deve desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade (OE, 2010b). Ao longo do nosso desenvolvimento a nível profissional e pessoal consideramos que diariamente desenvolvemos o nosso auto-conhecimento, fruto das experiências vivenciadas, sendo este processo um contínuo. Ao longo de todo o processo formativo incluindo nos contextos de aprendizagem, o processo de auto-conhecimento esteve sempre presente, visto as situações vivenciadas serem alvo de reflexão constante, através da observação e da própria atuação. Neste sentido torna-se também importante referir a importância dos momentos de reunião com os enfermeiros orientadores e com o professor orientador, onde foi possível refletir e identificar fatores que possam ser melhorados tanto a nível pessoal como a nível profissional e que permitam uma melhoria na prestação de cuidados, incluindo no desenvolvimento das relações interpessoais, com o cliente/família e equipa multidisciplinar.

Ao nível da assertividade consideramos mais uma vez que esteve presente durante o nosso desempenho, pois já é um aspeto inerente à nossa prática profissional. No local onde exercemos funções, num serviço de urgência, surgem muitas vezes situações de conflito que são necessárias gerir, com recurso essencialmente a uma comunicação assertiva. Também na relação e comunicação com colegas e restante equipa multidisciplinar é fundamental existir uma atitude e comunicação assertiva, onde podemos sempre dar os nossos pareceres, e a nossa opinião devidamente fundamentada, o que evita a possibilidade de conflitos.

Ainda no domínio do desenvolvimento de aprendizagens é espectável que o enfermeiro baseie a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010b). Decidimos refletir esta competência juntamente com as competências de Mestre. O Mestre deve:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que:
 - i) Baseando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

- ii) Sejam capazes de desenvolver e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Possuir a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Ministério da Educação e Ciência, 2013).

Como já referimos ao longo do relatório, existiu a necessidade de mobilizar, desenvolver e aprofundar conhecimentos na nossa área de especialização, que nos possibilitaram a prestação de cuidados adequados tendo em conta a situação clínica, aguda ou crónica da criança/jovem, atendendo à sua fase de desenvolvimento e necessidades específicas, nunca esquecendo que os pais/família são indissociáveis da criança/jovem, e como tal foram também alvo da nossa intervenção.

O desenvolver e aprofundar de conhecimentos foi possível através da pesquisa bibliográfica realizada, observação e partilha de saberes ao longo dos estágios, bem como através dos conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso. Na componente teórica, frequentámos aulas, realizámos trabalhos académicos e trabalhos no domínio de investigação que nos permitiram adquirir e desenvolver conhecimentos e desenvolvimento de competências, que se consumaram na prestação de cuidados especializados durante os contextos de aprendizagem e também no nosso contexto profissional. Tal como refere Benner,

a palavra experiência não se limita apenas à passagem de tempo. Trata-se de um melhorar de teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que permitem acrescentar diferenças subtis à teoria. A teoria oferece aquilo que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta mais realidades, do que aquelas que se podem apreender pela teoria (Benner, 2005).

Importante aqui referir a realização do curso de suporte avançado de vida pediátrico, integrado na componente letiva do curso. Consideramos que foi um momento bastante importante de aprendizagem, onde desenvolvemos e adquirimos conhecimentos para agir em situações de emergência, onde devem ser mobilizadas um conjunto de competências especializadas. Para nós foi bastante útil, pois exercermos funções num serviço de urgência pediátrica, onde diariamente somos confrontados com situações de urgência/emergência e devemos ter competências para agir rápida e adequadamente.

No âmbito do projeto como já anteriormente referido realizámos uma revisão sistemática da literatura que nos possibilitou desenvolver competências ao nível da investigação em enfermagem, sendo esta uma competência do enfermeiro, quer seja ou não especialista. A investigação permite-nos alargar o campo de conhecimentos numa determinada disciplina e facilita o desenvolvimento da mesma como ciência. O estudo sistemático de fenómenos conduz à descoberta e aumento de saberes específicos, sendo este um dos objetivos da investigação (Fortin, Côté & Filion, 2009).

A investigação realizada deve ser divulgada, pois só assim se consegue aumentar o conhecimento, colocando a investigação disponível a todos, bem como só assim é possível dar visibilidade á profissão. Neste sentido divulgámos os resultados da revisão sistemática da literatura realizada, não só através do diálogo com a equipa de enfermagem, mas também através da realização de um poster a ser afixado no hospital onde decorreram os estágios em contexto de internamento de neonatologia e pediatria, aguardando-se autorização para afixação. A revisão foi ainda submetida para publicação numa revista científica, aguardando-se resposta.

Outras atividades realizadas, com importância na aquisição de competências no domínio aquisição e desenvolvimento de aprendizagens foram a participação em congressos e encontros formativos. Nos dias 25 e 26 de maio de 2017 estivemos presente no XIV Encontro

da Unidade Coordenadora Funcional de Setúbal onde foram apresentados temas atuais no âmbito da saúde infantil e pediatria, que merecem o nosso interesse, de entre os quais: Alimentação e prevenção da obesidade infantil; Parentalidade positiva; Plano Nacional de Vacinação 2017. Nos dias 10 e 11 de novembro de 2017 estivemos presentes no II Congresso da Secção Regional do Sul, onde foram também debatidos temas de extrema importância tais como: Novos domínios de competências; Desafios em Neonatologia; Criança e Jovem com Diabetes; Outros temas, que embora não estivessem relacionados diretamente com o contexto pediátrico não deixam de ser de extrema importância para a praxis de enfermagem, e importantes para o enfermeiro independentemente da sua área de especialidade.

Como também já foi anteriormente referido no âmbito das atividades realizadas no decorrer do estágio final, dia 14 de fevereiro de 2018 estivemos ainda presentes no VIII Encontro a escola e a diabetes mellitus tipo 1.

As competências adquiridas e desenvolvidas quer de Enfermeiro Especialista quer de Mestre permitiu-nos desenvolver competências na nossa área de especialização, sendo o desenvolvimento e aquisição das diferentes competências um processo dinâmico e contínuo. Ao longo de todo o processo formativo foram desenvolvidas competências de EEESCJ que nos permitiram assistir a criança/jovem e família em situações de especial complexidade, com a prestação de cuidados especializados tendo em conta as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem, com vista à maximização da sua saúde.

Como já anteriormente referido foram desenvolvidas atividades nos diferentes contextos de aprendizagem que permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas, desde competências ligadas à promoção de saúde, sendo o projeto desenvolvido no âmbito da promoção da segurança infantil, desde competências relacionadas com a prestação de cuidados em situações de doença de especial complexidade, onde foram desenvolvidas intervenções especializadas com o fim de dar resposta às necessidades da criança/jovem e família perante as suas necessidades e processo de doença que enfrentavam. Em todos os contextos, considerámos primordial o envolvimento da criança/jovem e família nos processos de tomada de decisão face à sua situação, onde foram utilizadas estratégias de negociação e capacitação da criança/jovem e família. Aqui encontra-se subjacente a importância do desenvolvimento de um trabalho de parceria de cuidados, tendo em conta

uma visão global da criança/jovem e família, das suas crenças, valores e capacidades, de modo a que a criança/jovem e família possam tomar decisões conscientes em relação à sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório representa o culminar de um percurso académico, onde foram apresentadas as linhas gerais teóricas e operacionais que sustentaram este trajeto. Foi organizado essencialmente segundo dois eixos: a promoção da segurança infantil: prevenção de acidentes domésticos e de lazer em crianças dos 0 aos 4 anos de idade e o desenvolvimento de competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Consideramos que os objetivos gerais e objetivos específicos foram atingidos, através da realização das diferentes atividades a que nos propusemos ao longo dos contextos de estágio, e que foram alvo de reflexão ao longo do relatório.

O contacto com os diferentes locais de estágio e diferentes profissionais de saúde, contribuíram para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, onde foi possível alcançar uma visão global do ponto de vista assistencial à criança/jovem e família, permitindo concomitantemente a prestação de cuidados especializados baseados na observação direta e na evidência científica.

Destacamos ainda, a importância da componente teórica desenvolvida, que nos motivou a refletir na ação e sobre a ação, e que nos levou a rever as nossas práticas, repensando-as á luz dos novos subsídios, colhidos ao longo deste percurso.

Relativamente ao desenvolvimento do projeto, consideramos a temática do projeto desenvolvido de extrema importância, em que a promoção da segurança infantil, nomeadamente a prevenção de acidentes, é considerada um foco de intervenção de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, que evidencia a valorização dos cuidados antecipatórios como intervenção assertiva na promoção de saúde. Neste plano são contempladas intervenções que visam os ganhos em saúde infantil e juvenil, nomeadamente no domínio da prevenção dos acidentes (DGS, 2013).

Como tal, pretendemos dar continuidade ao desenvolvimento do projeto, com a realização de um estudo no serviço de urgência pediátrica onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, com o objetivo de perceber a realidade do nosso serviço no que diz

respeito ao número de recorrências ao serviço de urgência devido a lesões causadas por acidentes domésticos e de lazer, as faixas etárias de maior incidência, principais causas para a ocorrência do acidente e quais as sequelas resultantes. O EEESCJ encontra-se numa posição privilegiada para mudar comportamentos. No entanto para que isso seja possível deve possuir um conhecimento aprofundado e sistematizado acerca da realidade que pretende mudar, de modo a desenvolver estratégias adequadas, tendo em conta o estadio de desenvolvimento da criança/jovem e as características do meio que a envolve.

Por fim resta-nos referir que a própria elaboração do relatório foi um momento de reflexão. Permitiu-nos refletir acerca do nosso desempenho e das suas implicações a nível pessoal e profissional, ou seja, permitiu-nos desenvolver o auto-conhecimento, onde foi possível sentir que crescemos não só a nível profissional como também a nível pessoal, fruto dos conhecimentos desenvolvidos e adquiridos, pelas realidades com que contactámos, mas sobretudo pela reflexão que todo este percurso implicou.

Finalizamos com esta frase de Platão, que face a tudo o que foi vivenciado adquire um novo significado para nós: *“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento.”*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACES, Arrábida, ARS Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2017). Plano de Ação 2017. UCSP, Praça da República. Setúbal. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/3151807/Documents/O%20QUE%20OFERECEMOS/3151807.pdf>.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil [APSI] (2011). Plano de Acção para a Segurança Infantil em Portugal. Recuperado de http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf.

Associação para a Promoção de Segurança Infantil [APSI] (2014). Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000 – 2013) – Reedição, revista e adaptada Relatório Final – Novembro de 2014. Recuperado de <https://www.apsi.org.pt/files/APSI%20-Campanha%20das%20Quedas/APSI%20-%20Estudo%20Quedas%202000-2013%20-%20Relatorio%20Final.pdf>.

Benner, P. (2005). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora.

Child Accident Prevention Foundation of Australia (2010). Home Safety checklist for Parents of children 0 – 4 years of age.

Costa, J. (s.d.). Métodos de Prestação de Cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>.

Dicionário de Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora, 2016. ISBN 978-972-0-01496-2.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma da direção-geral da saúde nº 010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2016). Programa Nacional de Vacinação 2017. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Recuperado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/alertchs/Os%20meus%20documentos/Downloads/iO23200.pdf>.

Feldman, R.S. (2001). *Compreender a Psicologia* (5ª edição). Lisboa: MC Graw Hill.

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, A. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, nº15, 1 – 29. Recuperado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Fortin, M.F., Côté, J. & Filón, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 11 (3): 371-375. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>.

Gomes, I., Queiroz, M., Bezerra, L., & Souza, N. (2012). A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. *Cogitare Enfermagem*, 17 (4): 703-9. Recuperado de <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/30378/19654>.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia (2014). *Evita 2009 – 2012, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes*. Relatório 2009 – 2012. Lisboa: INSA. Recuperado de http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf.

Laura, V., Diogo, L., Costa, P. (2015). Programa Nacional de Diagnóstico Precoce: relatório 2015. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Lisboa. ISBN: 978-989-8794-28-4.

Lei nº 111/2009 (Código Deontológico) de 16 de Setembro. *Diário da República – I Série*. Nº 180 (16-09-2009), p.6528 – 6550.

