

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde**  
**Infantil e Pediatria**  
Relatório de Estágio

**A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar –**  
**Da Prevenção à Atuação Pós-queda**

**Ana Rita Oliveira Lopes Parente**

**Lisboa**  
**2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar –**  
**Da Prevenção à Atuação Pós-queda**

**Ana Rita Oliveira Lopes Parente**

Orientadora: Professora Maria Alice Curado

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Uma vez perguntaram a um alpinista por que desejava escalar o alto pico nevado.*

*Respondeu: “Porque ele está ali”.*

*Queria com isso dizer a naturalidade do encontro do homem  
com o seu sonho, com a sua tarefa, consigo mesmo”.*

Paulo Geraldo

## **DEDICATÓRIA**

A todas as crianças, jovens e famílias, fonte diária de aprendizagem, esperança e  
inspiração,  
A todos os enfermeiros orientadores pela capacidade de partilha e reflexão,  
À Professora Maria Alice Curado pela enorme paciência e disponibilidade, pelo  
incentivo, pela orientação e todos os ensinamentos, pela confiança que depositou em  
mim e por me fazer crescer em cada tomada de decisão,  
À enfermeira chefe pela confiança, dedicação e apoio e aos colegas pela preocupação,  
esforço e carinho demonstrados,  
À minha família e aos meus amigos sempre presentes em todos os momentos, com  
palavras de esperança,  
Aos meus pais, sem os quais este sonho nunca seria possível, pelo incentivo e carinho,  
por serem pessoas maravilhosas e por acreditarem sempre em mim,  
Ao meu irmão por ser fonte de orgulho e inspiração,  
Ao Hugo, namorado, amigo e companheiro, por todo o amor, compreensão e paciência  
sem fim e por acreditar em mim nos momentos mais difíceis,  
A Deus por estar presente em cada dia da minha vida,

A todos, o meu sincero obrigada!

## **ABREVIATURAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**APDP** – Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal

**BSIJ** – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

**CD** – Código Deontológico

**CESVIP** – Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil

**CIPE®** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EARN** – Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal

**EE** – Enfermeiro Especialista

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

**EESCJ** – Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

**JCI** – *Joint Commission International*

**MS** – Ministério da Saúde

**NACJR** – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNSIJ** – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**PNV** – Plano Nacional de Vacinação

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RN** – Recém-nascido

**RNs** – Recém-nascidos

**SIO** – Serviço de Internamento de Obstetrícia

**SIP** – Serviço de Internamento de Pediatria

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SUP** – Serviço de Urgência Pediátrica

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UICD** – Unidade de Internamento de Curta Duração

**UN** – Unidade de Neonatologia

## RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foi realizado o presente relatório que representa o percurso de aprendizagem desenvolvido em diferentes unidades de prestação de cuidados de saúde. Com base na metodologia de projeto pretende descrever, analisar e refletir sobre o caminho percorrido, explicitando o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, as atividades desenvolvidas, os principais resultados alcançados bem como as competências adquiridas, que visam a aquisição de uma prestação de cuidados especializados.

A temática central é a promoção da segurança no recém-nascido, especificamente na prevenção do risco de queda e do risco de lesão após a queda, no ambiente hospitalar. O recém-nascido pertence a uma população vulnerável estando em risco de queda, logo desde o seu nascimento e depende exclusivamente dos seus cuidadores (familiares e profissionais de saúde) para o proteger, criando e mantendo um ambiente seguro. Neste sentido, pretende atuar ao nível da prevenção da queda com a criação de uma escala de avaliação do risco de cair neonatal, para além da parametrização do foco de atenção “Cair” para o recém-nascido no *desktop* de enfermagem, através do recurso a uma linguagem classificada (CIPE, versão 2) com a implementação de intervenções para a prevenção da queda. Ao nível da atuação pós-queda, pretende implementar um algoritmo de atuação e incluir na parametrização do foco “Cair” o registo da queda. Assim, conseguem-se extrair indicadores de qualidade dos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem e através da redução das quedas/lesões contribui-se para a manutenção do bem-estar físico, psicológico e social do recém-nascido e da sua família. A metodologia dominante deste relatório baseia-se na reflexão crítica e construtiva na prática de cuidados (experiências de estágio), com alicerce na evidência científica e sustentada nos valiosos contributos da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que possibilitou uma tomada de decisão e um saber que responde às necessidades identificadas e possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

**PALAVRAS-CHAVE:** Recém-nascido, Família, Segurança, Escala de Avaliação do Risco, Risco de Queda, Risco de Lesão, Algoritmo, Hospital, Prevenção, Atuação, Enfermeiro Especialista, Florence Nightingale, Betty Neuman, Afaf Meleis.

## **ABSTRACT**

This report was carried out as part of the Masters Course in Nursing - Area of Specialization in Child Health and Paediatric Nursing. It illustrates the learning path undertaken at different healthcare provision units. Based on the project methodology, the report aims to describe, analyse and reflect upon the path that was covered, indicating the situation diagnosis, the setting of goals, the activities conducted, the main achieved results as well as the skills acquired in the field of specialized care provision.

The main theme of the project lies in the promotion of the newborn's safety, specifically in the prevention of fall risks and injury risks after the fall, in a hospital environment. The newborn belongs to a vulnerable population being subject to fall risks from the moment of its birth and depends solely on its caretakers (family members and health professionals) in terms of protection and the creation and maintenance of a safe environment.

In this vein, the objective is to act at a fall prevention level with the development of a neonatal fall risk assessment scale, in addition to the parametrization of the Focus of Attention "Fall" for the newborn at the nursing desktop, by using a classified language (CIPE, version 2) and enforcing fall prevention-oriented actions. With regards to the post-fall action level, the objective is to implement an action algorithm and include the newborn's fall record in the parametrization of the Focus of Attention "Fall". By doing so, it is possible to extract quality indicators concerning health gains, sensitive to nursing care. Furthermore, by reducing falls/injuries, the newborn's physical, psychological and emotional well-being is protected, as well as that of its family.

The dominant methodology adopted in this report is based on a critical and constructive reflection undertaken during care provision (internship experiences), drawing on the scientific and sustained evidence included in the important contributions made by Florence Nightingale's Environmental Theory, by Betty Neuman's Systems Model and by Afaf Meleis's Transitions Theory, which enabled a decision-making process and knowledge which respond to identified needs, as well as the acquisition and development of clinical and specialized skills set out by the Nurses Association.

## **KEYWORDS:**

Newborn, Family, Safety, Risk Assessment Scale, Fall risk, Injury risk, Algorithm, Hospital, Prevention, Action, Specialist Nurse, Florence Nightingale, Betty Neuman, Afaf Meleis.

# INDÍCE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. A Segurança nos Cuidados e o Efeito Adverso – Queda .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Enquadramento nos Referenciais e Modelos de Enfermagem .....</b>	<b>20</b>
<b>2. PERCURSO DE ATIVIDADES E APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. Prestação de Cuidados Especializados e a Promoção da Segurança às crianças/aos jovens e famílias, em situação de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento .....</b>	<b>28</b>
2.1.1 Contexto de Cuidados de Saúde Primários .....	29
2.1.2 Contexto de Urgência Pediátrica .....	35
2.1.3 Contexto de Internamento de Pediatria.....	42
2.1.4 Contexto de Unidade de Neonatologia e Internamento de Obstetrícia.....	45
<b>2.2. Prestação de Cuidados na Prevenção do Risco de Queda e do Risco de Lesão após a queda, nos recém-nascidos, no ambiente hospitalar .....</b>	<b>51</b>
2.2.1 Prevenção do Risco de Queda .....	52
2.2.2 Atuação Pós-queda de forma a Reduzir o Risco de Lesão .....	56
<b>3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRA ESPECIALISTA.....</b>	<b>59</b>
<b>4. PROJETOS FUTUROS .....</b>	<b>64</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE 1 – Evidência Científica sobre a Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar</b>	
<b>APÊNDICE 2 – Projeto de Estágio – Objetivos Gerais, Específicos e respectivas Atividades</b>	
<b>APÊNDICE 3 – Cronograma de Estágio</b>	
<b>APÊNDICE 4 – Diário de Campo – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil aos 2 meses</b>	
<b>APÊNDICE 5 – Sessão de Educação para a Saúde – Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes no Bebê</b>	
<b>APÊNDICE 6 – Revisão Crítica da Literatura – Utilização de Livopan®</b>	