Lei nº 48/90 (Lei de Bases da Saúde) de 24 de Agosto. Diário da República - I Série. N.º195 (24-8-1990), p.3452- 3459.

Ministério da Educação e Ciência (2013). Quadro Nacional de Qualificações. Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações.1ª edição. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P.

Ministério da Saúde (2015). ACES Arrábida. Caracterização e Propostas de Reestruturação. Administração Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Núcleo de estudos e Planeamento. Recuperado de http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1883/11_-_ACES_Arr_bida_final_vNET.pdf.

Moita, H. (2015). Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar – Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém. Recuperado de <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1485/1/Relatorio%20estagio%20II%20mestrado.pdf>.

Monroe, R. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. In Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 622-644). Loures: Lusociência.

Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Recuperado de

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010c). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE, série I, número 3, volume 1. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudefinfantil_pediatria_volume1.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf.

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

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). Desenvolvimento Humano (8ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A., Branche, C., Rahman, AKM., Rivara, F. & Bartolomeos, K. (2008). World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://www.unicef.org/eapro/World_report.pdf.

Ramos, A. & Nunes, L. (2012). Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças. Percursos, 26, 41 – 48.

Ramos, A., Nunes, L., Nogueira, P. (2013). Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. Revista de Enfermagem Referência. III série, nº11. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1226>.

Sethi, D., Racioppi, F., Baumgarten, I., Vida, P. (2006). Injuries and Violence in Europe – why they matter and what can be done. Copenhaga: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf.

United Nations Children's Fund [UNICEF] (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. Recuperado de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

United Nations Children's Fund [UNICEF] (2010). Why is important to share and act on information about injury prevention. Facts for life, 4, 163 – 177. Recuperado de <http://www.factsforlifeglobal.org/resources/factsforlife-en-full.pdf>.

Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do lactente e da Família; Promoção da Saúde da Criança em Idade Toddler e da Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 491-621). Loures: Lusociência.

World Health Organization [WHO] (2012). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Egipto: World Health Organization. Recuperado de http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética



Documento 1 8 1 0 4

**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 Armando Raimundo, Prof. Doutor Luís Sebastião e Prof. Doutor Fernando Capeia deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Promoção da segurança infantil: prevenção de acidentes domésticos e de lazer em crianças dos 0 aos 4 anos de idade*" da investigadora **Cláudia Sofia Martins Tapadas** (mestranda) e Prof.^a Doutora Ana Lúcia Caeiro ramos (responsável académica).

Universidade de Évora, 5 de Abril de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)



APÊNDICES



APÊNDICE I – Planeamento da sessão de educação para a saúde: Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.

Planeamento da sessão de educação para a saúde

Data/Hora: 12 de junho de 2017 / 15h30

Duração: 45 minutos.

Local: UCSP ACES Arrábida, Gabinete de Saúde Infantil.

Organização:

- Enf.ª Cláudia Tapadas no âmbito do mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria.
- Enf.ª Orientadora, Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Formadora: Enf.ª Cláudia Tapadas.

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão surge enquadrada no tema do projeto a desenvolver – Promoção da segurança Infantil: prevenção de acidentes domésticos e de lazer em crianças dos 0 aos 4 anos de idade.

Título: Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.

Destinatários: Pais/familiares de crianças com idades compreendidas entre os 1 e 3 anos de idade seguidos em consulta de Enfermagem na UCSP Praça da República.

Objetivos: Sensibilizar e capacitar os pais/família para a prevenção de acidentes que possam ocorrer no domicílio na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.

Metodologia: Metodologia expositiva e ativa.

Recursos: Computador, projetor, Checklist - Casa Segura; folhetos disponibilizados pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) – ABC da Segurança II; ABC da Segurança III.

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efetuada através do preenchimento de um questionário (anónimo) de avaliação dirigido aos formandos (pais/família).

Plano de sessão

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
<u>Introdução:</u> Apresentação do tema e pertinência do mesmo.	Ativa	Computador e projetor	Formadora	5 minutos	Enf.ª Cláudia Tapadas
<u>Prevenção de acidentes domésticos nas crianças dos 1 aos 3 anos de idade:</u> - Prevenção de intoxicações; - Prevenção de quedas; - Prevenção de afogamentos; - Prevenção de asfixia e como agir em caso de ocorrência; - Prevenção de queimaduras; - Checklist Casa Segura.	Expositiva e ativa	Computador e projetor	- Formadora - Formandos - Checklist Casa Segura	30 minutos	
<u>Avaliação:</u> - Síntese da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão.	Ativa		- Formadora - Formandos Folhetos APSI - ABC da Segurança II; ABC da Segurança III.	10 minutos	



APÊNDICE II – Apresentação em Powerpoint da sessão de educação para a saúde: Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE EVORA
CENTRO DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO DOMICÍLIO 1 AOS 3 ANOS DE IDADE

Realizado por:
Cláudia Tapadas

Orientação:
Prof. Dr.ª Ana Ramos



12 Junho 2017

INTOXICAÇÕES

- Os medicamentos, produtos de limpeza ou outros tóxicos, devem ser guardados fora do alcance das crianças - armários altos, fechados à chave, nas embalagens originais com os rótulos de origem.
- Não devem ser guardados junto a alimentos, nem mudados para garrafas de água ou outras bebidas, nem guardados em carteiras, malas, pois são locais que a criança gosta de explorar.
- Os adultos devem evitar tomar medicamentos perto das crianças.

Em caso de intoxicação contate o CIAV

EM CASO DE INTOXICAÇÃO

LIGUE
808 250 143



QUEDAS



Video

QUEDAS

- ✔ Ensinar a criança a descer de barriga para baixo da cama, sofás e cadeiras.
- ✔ Retirar ou baixar a grade da cama quando a criança começar a tentar sair sozinha.
- ✔ Não deixar brinquedos espalhados (nem no chão, nem cama – pode servir de degrau)
- ✔ A cadeira alta de comer deverá ser estável e estar encostada à parede.
- ✔ As cadeiras de comer de encaixar devem ser usadas apenas em mesas com tampo estáveis e nunca de vidro. Não deve ser colocada uma cadeira por baixo (criança pode apoiar os pés e levantar-se)
- ✔ Usar sapatos bem presos aos pés.
- ✔ Nos parques infantis deve-se ter atenção ao estado de conservação dos equipamentos e ao piso.



AFOGAMENTOS



Video

ASFIXIA / ESTRANGULAMENTO

- ✔ Alimentos sólidos devem ser partidos em pedaços pequenos e retirados ossos, espinhas ou caroços.
- ✔ Não devem ser dados alimentos duros e lisos (amendoins, castanhas, tremoços, frutos com caroço).
- ✔ Os rebuçados, gomas devem ser partidos em pedaços e as crianças devem comer sentadas e com supervisão.
- ✔ Não deixar ao alcance das crianças brinquedos e/ou objetos de pequenas dimensões.
- ✔ Retirar do alcance das crianças balões vazios ou reventados e sacos de plástico.
- ✔ Os fios de estores, candeeiros, devem ser enrolados, mantidos altos e afastados da cama da criança.
- ✔ Quando a criança se encontra deitada deve retirar-se a "corrente" da chupeta.
- ✔ Evitar a utilização de fios ao pescoço, camisolas com capuz ou cordões, capacetes, enquanto a criança brinca em parques infantis.



COMO ATUAR EM CASO DE ASFIXIA/ENGASGAMENTO

MANOBRA DE HEIMLICH (CRIANÇAS ATÉ 1 ANO)



1 Segure o bebê de cabeça para baixo apoiando-o na coxa



2 Aplique 5 pancadas interescapulares



3 Se o objeto permanecer, vire o bebê de barriga para cima e aplique até 5 compressões torácicas. Continue esse ciclo até desobstrução das vias aéreas, ou inconsciência.

SE NÃO RESOLVERA SITUAÇÃO CONTATE 112

COMO ATUAR EM CASO DE ASFIXIA/ENGASGAMENTO

MANOBRA DE HEIMLICH (CRIANÇAS > 1 ANO)



1



2



3



4



SE NÃO RESOLVERA SITUAÇÃO CONTATE 112

QUEIMADURAS



Vídeo

QUEIMADURAS SOLARES



- ✔ Evitar exposição ao sol nas horas de maior calor.
- ✔ Utilizar protetor solar (fator de proteção 50 ou 50+).
- ✔ Usar chapéu com abas.
- ✔ Usar roupa mais escura.
- ✔ Usar óculos de sol.





CHECKLIST "CASA SEGURA"



**OBRIGADO A TODOS PELA VOSSA
PRESENÇA!**



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Child Accident Prevention Foundation of Australia (2010). Home Safety checklist for Parents of children 0 – 4 years of age .
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Toddler e da Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 491-621). Loures: Lusociência.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (2014). Consultas de Saúde Infantil - Orientações técnicas para a prevenção de acidentes.

VÍDEOS RECUPERADOS DE:

- <https://www.youtube.com/watch?v=a2NyRhYq80k>
- <https://www.youtube.com/watch?v=d10rAy1qXGw>
- <https://www.youtube.com/watch?v=whpTohmDuhs>



APÊNDICE III - Checklist Casa Segura



Checklist Casa Segura

As crianças dos 0 aos 3 anos de idade encontram-se vulneráveis á ocorrência de lesões devido á exploração do ambiente que as rodeia. As crianças nesta faixa etária são incapazes de reconhecer os perigos que as rodeia.

Como tal torna-se indispensável que os pais/família reconheçam os perigos que existem no espaço que rodeia a criança, e se necessário realizar alterações no domicílio para que a criança esteja mais segura. Não esquecer ainda que a **supervisão das crianças é imprescindível** para diminuir a ocorrência de acidentes.

De seguida será apresentada uma lista de questões relacionadas com segurança no domicílio que o ajudará a identificar aquilo que deve alterar em sua casa, para que as suas crianças estejam mais seguras. Deverá colocar uma cruz (x) no sim ou no não. Caso não se aplique (NA) coloque uma cruz (x) nessa opção.

INTERIOR DA CASA	SIM	NÃO	NA
Tem cancelas no primeiro e último degrau das escadas?			
Tem limitadores de abertura nas janelas?			
Tem proteções adequadas nas varandas?			
Tem perto de janelas ou varandas objetos que possam servir de degrau?			
Existe algum interruptor elétrico de segurança para prevenir a eletrocução?			
Existem fichas de segurança em pontos de energia inutilizados?			
Os eletrodomésticos e fichas encontram-se em boas condições?			
Os fios de eletrodomésticos encontram-se enrolados e atados, fora do alcance da criança?			
Na cozinha tem o cuidado de utilizar os bicos de trás do fogão e virar as pegas dos tachos/frigideiras para dentro?			
O microondas encontra-se fora do alcance da criança?			
Utiliza toalhas curtas ou individuais em vez de uma toalha grande de mesa?			
Secadores de cabelo, aquecedores, ferros de engomar, fritadeiras e outros aparelhos encontram-se fora do alcance da criança?			
Mantém a porta da máquina de lavar loiça e máquina de lavar/secar roupa sempre fechadas?			
A sua lareira tem proteção?			
Os aquecedores encontram-se afastados de cortinas, sofás, mobílias?			
Objetos como fósforos, isqueiros, velas, cortantes, sacos de plástico e outros objetos perigosos encontram-se guardados num local fora do alcance da criança?			
Tem fechaduras nas portas dos armários e gavetas onde tem guardado produtos perigosos (p.ex: detergentes, medicamentos, bebidas alcoólicas), ou são guardados fora do alcance da criança?			
A banheira possui superfície ou tapetes antiderrapantes?			
A banheira encontra-se sempre vazia quando não está a ser utilizada?			
A porta da casa de banho encontra-se fechada?			
Se a sua criança já tenta sair sozinha da cama, já retirou as grades?			
A cama da criança encontra-se longe das janelas e/ou pontos de energia?			
Os fios de estores, candeeiros encontram-se enrolados e mantidos altos, fora do alcance da criança?			
A cadeira alta de comer encontra-se estável e encostada á parede?			
Os móveis altos e pesados, bem como televisões encontram-se fixos à parede?			
As gavetas pesadas têm travões e os armários limitadores de abertura?			
Tem protetores em esquinas de móveis?			

EXTERIOR DA CASA	SIM	NÃO	NA
O espaço para a criança brincar encontra-se separado da zona de entrada/saída de carros e de zonas de acesso fácil para a rua?			
As chaves de ignição são retiradas de todos os veículos, e estes encontram-se trancados?			
O equipamento para a criança brincar é seguro, estável e encontra-se em boas condições?			
Existe uma superfície macia debaixo do equipamento de brincar no quintal para “almofadar” a queda? (p.ex: cortiça, relva)			
A garagem encontra-se fechada?			
As ferramentas de jardinagem, corta-relvas, motosserras e outras ferramentas perigosas encontram-se fechadas num local fora do alcance da criança?			
Pesticidas, tintas, ou outros produtos químicos encontram-se guardados fora do alcance da criança, e encontram-se devidamente identificados?			
Os escadotes encontram-se guardados fora do alcance da criança?			
Piscinas insufláveis são logo esvaziadas após utilização?			
A piscina tem vedação em redor, mínimo 1,10 m de altura e aberturas menores que 9 cm, e a criança não consegue escalar?			
A piscina tem portão com fecho automático?			
Os poços/tanques encontram-se fechados com tampa sólida?			
O quintal encontra-se livre de outros riscos de afogamento? (p.ex: baldes, alguidares com água, poças descobertas, recipientes com água para animais?)			

Referências Bibliográficas:

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2014). Consultas de Saúde Infantil - Orientações técnicas para a prevenção de acidentes.
- Child Accident Prevention Foundation of Australia (2010). Home Safety checklist for Parents of children 0 – 4 years of age.
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Toddler e da Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 491-621). Loures: Lusociência.



APÊNDICE IV – Avaliação da sessão de educação para a saúde: Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.

Avaliação da sessão de educação para a saúde

Tema: Prevenção de acidentes no domicílio na faixa etária dos 1 aos 3 anos de idade.

Local: UCSP Praça da República **Data:** 12/06/2017 **Duração:** 45 minutos

Torna-se importante o preenchimento deste questionário a fim de receber o “feedback” face à formação assistida, de modo a melhorar apresentações futuras.

Para tal, pede-se a participação de todos os elementos. Os questionários são anónimos.

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

Apreciação Global	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
As suas expetativas em relação á formação foram satisfeitas?				
A formação foi útil para o seu dia-a-dia?				
Favoreceu a aquisição e consolidação de conhecimentos?				
A duração da sessão foi adequada?				
O método utilizado foi adequado?				
A linguagem utilizada foi clara, de fácil compreensão?				

Comentários/Sugestões

Obrigado pela sua colaboração.

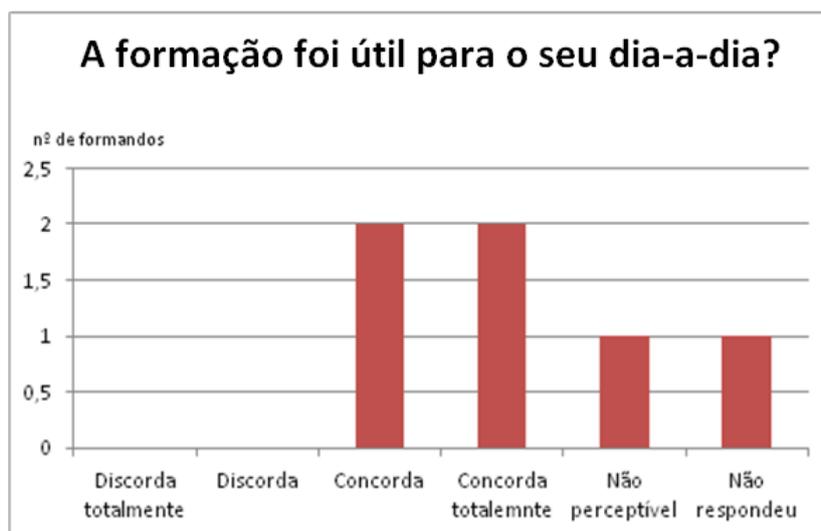


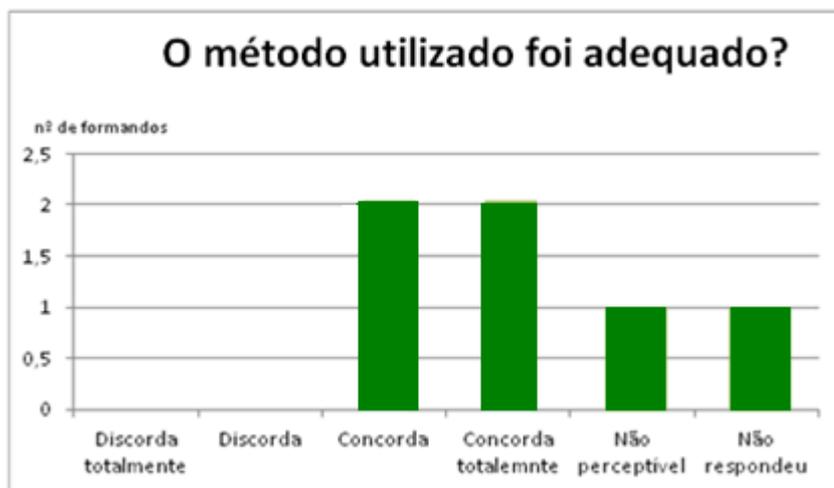
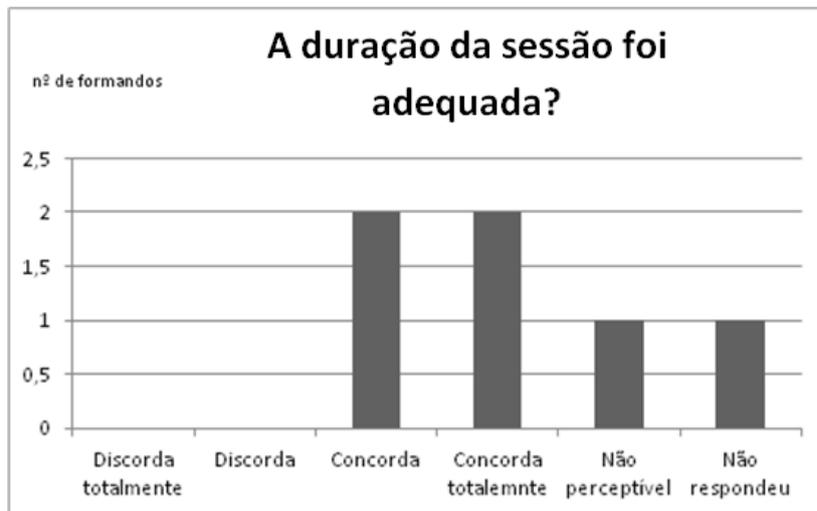
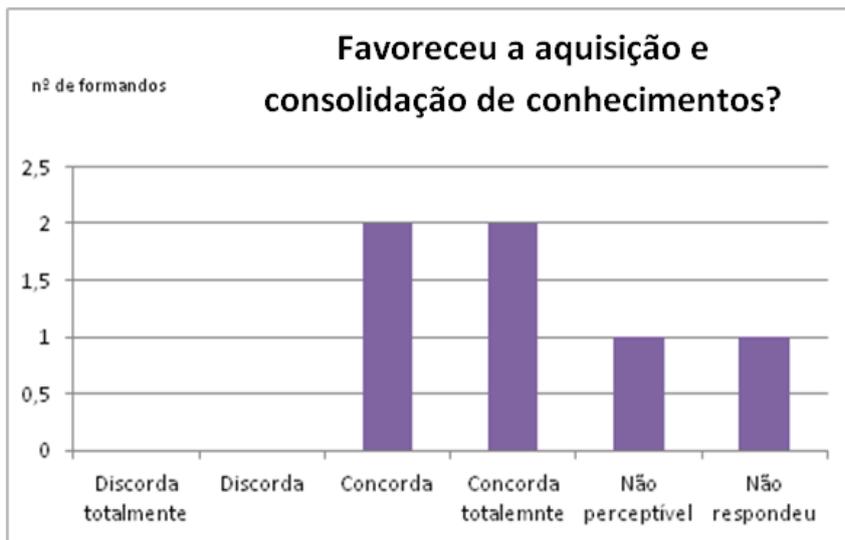
APÊNDICE V – Resultados da avaliação da sessão de educação para a saúde:
Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade.

Avaliação da sessão de educação para a saúde:

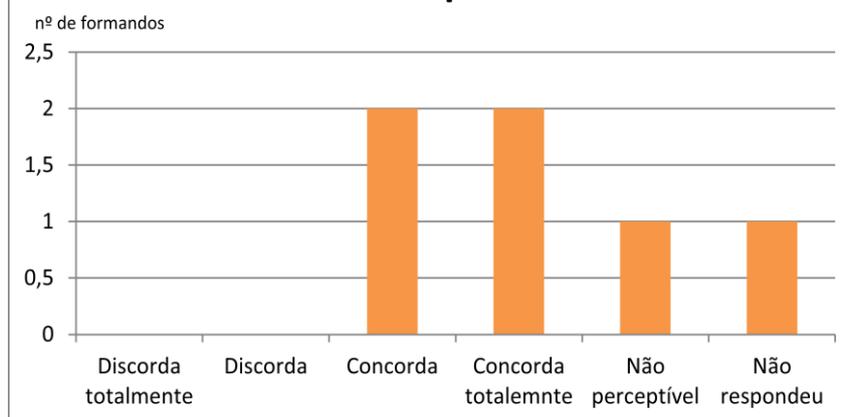
Prevenção de acidentes domésticos na faixa etária do 1 aos 3 anos de idade

A avaliação foi efetuada através da aplicação de questionário dirigido aos formandos. A formação foi realizada para 6 pessoas (4 mães e 2 avós).





A linguagem utilizada foi clara, de fácil compreensão?



Em todos os aspetos avaliados quatro pessoas concordaram – concordaram totalmente, uma pessoa não respondeu ao questionário e numa delas não foram perceptíveis as respostas. Face ao exposto considerámos que a sessão foi bem sucedida.

Comentários/Sugestões: “Estas formações deveriam de ser mais frequentes nos centros de saúde” (SIC).



APÊNDICE VI – Estudo de caso

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O presente estudo de caso foi realizado acerca do menino O. e respetiva família. O menino O. tem 8 anos de idade, apresentando alterações ao nível do desenvolvimento cognitivo-comportamental e social.

Os dados para realização do estudo de caso foram colhidos durante a consulta de enfermagem de saúde infantil (dia 7 de Junho), com a consulta do boletim individual de saúde, em reuniões agendadas á posteriori, através de conversas informais com a criança e mãe (dia 8 e 9 de junho), através da consulta de relatórios de psicomotricidade e psicologia, facultados pela mãe, e através da própria observação por mim realizada. O instrumento utilizado para realização da colheita de dados foi o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) que permite compreender a família na sua multidimensionalidade, sendo neste caso adaptado ao contexto.

Segundo Silva, Bousso & Galera (2009), o MCAF trata-se de uma estrutura multidimensional, baseada num modelo teórico que envolve não só o conceito de sistemas, mas que também o conceito de comunicação. Este modelo é constituído por três categorias principais, que se dividem em subcategorias:

- ✓ **Estrutural** – Que compreende a estrutura da família:
 - Estrutura Interna: membros da família nuclear, género, orientação sexual, idades, subsistemas e limites;
 - Estrutura Externa: membros para além do núcleo familiar, sistemas mais amplos;
 - Estrutura contextual: etnia/raça, classe social, crenças/religião e ambiente familiar.

- ✓ **Desenvolvimento** – Refere-se à evolução progressiva da história familiar, ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida e engloba a:
 - História familiar;
 - Tarefas dentro da família;
 - Vínculos afetivos.

- ✓ **Funcional** – Modo de interação entre os membros de determinada família:
 - Funcionamento instrumental: atividades de vida diária, autocuidados;

- **Funcionamento Expressivo:** estilos de comunicação (emocional, verbal, não verbal, comunicação circular), solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões na família.