**APÊNDICE 7 – Reflexão Crítica – Preparação para uma Cirurgia Emergente a uma Criança de 6 anos**

**APÊNDICE 8 – Sessão de Formação – Prevenção de Quedas no Utente Pediátrico e Neonatal**

**APÊNDICE 9 – Sessão de Formação – A Redução do Risco de Lesões resultantes de Quedas nos Recém-nascidos no hospital – Intervenção do Enfermeiro**

**APÊNDICE 10 – Fatores de Risco de Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar**

**APÊNDICE 11 – Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal e o respetivo Guia de Preenchimento**

**APÊNDICE 12 – Intervenções de Enfermagem para a Prevenção do Risco de Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar**

**APÊNDICE 13 – Sessão de Formação – A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Da Prevenção à Atuação pós-queda**

**APÊNDICE 14 – Sessão de Formação – Prevenção da Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos na Unidade de Neonatologia**

**APÊNDICE 15 – Sessão de Formação – Prevenção da Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos no Serviço de Bloco de Partos**

**APÊNDICE 16 – Sessão de Formação – Prevenção da Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos no Serviço de Internamento de Obstetrícia**

**APÊNDICE 17 – Sessão de Formação – Prevenção da Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica, na Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria e no Serviço de Internamento de Pediatria**

**APÊNDICE 18 – Folheto – Prevenção da Queda no Recém-nascido**

**APÊNDICE 19 – Procedimento – Prevenção de Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos**

**APÊNDICE 20 – Algoritmo – Atuação Pós-queda**

**APÊNDICE 21 – Motivos de Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar e Graus de Severidade**

**APÊNDICE 22 – Procedimento – Atuação Pós-Queda no Recém-nascido**

**APÊNDICE 23 – Sessão de Formação – A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Da Prevenção à Atuação Pós-Queda (Encontro de Neonatologia)**

**APÊNDICE 24 – Sessão de Formação – Desenvolvimento da Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal**

**APÊNDICE 25 – Sessão de Formação – A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Da Prevenção à Atuação Pós-Queda (Seminário de Pediatria)**

## INTRODUÇÃO

O presente relatório inseriu-se no âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem: na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e é o resultado da reflexão e fundamentação do percurso de aprendizagem realizado no decurso da Unidade Curricular Estágio com Relatório. A sua elaboração teve como principal objetivo comunicar os resultados deste percurso, transmitindo as escolhas efetuadas, as atividades desenvolvidas e as aprendizagens e competências adquiridas de Enfermeiro Especialista (EE) e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2010), terminando com a visão de projetos futuros.

O relatório de estágio desenvolveu-se tendo por base a área da Segurança dos Cuidados e mais especificamente sobre a problemática das quedas do recém-nascido (RN) no ambiente hospitalar. A escolha recaiu nesta temática, pelo facto da Segurança, no acesso aos cuidados de saúde de qualidade e, em todos os níveis da prestação, ser um direito fundamental do cidadão (Decreto-Lei n.º28/2015). É um foco de atenção importante da disciplina de enfermagem e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Estes pressupostos fizeram com que entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Direção Geral da Saúde (DGS), a *Joint Commission International* (JCI) e a OE, desenvolvessem iniciativas nacionais e internacionais para estimular a implementação de políticas e práticas destinadas a garantir cuidados mais seguros para todos os utentes, com vista a atingir a excelência dos cuidados.

A escolha desta temática esteve também relacionada com uma motivação pessoal pré-existente e intensificada no contexto da prática de cuidados, pelas funções que desempenha como responsável pelo grupo de Redução do Risco de Lesões resultantes de Quedas, decorrente do processo de Acreditação da Unidade Hospitalar onde exerce funções, pela JCI. Todos estes aspetos fizeram emergir, a necessidade de estudar e aprofundar conhecimentos relativos à Segurança, às quedas dos utentes como efeito adverso dos cuidados e atuar na redução do risco de queda e de lesões resultantes de quedas nos recém-nascidos (RNs) no ambiente hospital através da prevenção e da atuação pós-queda.