No contexto de cuidados de saúde primários a adoção deste modelo é considerada benéfica para a promoção da interação com as famílias, permitindo um melhor planeamento dos cuidados (Figueiredo & Martins, 2010),

Histórico de Saúde do menino O.

O menino O., é uma criança do sexo masculino com 8 anos de idade, raça caucasiana, de nacionalidade portuguesa. Atualmente encontra-se a frequentar o 2º ano de escolaridade.

Nasceu no Hospital X, de parto eutócico, sem intercorrências. Apresentou um índice de Apgar 8/9, com um peso ao nascer de 3, 090 Kg (Quilogramas). Aos 4 meses de idade foi diagnosticado um hidrocelo à direita, sendo seguido em consulta de cirurgia pediátrica, sem necessidade de intervenção cirurgica tendo o quadro clínico revertido espontaneamente.

A criança tem apresentado um desenvolvimento estado-ponderal adequado, sendo que atualmente apresenta um peso de 24 Kg e 1,26 metros de altura, resultando no IMC (Índice de Massa Corporal) de 15,1 Kg/m². Situa-se no percentil 10 a 25 relativamente ao peso e no percentil 25 a 50 relativamente á altura. Realiza uma vigilância de saúde adequada. Apresenta o plano nacional de vacinação atualizado.

Aos 18 meses de idade a criança começa a frequentar o jardim de infância, sendo que cerca dos 3 - 4 anos de idade são detetadas alterações ao nível do desenvolvimento motor e de concentração. Inicialmente começou a ser acompanhado pela sua médica de família segundo a mãe do menino O. De acordo com relatório realizado pela psicomotricista a 27 de Agosto de 2016, o menino O. foi encaminhado pela educadora titular para a instituição X em Fevereiro de 2015, para avaliação e despiste de possíveis atrasos no desenvolvimento motor e de atenção.

Após avaliação em psicomotricidade constatou-se uma imaturidade global, sendo que o menino O. revela um atraso psicomotor correspondente a 10 meses, de maior enfoque na coordenação motora global, equilíbrio, planeamento do ato motor, praxia fina e global, com um perfil sensorial caracterizado por um registo pobre ao estímulo e dificuldades de atenção, com escassa autonomia.



Devido à globalidade do quadro clínico o menino O. foi encaminhado para psicologia clínica de modo a ser realizada uma avaliação cognitiva específica. Na avaliação realizada obteve um perfil cognitivo da criança médio/normal para o que seria esperado à sua idade, mas com dificuldade de execução e de organização espacial. Na mesma altura foi encaminhado para consulta de desenvolvimento iniciando acompanhamento em consulta de psicologia.

Em psicomotricidade iniciou um projeto terapêutico com vista à estimulação do desenvolvimento global e das capacidades atencionais. No final do ano de 2015 o registo pobre deixou de ter lugar e surgiram com maior enfoque lacunas na motricidade e comportamento. Por esse mesmo motivo em Fevereiro de 2016 o menino O. começou a frequentar um pequeno grupo terapêutico, com o objetivo de desenvolver competências sociais e de gestão da frustração.

A criança encontra-se atualmente a frequentar o 2º ano de escolaridade, do 1º ciclo, sendo referido que transitou do 1º para o 2º ano com algumas dificuldades assinaladas pela professora titular tais como: dificuldades ao acesso e consolidação de algumas aprendizagens, instabilidade psicomotora, dificuldades práticas e de organização espacial, de atenção e concentração.

Em 2016, segundo o relatório da psicomotricista, o menino O. foi submetido a avaliações na área do comportamento (avaliação de comportamentos desajustados em contexto familiar e escolar), atenção (avaliação da atenção seletiva e de concentração) e funções executivas (avaliação da capacidade de resolução de problemas: planeamento, execução e capacidade de utilizar o *feedback* para resolução de problemas) através da realização de testes específicos direcionados ao menino O., e testes específicos direcionados aos pais e professora.

Através dos resultados obtidos nos diferentes testes verificou-se que, a criança:

- Ao nível do comportamento: mente com frequência para fugir aos problemas, sendo que tem amigos que também se envolvem com frequência em problemas. Por vezes demonstra desinteresse pelos sentimentos dos outros.
- Ao nível de problemas de atenção: por vezes tem dificuldade em ouvir instruções; esquece-se com frequência das coisas; desiste facilmente de aprender algo novo; nem sempre concretiza as tarefas a tempo, nem escuta atentamente; distrai-se facilmente;
- Tem tendência para o isolamento: Nunca está disposto a falar com pessoas novas; por vezes recusa-se a participar em atividades de grupo; Evita o contato com outras crianças sendo ocasionalmente tímido; procura sempre a

proteção dos pais quando está em ambientes estranhos; por vezes muda de direção para evitar encontra-se com outras pessoas.

- Ao nível dos problemas de aprendizagem: com frequência não completa os testes; tem dificuldade em soletrar, tem ocasionalmente dificuldade em escrever; erra algumas vezes por descuido; tem com frequência problemas na área da matemática; completa incorretamente as tarefas por não seguir as instruções; tem com frequência dificuldades na leitura.
- Apresenta alterações relacionadas com ansiedade, como nervosismo frequente, medo e insegurança.
- Apresenta alterações associadas a hiperatividade; distrai-se frequentemente; incomoda os colegas quando estes estão a trabalhar; é excessivamente ativo; por vezes é “apressado” a realizar determinado trabalho que lhe é atribuído; bate repetidamente com o pé ou com o lápis; interrompe os outros quando estão a falar; escuta atentamente, ouve as instruções, mas age sem pensar; Faz muito barulho quando brinca; Fala muito alto; Procura chamar a atenção quando se encontra a fazer os trabalhos escolares ou determinada tarefa.

No global da avaliação tendo em conta todos os testes específicos realizados, é concluído que o menino O. nutre perfil motor marcado por dificuldades na regulação tónica, com rigidez muscular, dificuldade em regular a força (por exemplo: a força que exerce sobre o lápis), presença de sincinesias (gestos que acompanham o movimento, por exemplo: colocar a língua de fora, contração do braço quando chuta uma bola) e reações tónico emocionais (comportamentos desajustados face à situação). Apresenta alterações ao nível da organização espacial como o posicionamento do corpo no próprio espaço, em relação aos materiais e aos outros, com impacto nas aprendizagens, não sabendo orientar-se espacialmente. Apresenta ainda alterações ao nível da coordenação motora dinâmica e na dissociação de movimentos. Todos estas alterações referidas prendem-se essencialmente com a imaturidade motora que a criança apresenta.

Ao nível do contexto escolar identificam-se problemas ao nível de aprendizagem, não por falhas nas funções cognitivas de base, que foram anteriormente confirmadas como preservadas, mas por dificuldades marcadas na focalização da atenção, organização autónoma dos trabalhos, no relacionamento entre tarefas e agitação motora, que são fundamentais à aquisição de aprendizagens em qualquer criança. A mãe do menino O. refere que quando a criança se encontra a realizar os trabalhos de casa facilmente se distrai e procura realizar outras tarefas para “fugir” da atividade que está a realizar no momento, bem como demora bastante tempo para completar os



trabalhos, necessitando de incentivo constante, sendo a mãe que assume principalmente este papel, ajudando o menino O. na realização dos trabalhos de casa. A criança frequenta apoio ao estudo (“explicação”) duas vezes por semana, referindo gostar de frequentar a explicação. Segundo a mãe do menino O. a criança irá repetir o 2º ano, e será integrado nas necessidades educativas especiais. A criança quando por mim questionada acerca da escola, se gostava da escola, referiu não gostar muito da escola e da professora.

Ao nível das capacidades nas funções executivas de acordo com as capacidades avaliadas, a criança revela capacidade para planear a resolução de tarefas que exigem raciocínio. No entanto, tem dificuldade em controlar a impulsividade, na persistência da tarefa e fraca resistência à frustração.

Como alterações/ganhos, verifica-se que o menino O. tem vindo gradualmente a manifestar efeitos na capacidade para criar ligações com os pares, com maior envolvimento afetivo-relacional de qualidade.

No que diz respeito ao acompanhamento por parte da psicóloga, o menino O., é acompanhado desde 2015, sendo constatado no último relatório que o menino O. apresenta grande imaturidade e instabilidade emocional, pouco sentido de responsabilidade, não valorizando as suas potencialidades e divaga facilmente perante dificuldades. A nível cognitivo apresenta um desenvolvimento médio, ligeiramente inferior ao esperado para a sua idade, sendo que a maior dificuldade situa-se ao nível da capacidade de concentração da atenção. As outras dificuldades situam-se ao nível das funções do temperamento e da personalidade, como a responsabilidade e das funções da energia e dos impulsos, como a motivação e o controle dos impulsos. No mesmo relatório é concluído que a criança possui dificuldade grave a nível da capacidade de concentração da atenção, dificuldade grave a nível das funções da energia e dos impulsos e dificuldade moderada a nível da motivação – Classificações realizadas segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Atualmente o menino O. é então acompanhado em consulta de psicomotricidade uma vez por semana, alternando sessões de acompanhamento individual com sessões grupais. É acompanhado em consulta de psicologia, uma vez por mês. Segundo a mãe do menino O. a criança passará a frequentar uma vez por semana consulta de psicologia, na mesma instituição onde frequenta as consultas de psicomotricidade.

A criança é ainda acompanhada pelo médico de família e na consulta de enfermagem de saúde infantil no Centro de Saúde da sua área de residência.

PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados é um instrumento que permite ao enfermeiro individualizar os cuidados perante as necessidades específicas apresentadas pelo cliente/família. Permite a construção de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções consoante as necessidades apresentadas pelo cliente e família promovendo a prestação de cuidados personalizados.

O presente plano de cuidados foi elaborado com recurso á utilização da linguagem CIPE, de acordo com as instruções disponibilizadas pelo guia da UC estágio I, e fundamentado de acordo com a situação e contexto.

De acordo com as alterações verificadas, referidas ao longo do trabalho foram definidos focos de intervenção, sendo o primeiro foco a apresentar considerado prioritário, pois está relacionado com necessidades humanas básicas – o sono, e como já referido alterações a este nível podem ter implicações no estado global da criança.

Os restantes focos de intervenção tornam-se igualmente importantes, sendo relacionados com as alterações ao nível do desenvolvimento apresentadas pela criança, e com o modo da família lidar com esta situação. Considero que ao nível do grau de prioridade apresentam-se em igualdade, com necessidade de uma intervenção por parte da equipa multidisciplinar que acompanha a criança (psicomotricista, psicóloga, enfermeiro, médico de família), para obtenção de resultados efetivos.

Posto isto, os diagnósticos de enfermagem estabelecidos foram:

- Sono comprometido.
- Desempenho escolar comprometido.
- Socialização comprometida.
- Papel parental comprometido.
- Processo familiar comprometido.

<p>Diagnóstico de Enfermagem</p> <p>Sono comprometido</p>	<p>Fundamentação</p> <p>Segundo a CIPE 2.0, sono é definido como: <i>“Repouso: redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.”</i></p> <p>O menino O. apresenta dificuldades em adormecer, sendo necessária a presença da mãe. Dificuldades em adormecer relacionadas com medo (não especificou quais os medos).</p>
<p>Intervenções de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Identificar</u> quais aos medos da criança; - <u>Incentivar</u> os pais a proporcionar um ambiente calmo e seguro; - <u>Diminuir</u> períodos de sesta durante o dia (caso existam); - <u>Ensinar</u> técnicas de relaxamento à criança e pais (por exemplo: lêr um livro, pais podem contar uma história); - <u>Incentivar</u> os pais a evitar situações que causem ansiedade/stress na criança; - <u>Estabelecer</u> rotinas (hora de ir para a cama). <p>Resultados esperados: Sono adequado.</p>	

<p>Diagnóstico de Enfermagem</p> <p>Desempenho escolar comprometido</p>	<p>Fundamentação</p> <p>Segundo a CIPE 2.0, desempenho escolar é definido como: <i>“Capacidade: Capacidade proporcional à idade, para atingir os padrões estabelecidos pela escola e para o ano em que o aluno estuda; associada à saúde do aluno, capacidade para aprender, formas de estudar e qualidade do ensino.”</i></p> <p>Com frequência o menino O. não completa os testes; Apresenta dificuldade em soletrar e tem</p>
--	---

ocasionalmente dificuldade em escrever; Tem com frequência problemas na área da matemática e problemas de leitura; Completa incorretamente as tarefas por não seguir as instruções.

Intervenções de enfermagem

- Incentivar a aprendizagem escolar;
- Demonstrar interesse pela aprendizagem da criança;
- Incentivar os pais para a partilha de informações com o professor da criança, para que este possa fornecer um suporte adequado;
- Incentivar os pais a proporcionar uma zona de estudo tranquila e bem iluminada;
- Apoiar a criança na execução dos trabalhos de casa;
- Ensinar a criança a organizar as tarefas;
- Incentivar os pais ao elogio da criança (reforço positivo) quando obtém sucesso;
- Incentivar à realização de atividades estruturadas (contrariar a passividade);
- Estimular a criança para o desenvolvimento de *hobbies*;
- Incentivar a criança a refletir durante os tempos livres (estimulação do pensamento);
- Incentivar experiências familiares (por exemplo: viagens a locais de interesse);
- Estimular a criança a questionar-se (ajudar a criança a investigar);
- Estimular o pensamento criativo e a resolução de problemas (ajudar a criança a encontrar soluções para os problemas sem terem medo de errar; utilizar mais a recompensa que a punição);
- Incentivar a criança a ler (partilhar interesse pela leitura; frequentar a biblioteca).

As intervenções foram estabelecidas com base nos Cuidados Centrado na Família – *Ajudar as Crianças na Escola* (Rodgers, 2014).

Resultados esperados: Desempenho escolar melhorado.

Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Socialização comprometida	<p>Segundo a CIPE 2.0, socialização comprometida é definida como: <i>“Comportamento interativo: Intercâmbio social mútuo, participar em atividades sociais.”</i></p> <p>O menino O. tem tendência para o isolamento: raramente está disposto a falar com pessoas novas; por vezes recusa-se a participar em atividades de grupo; Evita o contato com outras crianças sendo ocasionalmente tímido; Procura sempre a proteção dos pais quando está em ambientes estranhos; Por vezes muda de direção para evitar encontra-se com outras pessoas.</p>
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Incentivar</u> os pais a planear períodos para a criança estar com os amigos (Rodgers, 2014); - <u>Proporcionar</u> à criança a realização de atividades estruturadas em grupo (Rodgers, 2014; Carvalho, 2006); - <u>Incentivar</u> os pais a planear as atividades conjuntamente com a criança (Rodgers, 2014); - <u>Reforçar</u> a importância do contato com crianças da mesma idade (Carvalho, 2006); - <u>Envolver</u> a criança em situações em que outras são reforçadas para exibirem comportamentos sociais, com o intuito de que a criança passe também a exibilos (Modelagem), por exemplo: demonstrações ao vivo ou ao apresentação pictórica/filme (Carvalho, 2006); - <u>Treinar</u> competências sociais - através de <i>role-plays</i>, figuras, vídeos – que possam ilustrar competências importantes (Carvalho, 2006); - <u>Fornecer</u> instruções à criança para realizar determinada atividade e tarefa, dando <i>feedback</i>, reforço positivo através do elogio (Carvalho, 2006); - <u>Estabelecer</u> tarefas em casa - encoraja o desenvolvimento de competências entre sessões e a prática em situações reais (Carvalho, 2006); - <u>Ensinar</u> técnicas de relaxamento aos pais e criança – as crianças ao relaxarem aquando de problemas sociais, reduz emoções negativas e aumenta a probabilidade de responderem de forma competente (Carvalho, 2006); 	

- Incentivar a criança a expressar as suas emoções e sentimentos, bem como discriminar as emoções e sentimentos dos outros (Carvalho, 2006);
- Ensinar à criança o que são pensamentos negativos e porque são geradores de problemas (Carvalho, 2006);
- Ensinar a criança a identificar quando têm estes pensamentos e ajudar a encontrar outros pensamentos mais positivos (Carvalho, 2006).

Resultados esperados: Socialização melhorada.

Avaliação: No 2º contato com a criança, dia 9 de Junho, a criança conseguiu comunicar e relacionar-se eficazmente, respondendo ao que lhe era questionado. Encontrava-se aparentemente calma, bem-disposta e sorridente. É ainda de referir que quando me encontrava a conversar com a mãe, o menino O. encontrava-se atento, participando na conversa.

Diagnóstico de Enfermagem

Papel parental comprometido

Fundamentação

Segundo a CIPE 2.0, papel parental é definido como: *“Papel de Membro da família: Interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente.”*

A mãe do menino O. refere que o pai da criança apresenta um envolvimento fraco no dia-a-dia da criança, com dificuldades em descentralizar-se dos seus interesses para prestar a devida atenção que a criança necessita.

Intervenções de enfermagem

- Contatar o pai para este estar presente nas consultas de enfermagem;
- Incentivar o pai a realizar atividades com a criança;

- Avaliar as dimensões não consensuais de papel;
- Promover a comunicação expressiva emoções;
- Avaliar as dimensões conflituais no papel;
- Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
- Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;
- Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
- Avaliar saturação do papel (caso exista);
- Explorar as situações geradoras de saturação (Caso exista);
- Promover o envolvimento da família alargada;
- Incentivar os pais a frequentar a formação: *Coaching Parental* (realiza-se na sala de formação do Centro de Saúde do Bonfim, ACES Arrábida, às segundas Quartas-feiras de cada mês, das 9h30 às 11h30).

Resultados esperados: Papel parental melhorado.

Diagnóstico de Enfermagem

Processo familiar comprometido

Fundamentação

Segundo a CIPE 2.0, processo familiar é definido como *"Processo: Interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família.*

A mãe do menino O. refere ter dificuldade em lidar com certos comportamentos do menino O. como por exemplo: a mentira; Pai pouco colaborante nas atividades da criança, inclusive em atividades que promovem o desenvolvimento da criança. Comunicação entre pai e filho pouco eficaz. Conflitos frequentes por alterações na dinâmica familiar devido às alterações comportamentais apresentadas pela criança.

Intervenções de enfermagem

- Avaliar as dificuldades sentidas pela mãe em lidar com comportamentos disfuncionais apresentados pela criança;
- Contatar o pai para este estar presente nas consultas de enfermagem;

- 
- Avaliar os conflitos existentes na família;
 - Promover a comunicação expressiva de emoções;
 - Promover o envolvimento da família;
 - Otimizar a comunicação na família;
 - Otimizar padrão de assertividade;
 - Promover estratégias adaptativas/ *coping*;
 - Promover o suporte da família;
 - Orientar para serviços sociais, caso necessário;
 - Orientar para serviços de saúde (Por exemplo: consulta de psicologia direcionada ao apoio aos pais), caso necessário;
 - Promover o envolvimento da família alargada.

Resultados esperados: Processo familiar melhorado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, R. (2006). Isolamento social nas crianças: propostas de intervenção cognitivo-comportamental. *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 40/3. ISSN: 1681 – 5653.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Acedido a 8 de Junho de 2017 em: <http://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Figueiredo, M. & Martins, M. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Revista Ciência Cuidado e Saúde*, 9(10):552 – 559. Acedido em 8 de Junho de 2017 em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>.
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 11(3):371-375. Acedido em 04 de Junho de 2017 em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>.
- Loureiro, L. (2012). *Relatório de Estágio*. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Acedido em 12 de Junho de 2017 em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10225/1/tese%20mestrado%20%20final.pdf>.
- McCord, S. (2014). Problemas de Saúde na Idade Escolar. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D, Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição – pp.683 – 725). Loures:Lusociência.
- Moita, H. (2015). *Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar – Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido a 12 de Junho de 2017 em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1485/1/Relatorio%20estagio%20II%20mestrado.pdf>.

- Opperman, Cathleen & Cassandra, Katheleen (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE®: Classificação Internacional para a Prática Enfermagem. 2ª Versão. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa. Acedido a 4 de Junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentaoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Acedido a 4 de Junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Rebelo, L. (2007). Genograma familiar: O bisturi do Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23:309-317. Acedido em 8 de Junho de 2017 em:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5655/1/Genograma_Familiar.pdf.
- Rodgers, C. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Escolar e da Família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D, Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição – pp.683 – 725). Loures:Lusociência.
- Silva, L., Bousso, R. & Galera, S. (2009). Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4): 530-534. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Acedido em 8 de Junho de 2017 em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/06.pdf>.
- Simões, S. (2011). *Influência dos estilos educativos parentais na qualidade da vinculação de crianças em idade escolar e diferentes tipos de família*. Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal. Acedido em 12 de Junho de 2017 em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56783/2/Tese%20PhD%20Sonia%20Simo.es.pdf>.



APÊNDICE VII – Folheto: Prevenção de acidentes em casa no 1º mês de vida.

COMO ATUAR EM CASO DE A SFIXIA/ENGASGAMENTO

1



Segure o bebé de barriga para baixo, com a cabeça mais baixa que o tronco, apoiando-o na coxa.



2



Aplique até 5 pancadas, secas, nas costas, entre as duas omoplatas, com a base da mão, usando uma força adequada ao tamanho da criança.



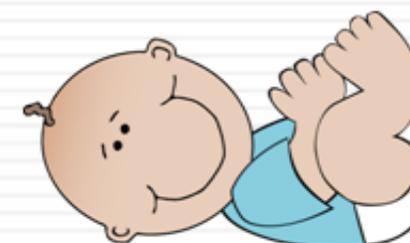
Se não conseguiu deslocar o objeto e remover o corpo estranho, e o bebé continua consciente, passe à aplicação de compressões torácicas – Coloque a ponta de dois dedos sobre a metade inferior do esterno do bebé e comprima o tórax até cerca de 1/3 da sua altura.

Repita todo o procedimento se necessário até resolver a situação e chame ajuda (Grite por ajuda, ligue 112)

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

EM CASA

1º MÊS DE VIDA



Elaborado por: Enf.ª Cláudia Tapadas

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



No primeiro mês de vida o comportamento do bebê é maioritariamente reflexivo. No final do 1º mês o bebê já tenta levantar a cabeça quando deitado de barriga para baixo, olha para objetos que estejam a 20 cm de distância e responde a barulhos movimentando rapidamente os braços e pernas e com o piscar de olhos. Ao longo do seu desenvolvimento vai aumentando a curiosidade, e adquire competências que lhe permitem explorar o meio que o rodeia. Assim ficam expostos a riscos, sendo fundamental a supervisão dos pais/cuidadores para prevenir a ocorrência de acidentes.

PREVENÇÃO DE QUEDAS

- Mantenha o bebê sempre vigiado, para que nunca fique sozinho.
- Coloque a cadeira de sistema de retenção ("ovo"), espreguiçadeira no chão. Nunca em cima de móveis, cadeiras, sofás, cama, etc.
- Aperte sempre o amês (cintos) quando o bebê estiver no ovo, na espreguiçadeira, no carrinho de passeio.
- Quando outras crianças pegam no bebê deve sempre existir a supervisão de um adulto.
- Sacos ou outros objetos não devem ser pendurados no carrinho, pois ao fazerem peso podem virá-lo.
- No caso de ter cama de grades deve certifique-se que as grades têm o mínimo de 60 cm de altura e o máximo de 6 cm de distância entre as barras.

- Garanta que o muda, fraldas ou outro móvel utilizado para o efeito é estável.

- Quando mudar a fralda, dar banho, vestir o bebê, garanta que tem todo o material necessário ao seu alcance para nunca deixar o bebê sozinho.

PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS

- Ao preparar o banho coloque primeiro a água fria e só depois a quente. A temperatura da água do banho deve rondar os 37°C.

- Teste a temperatura do banho antes de molhar o bebê. Verifique a temperatura da água com o cotovelo ou com o termómetro.

- Antes de dar leite pelo biberão verifique a temperatura do leite no pulso.