Segundo a DGS (2012) a prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a

implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas. Meurer (*et al.*, 2006) reforçou estas ideias dizendo que são os enfermeiros, os profissionais de saúde mais despertos, competentes e habilitados, não só para monitorizar o risco de queda dos utentes como também para a sua prevenção e concomitantemente intervir na prevenção e no tratamento de lesões resultantes das quedas.

Desde o início da acreditação do hospital onde exerce funções que, a população adulta e pediátrica tem sido abrangida pelas estratégias acima referidas. Assim, o risco de queda é avaliado através da escala de “Morse” ou “Sempre em pé” respetivamente e o resultado da avaliação desse risco é comunicado ao utente e família e faz com que possa ser levantado um diagnóstico de enfermagem adequado: “risco de queda” reduzido, moderado ou elevado e consoante o diagnóstico, são realizadas e registadas intervenções de enfermagem individualizadas para a prevenção e/ou redução de cada um dos riscos. Contudo, é na população neonatal que encontrou a grande lacuna que origina o problema que está na base deste trabalho, pois se por um lado não existe um instrumento de avaliação do risco de queda para a população neonatal, por outro lado, as medidas implementadas para reduzir o risco de queda e reduzir o risco de lesões após a ocorrência da mesma, também não estão documentadas, nem protocoladas, sendo realizadas de forma empírica, pelos profissionais de saúde, no dia-a-dia dos cuidados. Na população neonatal, apenas a ocorrência de quedas é registada informaticamente, com a abertura do diagnóstico de enfermagem: “Cair actual”, com a caracterização do evento, na tentativa de eliminar os fatores de risco que envolveram as quedas dos RNs, bem como fornecer subsídios para futuras ações preventivas.

Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) (2015) e a OE (2007), bem como outras instituições de carácter internacional, consideram que deve haver uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos e que o resultado dessa avaliação deve ser comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados para que se possa fazer a sua educação/habilitação e assim realizar/implementar as melhores ações/estratégias na prevenção das quedas ou após a ocorrência das mesmas.

Neste sentido, pretende com este projeto atuar ao nível da prevenção da queda e da atuação pós-queda, de modo a prevenir o risco de lesão grave. Ao nível da prevenção da queda, com a criação de indicadores para o desenvolvimento de uma escala de avaliação de risco de cair neonatal, instrumento que possibilita a avaliação padronizada e mensurável e que se traduz em informação valiosa na tomada de decisão, com base na

evidência científica, para além da parametrização do foco “Cair” para o RN no *desktop* de enfermagem com a implementação de intervenções para a prevenção da queda. Ao nível da atuação após a queda, pretende a implementação de um algoritmo de atuação, de modo a reduzir o risco de lesões graves e também incluir na parametrização do foco “Cair” o registo da queda do RN com as circunstâncias da queda, motivo da queda e grau de severidade, de forma a se conseguir notificar o evento adverso, discutir, refletir e aprender, para que não aconteça novamente.

Estas medidas de prevenção de queda e de atuação pós-queda dão sentido às normativas emanadas pelo MS (2015), bem como dão resposta aos padrões de qualidade da OE (2001) e ao serem iniciadas no hospital onde exerce funções, têm certamente impacto muito positivo, pois modificam situações de risco identificadas, que podem colocar em causa a vida e a qualidade de vida do RN e sua família.

A conceptualização deste relatório fundamentou-se na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e na Teoria das Transições de Afaf Meleis e, deu sentido a este percurso de aprendizagem:

A escolha recaiu na Teoria Ambientalista, por esta ser focada no cuidado de enfermagem ao ser humano e na sua inter-relação com o meio ambiente. Como temática na Segurança dos Cuidados, Florence Nightingale descreveu que a criação de um ambiente seguro surge como o conceito principal, auxiliando o utente no seu processo de recuperação e cura, considerando que as condições e influências externas afetam a vida e o desenvolvimento do organismo e são capazes de eliminar ou contribuir para a saúde, doença e morte (Costa, *et al.*, 2009). O Modelo de Sistemas de Betty Neuman aplica-se a este trabalho pelo facto de ser o que melhor se adapta ao planeamento dos cuidados de forma a reduzir a problemática identificada, o risco de queda e a obtenção de resultados na redução de lesões resultantes de quedas para o RN (Neuman & Fawcett, 2002). Por último, a Teoria das Transições de Afaf Meleis é referida, pois a população alvo dos cuidados são os RNs que, deveriam estar integrados numa família, com a proteção, carinho e amor dos pais. Contudo, tornar-se pai exige uma transição para novos papéis e responsabilidades e pode surgir a necessidade de lidar com eventos e situações críticas que exigem a mudança de papéis e redefinição da identidade parental. Deste modo, é importante compreender como é vivenciada esta transição para a Parentalidade e quais as estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica que podem ser facilitadoras deste processo (Meleis, *et al.*, 2000).

O presente relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo é constituído pelo enquadramento conceptual integrando a contextualização da problemática abordada. O capítulo dois integra a descrição do percurso de aprendizagens significativas mediante uma análise reflexiva das diversas atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, de acordo com os objetivos delineados, articulado e suportado na pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica. O terceiro capítulo aborda a autoavaliação do desenvolvimento das competências especializadas. O quarto descreve as perspetivas futuras, tendo em conta projetos de desenvolvimento futuros sobre este tema, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e por fim no último capítulo é realizada uma síntese conclusiva.

O percurso metodológico descreve-se com a utilização da metodologia de projeto, metodologia única e exclusiva, que responde de uma forma muito completa à problemática identificada e aos objetivos que foram propostos, através da utilização de atividades que pretendem solucionar o problema encontrado, juntamente com a metodologia reflexiva que foi dominante em todo o processo. Inicialmente seguiu um caminho de revisão e reflexão sobre a temática e problemática em estudo, através da consulta do motor de busca EBSCO, com acesso a duas bases de dados eletrónicas: CINAHL e MEDLINE, tendo como palavras-chave e conceitos identificados as palavras: *falls, risk, preventing, newborn, infant, safe, hospital*, no universo temporal entre 2008 e 2014. A lista bibliográfica completa dos artigos científicos selecionados encontram-se no apêndice 1. Foi relevante acrescentar outras fontes que são de igual importância como livros e artigos de autores de referência, que são considerados estruturantes nas temáticas abordadas sobre segurança dos cuidados e queda intra-hospitalar. Posteriormente segue-se todo o percurso de estágios e de desenvolvimento de competências do EEESIP que implicou o recurso a outros documentos fundamentais como Programa Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2012) e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013), que orientam a intervenção de enfermagem. Este percurso metodológico que, complementa assim a evidência científica e a realização de estágios com a descrição de atividades, pretende que seja um caminho de apropriação da teoria para se alcançarem os objetivos propostos e se compreender o problema em estudo.

Deste modo, o relatório torna-se a imagem de uma longa caminhada, de preparação para uma prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e sua família (OE, 2010).

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

A contextualização da temática da Segurança nos Cuidados de Saúde na evidência científica disponível é essencial para uma compreensão mais profunda deste fenómeno de enfermagem. Além disso, a clarificação da problemática da queda do RN no ambiente hospitalar nos Referenciais e Modelos Teóricos de Enfermagem incorporara uma dimensão explicativa do problema mas também onde é possível basear a prática de cuidados. São estes dois aspetos que serão abordados nos dois subcapítulos seguintes.

### **1.1. A Segurança nos Cuidados e o Efeito Adverso – Queda**

O acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados (Decreto-Lei n.º28/2015). Deste modo, tem sido uma preocupação mundial a implementação de políticas e práticas destinadas a garantir cuidados mais seguros para todos os utentes (Schatkosky, *et al.*, 2009). Importa referir que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada, quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º28/2015).