- Não transporte nem ingira líquidos ou alimentos quentes com o bebê ao colo.

- Não cozinhe com o bebê ao colo.



PREVENÇÃO DE ASFIXIA/ESTRANGULAMENTO

Medidas de prevenção:

- Deve deitar o bebê de costas, com os pés encostados ao fundo da cama, para que a roupa de cama fique à altura dos ombros, para que não cubra a cabeça do bebê.

- Não coloque almofadas, fraldas, brinquedos, laços ou fitas na cama, nem fios ao pescoço do bebê, pois podem asfixiar.

- O colchão da cama deve estar firme e bem ajustado para que não fique espaço entre o mesmo e a cama.

- Caso coloque proteção almofadada na cama, esta deve estar bem presa às grades.

- Evite colocar o berço/cama junto a janelas com estores ou candeeiros, pois o bebê pode estrangular com os fios pendurados.





Referências Bibliográficas

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] (2014). Consultas de Saúde Infantil - Orientações técnicas para a prevenção de acidentes.
- Wheeler, J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. In Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 240 - 287). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do lactente e da Família. In Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 540 - 549). Loures: Lusociência.



APÊNDICE VIII – Revisão sistemática da literatura: A influência parental na ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças.
(Aguarda publicação em revista científica)

A INFLUÊNCIA PARENTAL NA OCORRÊNCIA E PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS EM CRIANÇAS.

Cláudia Tapadas¹, Ana Ramos²

¹ Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Hospital São Bernardo, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

² Professora Doutora em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo: Os acidentes são considerados um problema de saúde pública, sendo intencionais ou não, são considerados a 4ª causa de morte mais comum na Europa. O presente artigo tem como objetivo identificar os fatores relacionados com o comportamento parental e contexto familiar que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças. A pesquisa foi realizada nas bases de dados EBSCOhost® e PubMed® e de forma a complementar a pesquisa, foram ainda utilizados os motores de busca Google® e Google Scholar®. Aos estudos selecionados utilizando a metodologia PI[C]OS foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica, por dois revisores independentes, através da aplicação das grelhas de Joanna Briggs. Foram incluídos 7 artigos onde se constatou que supervisão parental inadequada é apontada na maior parte dos estudos analisados como um fator que influencia a ocorrência de acidentes no domicílio. São também identificados outros fatores: supervisão interrompida por distrações, fadiga materna, presença de irmãos mais velhos, dificuldade em adaptar as casas, falta de confiança nos equipamentos de segurança e o seu custo, e fornecimento de informações tardias acerca da segurança infantil. A identificação dos fatores que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças, permite delinear estratégias/intervenções a desenvolver juntos das crianças, pais e família, sendo o enfermeiro um dos profissionais de saúde habilitado para desenvolver intervenções neste domínio, quer em contexto de cuidados de saúde primários, quer em contexto hospitalar. Permitirá ainda que futuramente sejam desenvolvidos estudos com foco em estratégias preventivas mais objetivas e com exequibilidade na prática.

Palavras-chave: acidentes domésticos, lesões não-intencionais, crianças, pais, prevenção.



Abstract: Accidents, whether intentional or not, are considered as a public health issue, as well as the 4th most common cause of death in Europe. The following article has the purpose of identifying the correlated factors with the parental behavior and family context which contribute to the occurrence and prevention of domestic accidents involving children. The research was made through EBSCOhost® and PubMed® data bases, and to complement the research, Google® and Google Scholar® were also used. On the selected studies using the PI[C]OS methodology, it was conducted a methodological evaluation, by two independent reviewers, through the application of the Joanna Briggs' grids. 7 articles were analysed, where it was mentioned that the inadequate parental supervision is pointed out in most of the analysed studies as a factor that influences the occurrence of domestic accidents. Other factors have also been identified: interrupted supervision due to distractions, maternal fatigue, presence of older siblings, struggle in adapting the households, lack of confidence in safety devices and their cost, and the late supply of information regarding child safety.

The identification of the factors that contribute to the occurrence and prevention of domestic accidents in children allows us to outline strategies/interventions that are to be developed together with children, parents and family. Being the nurse one of the health professionals qualified to develop interventions in this field, whether in a primary health care or hospital setting. This will also allow future studies to be developed with a focus on preventive strategies that are more objective and feasible in practice.

Keywords: domestic accidents, unintentional injuries, child, parents, prevention.

Introdução

As crianças constituem um grupo particularmente vulnerável à ocorrência de acidentes, pela própria curiosidade em explorar o meio que as rodeia, inerente ao próprio desenvolvimento e aquisição de competências.

Os acidentes são considerados um problema de saúde pública, sendo intencionais ou não, são considerados a 4ª causa de morte mais comum na Europa, com grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social, mas também, com implicações relevantes na vida pessoal e familiar das vítimas (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010).

Acidente pode ser definido como: qualquer acontecimento independentemente da vontade do homem, que se caracteriza pela libertação súbita de uma força externa, que pode manifestar-se por lesões corporais (World Health Organization [WHO], 2006).

De acordo com a United Nations Children's Fund (UNICEF), todos os anos morre 1 milhão de crianças vítimas de acidentes, sendo 90% destes decorrentes de lesões não intencionais. Mais de 10 milhões necessitam de tratamento hospitalar por acidentes



não-fatais e muitas delas ficam com incapacidade física ou danos cerebrais. Os acidentes afetam as crianças de todas as faixas etárias, mas o grupo que constitui maior risco são as crianças com idade inferior a 5 anos (UNICEF, 2010).

Em Portugal, o sistema EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, criado no ano 2000, é um sistema de recolha e análise de dados sobre acidentes domésticos e de lazer (ADL) que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde, sendo coordenado pelo departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Através dos dados obtidos é possível estabelecer uma base de apoio para a definição de políticas de prevenção baseadas na evidência. Durante os anos analisados, segundo o relatório 2009 – 2012, o local de ocorrência mais referido nos ADL foi o domicílio. Na distribuição da percentagem de ADL ocorridos no domicílio por grupo etário e sexo, os valores mais elevados surgem nas idades extremas, sendo verificada no sexo masculino entre os 0 e os 4 anos de idade (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014).

As quedas destacam-se como a maior causa de ADL (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014), sendo que no grupo etário dos 0 aos 14 anos de idade foi o mecanismo de lesão mais repetido (DGS, 2010). Para além das quedas nas crianças destacam-se ainda os afogamentos, queimaduras, intoxicações e asfixia (DGS, 2010).

De entre os fatores que influenciam esta problemática, a distração ou falta de supervisão dos pais são apontados como fatores determinantes na ocorrência de acidentes nas crianças, ou seja, o próprio comportamento humano. Outros aspetos relacionados com os pais, são também apontados como fatores favoráveis para a ocorrência de acidentes, tais como: o desemprego e o baixo nível de escolaridade (Ramos & Nunes, 2012).

Ramos, Nunes & Nogueira (2013), numa revisão sistemática da literatura acerca dos fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças, concluíram que existem diferentes fatores de risco que têm por base um paradigma socioecológico, podendo ser agrupados em quatro dimensões: criança, cuidador principal/família, comportamentos de risco e ambiente. Relativamente à dimensão criança, verificou-se que algumas características da própria criança concorrem para um aumento do risco de lesões não intencionais, bem como crianças do sexo masculino apresentam um maior risco. Na dimensão cuidador principal/família sabe-se que os cuidadores são considerados como modelos para a criança. As crianças de famílias com menos rendimentos e pertencentes a um nível socioeconómico desfavorável apresentam maior risco de lesão não intencional, o que tem sido explicado pelo facto de, possivelmente as crianças poderem estar sujeitas a mais perigos e expostas a



espaços com menos segurança, aliados à inadequada supervisão dos pais. A delegação da supervisão aos irmãos mais velhos também contribui para um aumento do risco da ocorrência de lesões. As habilitações/literacia do cuidador também tem sido associado a uma maior ou menor ocorrência de acidentes. Habilitações/literacia mais elevada é associada a presença de menores riscos em casa, bem como, a adoção de práticas de segurança e eficiente identificação de riscos. Os comportamentos de risco estão relacionados com a presença de perigos ao alcance da criança (fácil acesso da criança a medicamentos e outros produtos tóxicos; acessos a áreas da casa que constituam perigo para a criança, etc.). A dimensão ambiente encontra-se relacionada com as próprias condições da habitação e organização da mesma, e como essas condições podem influenciar a ocorrência de acidentes (Ramos, Nunes & Nogueira, 2013). Para intervir eficazmente na prevenção de acidentes torna-se primordial conhecer as suas causas. Os enfermeiros apresentam-se estrategicamente posicionados para contribuir para a redução da ocorrência de acidentes domésticos nas crianças (Ramos & Nunes, 2012).

Conhecer o contexto e dinâmica familiar, bem como, o que pais sabem acerca dos acidentes no domicílio, permite ao enfermeiro trabalhar em parceria com a família respeitando a sua dinâmica familiar, com recurso a estratégias de educação para a saúde. Ressalva-se ainda que, para prevenir a ocorrência de acidentes deve capacitar-se os pais, orientando-os para medidas preventivas de acordo com estadios de desenvolvimento da criança (Brito & Rocha, 2015). A intervenção do enfermeiro é tão mais eficaz quanto mais empowerment existir em todos os envolvidos – enfermeiros, famílias e crianças (Ramos & Nunes, 2012).

Deste modo, com a realização deste artigo pretende-se identificar os fatores relacionados com o comportamento parental e contexto familiar que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças.

A questão de investigação foi formulada utilizando o acrónimo PI[C]OS (população, intervenção, comparação, outcomes), de acordo com o Centre for Reviews and Dissemination (2009).

Questão de investigação: Quais os fatores relacionados com o comportamento parental e contexto familiar que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças?

Metodologia

Foi realizada revisão sistemática da literatura, sendo esta metodologia, considerada a mais ampla abordagem metodológica, dado que permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos de natureza quantitativa e qualitativa. Possibilita a síntese de

conhecimentos acerca de determinado tema e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

A evidência científica conduz à construção de uma reflexão crítica e construtiva da prática em Enfermagem, contribuindo para o seu desenvolvimento em prol da qualidade dos cuidados. Os enfermeiros devem refletir, avaliar e modificar a sua prática clínica, com base em conhecimentos adquiridos pela pesquisa sistemática na área da saúde, adotando uma prática baseada na evidência. A pesquisa deve ser efetuada através de um formato sistematizado, de modo a obter dados confiáveis (Polit & Beck, 2011).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados integradas na EBSCOhost® e PubMed®. De forma a complementar a pesquisa, foram ainda utilizados os motores de busca Google® e Google Scholar®.

Para seleção dos estudos foi utilizada a metodologia PI[C]OS. Os descritores utilizados foram confirmados na plataforma DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) bem como outras palavras-chave, sinónimos e conceitos relacionados, que não se encontravam catalogados, com recurso à interseção entre os mesmos através de operadores booleanos (*domestic accidents OR residential injuries OR home unintentional injuries AND prevention AND parents AND child*).

Como delimitadores de busca foram estabelecidos: artigos com texto completo (acesso gratuito), num intervalo temporal de 2007 a 2017, publicados em português e inglês.

Foram definidos critérios de inclusão e critérios de exclusão - Critérios de inclusão: estudos empíricos que apresentem nos seus resultados fatores relacionados com o comportamento parental e contexto familiar que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças e cujos participantes foram pais de crianças saudáveis. Critérios de exclusão: estudos não-empíricos; estudos acerca de maus-tratos em crianças, acidentes rodoviários e violência; estudos em que os participantes foram: cuidadoras de crianças, pais de crianças não saudáveis; estudos que não apresentem resultados sobre fatores relacionados com o comportamento parental e contexto familiar que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças.

Resultados

A pesquisa foi realizada durante o mês de dezembro de 2017, nas bases de dados referidas anteriormente. Da pesquisa realizada nas bases de dados tendo em conta os descritores e os delimitadores de busca definidos obteve-se um total de 37 artigos. Foram ainda encontrados mais 4 artigos ao nível do Google® e Google Scholar® com

aparente interesse para o estudo, obtendo-se um total 41 artigos para análise, visto não serem encontrados artigos repetidos. Após análise crítica de títulos e resumos e tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 10 artigos que foram submetidos a análise e avaliação crítica através da sua leitura na íntegra. Após esta última análise, foram ainda excluídos 3 artigos tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão (Figura 1).

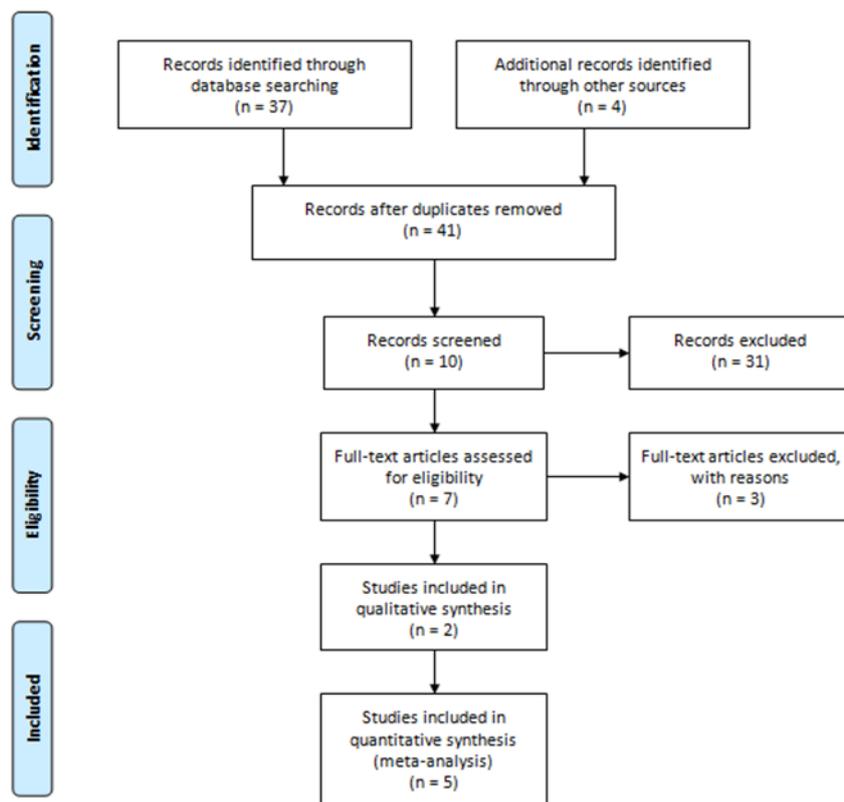


Figura 1 - Prisma 2009 Flow Diagram.

O Joanna Briggs Institute (JBI) considera que os cuidados de saúde devem ser baseados na evidência, promovendo a viabilidade, adequação, significado e eficácia das práticas de saúde, desenvolvendo teorias, metodologias e processos rigorosos para a avaliação crítica e síntese de evidências, avaliando a sua aplicabilidade através de ferramentas padronizadas, garantido que apenas evidências com qualidade metodológica são incluídas (JBI, 2016).

Aos artigos selecionados, foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica, por dois revisores independentes, através da aplicação das grelhas de Joanna Briggs, considerando-se que, para serem incluídos nesta revisão integrativa deveriam cumprir 50% dos itens (JBI, 2016).

No quadro seguinte (Quadro 1) é apresentada uma síntese dos estudos selecionados para a presente revisão sistemática da literatura.

Objetivos	Desenho de estudo / Método	Participantes	Resultados/Conclusões
[E1] Younesian, S., Mahfoozpour, S., Shad, E., Kariman, H. & Hatamabadi, H. (2016). Unintentional Home Injury Prevention in Preschool Children; a Study of Contributing Factors. <i>Emergency</i> . 4 (2): 72-77.			
Avaliar os fatores que contribuem para a prevenção da ocorrência de lesões não intencionais no domicílio em crianças na idade pré-escolar que tenham recorrido ao departamento de emergência.	Estudo quantitativo, transversal prospectivo / Questionário.	230 mães de crianças em idade pré-escolar que recorreram ao departamento de urgência Imam Hossein and Shohadaie-Hafte-Tir Hospitals, por ocorrência de lesões não intencionais no domicílio entre Março de 2011 e Fevereiro de 2012.	56,09% das mães não aplicaram medidas preventivas; Atitudes inadequadas por parte das mães, a ausência de casa ≥ 8 horas, e ter pelo menos 3 crianças foram obstáculos à aplicação de medidas preventivas. 58,26% das mães tiveram atitudes apropriadas em relação à adoção de medidas preventivas.
[E2] Durães, M., Toriyama, Á. & Maia, L. (2012). O conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos. <i>Revista Científica de Enfermagem</i> . 2(6): 5-12.			
Avaliar o conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos.	Estudo quantitativo, descritivo, transversal/ Formulário.	50 pais (18% sexo masculino; 82% do sexo feminino) de crianças que compareceram no Hospital privado localizado na região central da cidade de São Paulo.	76% dos entrevistados refere a falta de cuidados/vigilância como a principal causa dos acidentes domésticos.
[E3] Dias, J., Costa, S. & Martins, S. (2013). Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos. <i>Acta Pediátrica Portuguesa</i> . 44(6): 277-82.			
Analisar a utilização de medidas de prevenção de acidentes pelos pais, e a frequência com que informação sobre	Estudo quantitativo/ Distribuição de questionários anónimos a todos os pais/encarregados de educação.	Pais / Encarregados de educação, de crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 6 anos de idade a frequentar um	Os pais quanto à importância que atribuem ao assunto “prevenção de acidentes em crianças”, 95,1% consideram este tema muito importante, 3,3% importante e 1,6% pouco importante. A maioria dos pais (50,6%) considera ter informação adequada sobre este tema, 44,1% suficiente e apenas 5,3%

<p>este tema é veiculada nas consultas de saúde infantil pelos pediatras e médicos de família.</p>		<p>infantário público no centro de Braga.</p>	<p>afirma ter poucos conhecimentos sobre o assunto.</p> <p>Em casa, as medidas de proteção mais referidas são por ordem decrescente: a escolha de brinquedos recomendados para a idade da criança (93,9%), a colocação de substâncias perigosas em locais inacessíveis (92,7%), a utilização de grades para a cama (79,2%), protetores de tomadas (73,5%), grades para proteção de varandas e parapeitos (73,5%), preocupação em vestir a criança com tecidos não inflamáveis (73,1%), diminuição da temperatura da água corrente regulando o esquentador/caldeira (66,3%).</p> <p>As medidas menos utilizadas são: dispositivos que impeçam acesso a escadas (53,5%), a janelas ou varandas (52,7%), fechos de segurança que impeçam a abertura de armários ou gavetas (40,8%) e protetores de esquinas (34,3%).</p> <p>Dos pais que afirmaram ter piscina ou tanque em casa ou que a criança frequenta com regularidade um ambiente com estas características (p.e. casa dos avós), 68% afirmaram ter o local protegido com barreira física, não tendo sido possível avaliar a tipologia e adequação técnica.</p> <p>Os pais que recorrem ao pediatra consideram com mais frequência ter conhecimentos adequados sobre este tema, relativamente aos pais que consultam o médico de família (55% vs 42%), bem como os pais licenciados comparados com pais com menos de 12 anos de escolaridade (65,4% vs 43,3%).</p> <p>A maioria dos pais com escolaridade superior utiliza a internet ou a imprensa como fontes de informação (79,3% e 51,6% respetivamente).</p>
<p>[E4] Ablewhite, J., Peel, I., McDaid, L., Hawkins, A., Goodenough, T., Deave, T., Stewart, J. & Kendrick, D. (2015b). Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. BMC Public Health.15:280.</p>			
<p>Identificar os principais facilitadores e barreiras para que os pais mantenham os seus filhos a salvo de lesões não intencionais dentro de casa.</p>	<p>Estudo qualitativo / Entrevistas semiestruturadas.</p>	<p>Pais de crianças com idade inferior a 5 anos, que já participaram em estudos caso-controlo multicêntrico.</p>	<p>Barreiras à prevenção de lesões: não anteciparem o risco e as consequências de alguns comportamentos de risco; percepção de que algumas lesões eram uma parte inevitável do desenvolvimento infantil; Supervisão interrompida por distrações, fadiga materna, presença de irmãos mais velhos, dificuldade em adaptar as casas; falta de confiança nos equipamentos de segurança e o seu custo; Fornecimento de infor-</p>

<p>Desenvolver uma compreensão das percepções dos pais sobre o que poderia ajudá-los a implementar atividades de prevenção de lesões.</p>			<p>mações de segurança mais tarde do que o necessário em relação à idade e ao desenvolvimento da criança. Facilitadores à prevenção de lesões: ensinar as crianças sobre os riscos de lesão; Adaptar a casa instalando equipamentos de segurança; Remover perigos. Alguns pais sentiram necessidade de aprender sobre lesões através das experiências de outros pais, considerando que pode ajudar a antecipar os riscos de lesão.</p>
---	--	--	--

[E5] Qiu, X., Wacharasin, C., Deoisres, W., Yu, J. & Zheng, Q. (2014). Characteristics and predictors of home injury hazards among toddlers in Wenzhou, China: a community-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 14:638.

<p>Descrever as características das casas com perigos; Explorar a relação prevista entre crianças, pais e fatores familiares com os riscos no domicílio em crianças com idade entre os 24 e os 47 meses em Wenzhou na China.</p>	<p>Estudo quantitativo, estudo transversal / 4 instrumentos avaliaram os riscos no domicílio, características demográficas, consciência dos pais acerca dos acidentes no domicílio, bem como o funcionamento da família.</p>	<p>Amostragem aleatória para selecionar 366 pais, entre março e abril de 2012, com filhos de idades compreendidas entre os 24 e os 47 meses, de 13 jardins-de-infância.</p>	<p>A idade da criança e o funcionamento familiar foram preditores de exposição para os perigos domésticos. Crianças mais velhas e crianças onde exista um baixo funcionamento familiar (funcionamento familiar foi definido operacionalmente pelo grau de ajuda/apoio entre os membros da família e a sua capacidade para resolver problemas) foram expostas a um maior número de riscos domésticos. Crianças migrantes também foram expostas a um maior número de riscos domésticos comparativamente com crianças locais.</p>
--	--	---	--

[E6] Schmertmann, M., Williamson, A., Black, D. & Wilson, L. (2013). Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1 – 3 years in NSW Australia: a case-control study. *BMC Pediatrics* 13:88.

<p>Investigar uma ampla gama de fatores de risco potenciais para intoxicação involuntária em crianças com idades entre 1-3 anos usando metodologias apropriadas.</p>	<p>Estudo quantitativo, estudo caso-controlo. Todas as díades mãe-filho participaram num rastreio de desenvolvimento infantil e observação com a duração de 1h30. As mães responderam a questionários</p>	<p>4 grupos de crianças e respetivas mães - um grupo de casos e 3 grupos de controlo. Crianças inscritas no Departamento de Emergência Hospitalar Sydney Children's de 22 de fevereiro de 2005 a 14 de janeiro de 2007. Outro grupo</p>	<p>Crianças cujas mães usavam mais controlo positivo nas suas interações durante uma tarefa estruturada, tinham maior probabilidade de envenenamento. Dois modelos mostraram que o sofrimento psiquiátrico materno aumentou o risco de envenenamento. Os modelos individuais identificaram as seguintes variáveis como fatores de risco: menor supervisão materna proximal durante atividades de risco; substâncias medicinais armazenadas em locais acessíveis.</p>
--	---	---	--

	em casa, que foram submetidos a uma análise multivariada.	é constituído por crianças saudáveis pertencentes à comunidade local inscritos no estudo de 18 de setembro de 2005 a 31 de outubro de 2006.	
[E7] Ablewhite, J., McDaid, L., Hawkins, A., Peel, I., Goodnough, T., Deave, T., ... Kendrick, D. (2015a). Approaches used by parents to keep their children safe at home: a qualitative study to explore the perspectives of parents with children aged under five years. <i>BMC Public Health</i> .15:983.			
Explorar as abordagens utilizadas por pais de crianças menores de 5 anos para ajudar a evitar lesões acidentais no domicílio, e os fatores que influenciam a sua utilização.	Estudo qualitativo multicêntrico / entrevistas semiestruturadas.	65 pais de crianças menores de 5 anos, das 4 áreas de estudo: Bristol, Newcastle, Norwich e Nottingham.	Três principais estratégias de prevenção de lesões utilizadas pelos pais foram: a) ambiente – redução de perigos e uso de equipamentos de segurança; b) supervisão parental; c) ensinar as crianças sobre segurança, e uso de regras e rotinas. As estratégias foram frequentemente utilizadas em combinação devido às suas limitações individuais. A avaliação parental do risco de lesão, o uso de estratégias e a eficácia percebida foram processos fluidos dependentes do carácter da criança, do estadio de desenvolvimento e de experiências anteriores de pais e filhos. Alguns pais eram mais proativos na sua abordagem em relação à segurança doméstica, enquanto outros só reagiram se os filhos demonstrassem interesse num objeto particular ou atividade percebida como sendo um risco de lesão. As práticas de prevenção de lesões pelos pais abrangem uma série de estratégias de acordo com a idade e estadio de desenvolvimento da criança. No entanto, os pais referem que ainda acham difícil decidir qual estratégia utilizar e quando.