Sendo assim, os profissionais de saúde devem compreender conceitos como Segurança do Utente e Efeito Adverso. Segurança do utente deve ser entendida como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários durante a atenção em saúde e o efeito adverso deve ser entendido como a injúria causada pelo cuidado do profissional de saúde por fatores não relacionados com a doença base do utente, a qual pode prolongar a hospitalização ou modificar o tratamento proposto inicialmente (Cassiani, 2005). As consequências do efeito adverso têm repercussões quer a nível humano nos utentes e nas suas famílias, quer a nível físico, quer a nível emocional. Acrescem-se também as repercussões nas estratégias de saúde, na reputação do Sistema Nacional de Saúde (SNS)

e na sua economia, sendo estes danos dramáticos para o utente e família e para os profissionais de saúde envolvidos (Decreto-Lei n.º28/2015).

A OMS (2002) considera também que a incidência de efeitos adversos é uma causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável e é instrumentos de perda financeira e custos dos serviços de saúde, relevando que um incremento importante do desempenho dos sistemas de saúde pode decorrer da prevenção de eventos adversos, em particular, e do desenvolvimento da segurança dos utentes e da qualidade dos cuidados em geral. Deste modo, reconhecem-se circunstâncias que relacionam os eventos adversos e que culminam em erros na atenção em saúde, que têm provocado milhões de mortes no mundo.

A segurança do utente é um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e durante a hospitalização, devem-se minimizar os eventos adversos que possam prejudicar o utente (Paiva, *et al.*, 2010; Carneiro, *et al.*, 2011), pois o internamento do utente, para além de ter como objetivo principal a sua cura ou melhoria das condições da sua saúde, prevê-se que seja o mais breve possível, eficaz, livre de danos e eventos adversos (Decesaro & Padilha, 2002). Nos eventos adversos podem estar englobados as quedas dos utentes, a infeção hospitalar, as úlceras de pressão, os erros que envolvem fármacos e a má utilização de equipamentos e materiais, de entre outros, sendo que as quedas representam um dos eventos mais frequentes, assumindo a primeira ou segunda posição dentro dos mais prevalentes (Paiva, *et al.*, 2010; Carneiro, *et al.*, 2011). A sua ocorrência pode causar danos nos utentes, aumentando as complicações clínicas, o tempo de internamento e os custos hospitalares (Tinetti & Kumar, 2010).

Também a segurança do RN e do seu cuidador fica exposta a eventos adversos durante o internamento e a prestação de cuidados. Na hospitalização de um RN, várias circunstâncias podem predispor-lo a eventos adversos, mas poucas são identificadas. Esta predisposição é agravada pelas suas características de crescimento e desenvolvimento e pelo grau de dependência do cuidador (Schatkosky, *et al.*, 2009), mas poucas vezes é identificada. O RN e a sua família necessitam de estar seguros quando recorrem ao serviço de saúde e os profissionais deveriam ser facilitadores dessa segurança por meio da adoção de melhores práticas e intervir nas situações em que o cuidado em saúde não alcança os resultados esperados (Peterlini & Pereira, 2006).

Com o objetivo principal de mobilizar esforços globais na segurança do cuidado em saúde para todos os utentes, no ano de 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Utente pela OMS que tem como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para

a segurança do utente em termos mundiais através de programas e ações emanadas anualmente. Esta organização propõe soluções através da utilização de estratégias ou intervenções que previnam ou reduzam o risco de dano ao utente, decorrente de um processo inseguro de cuidado de saúde. Das soluções para a segurança do utente, salienta-se a prevenção das quedas. Alguns fatores que predispõem ao risco de queda do utente, (e.g. ambientais, educacionais, culturais ou inerentes aos utentes), devem ser avaliados para que se possam instituir procedimentos para a sua prevenção (OMS, 2008).

Em 2005, a OMS realizou uma parceria com a JCI, (principal agência de acreditação em saúde, que atua na melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos utentes), tendo em 2006 lançado Metas Internacionais de Segurança. Estas metas têm sido implementadas nos hospitais em processo de acreditação, em busca de melhorias nos seus processos assistenciais na área de segurança e qualidade com vista a atingir a excelência dos cuidados (Gomes, 2008; OMS, 2008). O hospital onde exerce funções é um desses hospitais em processo de acreditação e por isso tem implementado as metas referidas, sendo a meta 6 a Redução do Risco de Lesões resultantes de Quedas em Doentes. Esta meta, que engloba, a redução do risco de queda e a redução do risco de lesões resultantes de quedas, obriga a que, a instituição passe a: avaliar o risco de queda; implementar medidas na redução do risco de queda; implementar medidas na ocorrência de ferimentos no caso de uma queda a todos os utentes que recorram ao hospital.