Quadro 1 – Síntese dos estudos seleccionados.

Discussão

Através da leitura e análise dos estudos verificou-se que o comportamento parental e o próprio contexto familiar influenciam a ocorrência e/ou prevenção de acidentes no domicílio. Foram identificadas barreiras/ obstáculos à aplicação de medidas preventivas por parte dos pais, tais como: atitudes inadequadas por parte das mães, ausência de casa num período superior a 8 horas, ter pelo menos 3 crianças (Younesian et al., 2016), menor supervisão materna durante atividades de risco (Schmertmann, Williamson, Black & Wilson, 2013), os pais não anteciparem o risco e as consequências de



alguns comportamentos de risco, percepção de que algumas lesões eram uma parte inevitável do desenvolvimento infantil, supervisão interrompida por distrações, fadiga materna, presença de irmãos mais velhos, dificuldade em adaptar as casas, falta de confiança nos equipamentos de segurança e o seu custo, e fornecimento de informações de segurança mais tarde do que o necessário em relação à idade e ao desenvolvimento da criança (Ablewith, 2015b). Em famílias onde existia um baixo funcionamento familiar (funcionamento familiar foi definido operacionalmente pelo grau de ajuda/apoio entre os membros da família e a sua capacidade para resolver problemas), ou seja, em famílias com baixa coesão familiar e menor capacidade de adaptação, e por conseguinte mais sujeitas a conflitos familiares e stress, em que os pais estão mais propensos a distrações, as crianças foram expostas a mais riscos no domicílio. Crianças migrantes também foram expostas a um maior número de riscos no domicílio, explicado pelo facto de viverem em famílias mais extensas, tendo mais irmãos comparativamente a famílias locais, famílias com baixos rendimentos, vivendo em casas com menos condições habitacionais. Tudo isto pode contribuir para uma menor supervisão parental e consequentemente uma maior exposição a perigos no domicílio (Qiu, Wacharasin, Deoisres, Yu & Zheng, 2014). No estudo realizado por Durães, Toriyama & Maia (2012) para a maioria dos pais entrevistados a falta de cuidados e vigilância são a principal causa dos acidentes domésticos em crianças. Alguns destes resultados vão de encontro aos resultados obtidos em estudos realizados acerca da problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças, em que as crianças de famílias com menos rendimentos e pertencentes a um nível socioeconómico desfavorável apresentam maior risco de lesão não intencional, o que tem sido explicado pelo facto de, possivelmente as crianças poderem estar sujeitas a mais perigos e expostas a espaços com menos segurança, aliados à distração ou falta de supervisão dos pais (Ramos & Nunes, 2012; Ramos, Nunes & Nogueira, 2013).

No estudo realizado por Dias, Costa & Martins (2013), a maioria dos pais consideram a prevenção de acidentes em crianças um tema muito importante. Os pais licenciados consideram ter com maior frequência conhecimentos adequados acerca deste tema, comparativamente aos pais com escolaridade inferior ao 12º ano. As medidas de prevenção mais utilizadas pelos pais foram: escolha de brinquedos adequados à idade da criança, colocação de substâncias perigosas em locais inacessíveis, utilização de grades nas camas, grades para proteção de varandas e parapeitos de janelas, vestir a criança com tecidos não inflamáveis e diminuição da temperatura da água corrente através da regulação do esquentador/caldeira.

No estudo de Ablewith et al. (2015a) as três principais estratégias de prevenção de acidentes utilizadas pelos pais foram: a redução de perigos e uso de equipamentos de



segurança - resultados que corroboram com o estudo anterior; supervisão parental; realização de ensinamentos dirigidos às crianças acerca de medidas de segurança e uso de regras. Ainda o mesmo autor, mas em outro estudo, conclui que para além de ensinar as crianças sobre os riscos de lesão, adaptar a casa instalando equipamentos de segurança e remover perigos são consideradas medidas facilitadoras à prevenção de lesões (Ablewith et al., 2015b).

Com a análise de alguns dos estudos foi ainda possível constatar que os pais sentem necessidade de aprender acerca desta problemática, pelo que consideraram que aprender através das experiências de outros pais, pode antecipar o risco de ocorrência de lesões (Ablewith et al., 2015b). Também foi apontada como dificuldade sentida pelos pais, decidir qual estratégia e quando a utilizar, para prevenir determinado acidente (Ablewith et al., 2015a).

Conclusão

A problemática dos acidentes domésticos em crianças é um tema bastante abrangente, sendo que a ocorrência e prevenção dos mesmos é influenciada por diversos fatores. Fatores relacionados com aspetos inerentes ao próprio desenvolvimento da criança e curiosidade pelo que a rodeia, aspetos relacionados com o ambiente e com o contexto familiar. Sabe-se que existem consequências decorrentes da ocorrência de acidentes que podem ser graves, com sequelas tanto a nível físico como a nível emocional.

Nesta revisão sistemática da literatura tentou perceber-se quais os fatores relacionados com o comportamento parental e contexto familiar que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças. Conclui-se que a supervisão parental inadequada é apontada na maior parte dos estudos analisados como um fator que influencia a ocorrência de acidentes no domicílio. São ainda mencionados outros fatores relacionados com as próprias condições da habitação, a inexistência de medidas e meios de segurança e a própria falta de conhecimento dos pais acerca de medidas preventivas. Verifica-se ainda que, apesar de alguns locais onde foram desenvolvidos os estudos incluídos na revisão serem bastante diferentes a nível cultural, os resultados obtidos são bastante semelhantes.

Embora o objetivo da presente revisão sistemática tenha sido alcançado, considera-se que uma das limitações do estudo é a amostra total de estudos incluídos ser reduzida, possivelmente relacionado com os critérios de pesquisa tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos, bem como a limitação do horizonte temporal de pesquisa.



Apesar da limitação identificada, considera-se que a revisão efectuada é fundamental, visto que, a identificação dos fatores relacionados com o comportamento parental e contexto familiar que contribuem para a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças, permite delinear estratégias/intervenções a desenvolver juntos das crianças, pais e família, sendo o enfermeiro um dos profissionais de saúde habilitado para desenvolver intervenções neste domínio, quer em contexto de cuidados de saúde primários, quer em contexto hospitalar. Alguns dos estudos analisados referem existir a necessidade de aumentar o nível de conhecimentos dos pais acerca de medidas preventivas (Younesian et al., 2016), promover ações educativas à população em geral, com o objetivo de reduzir o número de acidentes que ocorrem no domicílio (Durrães, Toriyama & Maia, 2012) bem como é sugerido que os prestadores de cuidados de saúde concentrem a sua atenção em famílias mais vulneráveis ajudando-as a avaliar os riscos existentes no domicílio (Qiu et al., 2014). Ao capacitar os pais/família através da elaboração de um plano de intervenção de enfermagem individualizado tendo em conta os fatores de risco para a ocorrência de acidentes no domicílio e identificadas as principais dificuldades/limitações da família em adotar medidas preventivas, poderá promover-se a segurança e prevenir-se consequências graves da ocorrência deste tipo de acidentes. Simultaneamente contribui-se para uma redução do número de recorrências aos serviços de urgência, com subsequente diminuição dos gastos em saúde.

Sem dúvida, que o conhecimento dos fatores de risco associados à ocorrência de acidentes domésticos permitirá que futuramente sejam desenvolvidos estudos com foco em estratégias preventivas mais objetivas e com exequibilidade na prática.

Referências bibliográficas

Ablewhite, J., McDaid, L., Hawkins, A., Peel, I., Goodnough, T., Deave, T., ... Kendrick, D. (2015a). Approaches used by parents to keep their children safe at home: a qualitative study to explore the perspectives of parents with children aged under five years. *BMC Public Health*.15:983. doi: 10.1186/s12889-015-2252-x.

Ablewhite, J., Peel, I., McDai, L., Hawkins, A., Goodenough, T., Deave, T., Stewart, J. & Kendrick, D. (2015b). Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. *BMC Public Health*.15:280. doi: 10.1186/s12889-015-1547-2.

Brito, M. & Rocha, S. (2015). A criança vítima de acidentes domésticos sob o olhar das teorias de enfermagem. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 7(4): 3351-3365. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4. 3351-3365.

Dias, J., Costa, S. & Martins, S. (2013). Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 44(6): 277-82. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/3490/2756>.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <file:///C:/Documents%20and%20Settings/alertchs/Ambiente%20de%20trabalho/i015754.pdf>.

Durães, M., Toriyama, Á. & Maia, L. (2012). O conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos. *Revista Científica de Enfermagem*. 2(6): 5-12. doi: <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2177-157X.2012.2.6.5-15>.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia (2014). Evita 2009 – 2012, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes. Relatório 2009 – 2012. Lisboa: INSA. ISBN: 978-989-8794-00-0. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf.

Joanna Briggs Institute [JBI] (2016). The JBI Approach. Disponível em <http://joannabriggs.org/JBI-APPROACH.HTML#TABBED-NAV=JBI-APPROACH>.

Polit, D. & Beck, C. (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. Porto Alegre: Artmed.

Qiu, X., Wacharasin, C., Deoisres, W., Yu, J. & Zheng, Q. (2014). Characteristics and predictors of home injury hazards among toddlers in Wenzhou, China: a community-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 14:638. doi: 10.1186/1471-2458-14-638.

Ramos, A. & Nunes, L. (2012). Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças. *Percursos*, 26, 41 – 48. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9252/1/Revista%20Percursos%20n26_A%20problem%C3%A1tica%20dos%20acidentes%20em%20ambiente%20dom%C3%A9stico%20e%20familiar%20nas%20crian%C3%A7as.pdf.

Ramos, A., Nunes, L., Nogueira, P. (2013). Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, nº11. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1226>.



Schmertmann, M., Williamson, A., Black, D. & Wilson, L. (2013). Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1 – 3 years in NSW Australia: a case-control study. *BMC Pediatrics*. 13:88. doi: 10.1186/1471-2431-13-88.

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (1): 102 – 106. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.

United Nations Children´s Fund [UNICEF] (2010). Why is important to share and act on information about injury prevention. *Facts for life*, 4, 163 – 177. Disponível em <http://www.factsforlifeglobal.org/00/text.html>.

World Health Organization [WHO] (2006). Injuries and Violence in Europe – why they matter and what can be done. Copenhaga: World Health Organization. ISBN 92-890-1379-6. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf.

Younesian, S., Mahfoozpour, S., Shad, E., Kariman, H. & Hatamabadi, H. (2016). Unintentional Home Injury Prevention in Preschool Children; a Study of Contributing Factors. *Emergency*. 4 (2): 72-77. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27274516>.



APÊNDICE IX – Poster de apresentação da revisão sistemática da literatura: A influência parental na ocorrência e prevenção de acidentes domésticos em crianças.