A nível nacional, o MS (2015), através do Departamento da Qualidade na Saúde, coordena o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que procura objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. Pretende identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas e por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes.

A gestão do risco associada à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos utentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e na sua maioria evitáveis e suscetíveis de comprometerem a qualidade. Este Plano, visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança dos cuidados, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade e visa atingir os determinados objetivos estratégicos, onde

se inclui a prevenção da ocorrência de quedas. As consequências da não identificação dos utentes com risco de queda, a não avaliação do risco e não implementação de intervenções de prevenção adequadas e personalizadas, reportam a situações de risco, gravemente lesivas para o utente e para a comunidade (Decreto-Lei n.º28/2015).

Segundo Schatkosky, *et al.*, (2009), os profissionais de saúde e, especificamente, os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação de medidas direcionadas à segurança do utente e da criança hospitalizada. O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. Numa abordagem ao Código Deontológico (CD) (1998, p.85,135), encontra múltiplas referências à segurança dos utentes: O enfermeiro assume o dever de “conhecer as necessidades da população (...)”, “participar na busca de soluções para os problemas de saúde detetados” e “colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade”; O enfermeiro deverá: “assegurar por todos os meios que estão ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”, entre outros. Também de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, a OE elaborou um documento com a Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes (2006, p.9,10), onde enuncia: “Os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros”; “Os enfermeiros têm o dever (...) de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro”; os enfermeiros participam “na identificação, análise e controlo de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita (...)”; “(...) têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados”; “As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos”.

Deste modo, a supervisão direta do enfermeiro junto à equipa de saúde deve mediar a tomada de decisão, fundamentada no conhecimento científico e amparada na legislação para minimizar as repercussões dos eventos adversos na vida e na saúde dos utentes e também dos RNs (Schatkosky, *et al.*, 2009) e dessa forma estarem mais despertos e habilitados na identificação do risco, prevenção da queda e no tratamento de lesões resultantes das mesmas (Meurer, *et al.*, 2006).

A OMS (2008) define queda como “o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior” e segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Versão 2, 2010, p.42), cair é a “descida de um corpo de um nível superior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical”.

A Queda é um evento de grande impacto, por estar relacionado com um elevado índice de morbidade, mortalidade e incapacidades, especialmente na população idosa, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. O seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde, pelo que representam, portanto, um grave problema de saúde pública (Dykes, *et al.*, 2010). Mais de um terço das pessoas acima dos 65 anos de idade cai a cada ano, apresentando um risco duas a três vezes maior de ocorrência de novos eventos de quedas comparando com grupos etários mais baixos (Stevens & Sogolow, 2008).

A OMS destaca as quedas como a segunda principal causa de morte no mundo, por lesão accidental. Ocorrem cerca de 424 mil quedas fatais e as graves não fatais são cerca de 37,3 milhões por ano (Portal da Saúde, 2010). A maioria das quedas resulta em lesões leves ou em nenhum tipo de dano, porém as quedas são a causa subjacente de 10 a 15% de todos os episódios que ocorrem aos serviços de urgência. A maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores (Decreto-Lei n.º28/2015).

As quedas têm, assim, um pesado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade, pois para além das limitações físicas podem, também, originar repercussões de ordem psicológica. O medo de cair novamente e a perda de confiança na capacidade de deambular com segurança podem levar à depressão e isolamento social (Gama & Conesa, 2008) e criar estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas no dia-a-dia (Decreto-Lei n.º28/2015).

A queda é multicausal e está relacionada com fatores intrínsecos relacionados com a condição da pessoa, que podem ser biológicos, como é o caso da idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, (e.g. isolamento social, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos) e também com fatores extrínsecos como o ambiente, como é o caso, nomeadamente, dos perigos existentes no ambiente envolvente, na inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou nas barreiras à

mobilidade no espaço físico que podem favorecer este evento adverso (Paiva, *et al.*, 2010). Quanto maior for o número de fatores de risco para a pessoa, maior é o risco de queda. Alguns fatores de risco podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados (Decreto-Lei n.º28/2015). Ao salientarmos os fatores de risco, a idade e o género, pode-se dizer que as pessoas mais velhas têm um risco maior de morte decorrente de uma queda e as mais jovens são mais propensas a lesões graves e que, os homens sofrem mais quedas mortais, contrariamente às mulheres que sofrem mais quedas não fatais (Portal da Saúde, 2010).

As crianças também são uma população de maior risco para a ocorrência de quedas, principalmente durante o primeiro ano de vida. Segundo o Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças (2008), as quedas são a quarta causa de morte por acidentes não intencionais na criança. Das cerca de 424 mil quedas/ano fatais em todas as idades, mais de 46 mil são crianças. Como fatores de risco destacam-se a exposição a ambientes perigosos, famílias monoparentais, situações de desemprego, baixa escolaridade da mãe, *stress* dos educadores ou problemas de saúde mental e desigualdades no acesso aos serviços de saúde. As quedas que ocorrem na população pediátrica representam entre 20-25% do total dos atendimentos das crianças que recorrem aos serviços de urgência pelo que é fulcral a promoção da segurança das crianças.

Pretende-se, deste modo, que as instituições de saúde utilizem estratégias de intervenção que privilegiem a prevenção de quedas de todos os utentes, através da avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos utentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular. A prevenção de quedas deve incluir assim, a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras e a execução de intervenções individualizadas.

Desde o início da acreditação do hospital onde exerce funções, pela JCI, que esta população adulta e pediátrica tem sido abrangida pelas estratégias promovidas para a Meta 6, contudo, o mesmo não acontece com a população neonatal. Prevenir ou reduzir o aparecimento de lesões resultantes de quedas que podem comprometer a vida ou qualidade de vida do RN, vai alterar a manutenção do bem-estar físico, psicológico e social do bebé e da sua família. Deposita-se, assim, no profissional de saúde e especialmente no enfermeiro, a responsabilidade para desenvolver as competências e habilidades necessárias para garantir a segurança e a proteção do RN hospitalizado e da

família. Esse objetivo é conseguido através da alteração do padrão documental do Foco de Atenção de Enfermagem “Cair” que inclua o RN a nível do registo de intervenções de prevenção de queda e do registo do episódio da queda e, também com a criação de uma escala de avaliação do risco de cair neonatal e com a construção do algoritmo de atuação pós-queda.

## **1.2. A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Enquadramento nos Referenciais e Modelos de Enfermagem**

A queda do RN é definida como aquela em que um RN cai ou desliza das mãos, braços, colo de um profissional de saúde, pai/mãe, membro da família, ou visitante. Pode ocorrer quando o RN está a ser transferido de uma pessoa para a outra. A queda acontece independentemente da superfície sobre o qual o RN cai (e.g. cama, cadeira ou chão) e independentemente da existência ou não de lesão, como consequência da queda (The American Nurses Association’s National Database of Nursing Quality Indicators©, 2014). Segundo Phalen e Smolenski (2010) é definida como um RN que cai no hospital acidentalmente.

As quedas do RN no ambiente hospitalar ocorrem numa taxa de 1.6 a 4.14/10.000 nados vivos, ou seja, cerca de 600 a 1600 RNs caem anualmente no hospital (Helsley, *et al.*, 2010). As causas da queda podem estar associadas à equipa hospitalar, aos cuidadores ou fatores ambientais (Phalen & Smolenski, 2010). O RN pertence a uma população vulnerável estando em risco de queda, logo desde o seu nascimento e depende exclusivamente dos seus cuidadores (familiares e profissionais de saúde) para os protegerem das quedas e das lesões provocadas pelas mesmas, criando e mantendo um ambiente seguro (Monson, *et al.*, 2008). A maioria das quedas documentadas ocorreu quando: a mãe adormece enquanto segura o RN na cama ou cadeirão, durante o parto, durante o transporte (Helsley, *et al.*, 2010; Abike, *et al.*, 2010). Quando um RN cai no ambiente hospitalar é um problema multifacetado devido a complexidades físicas, emocionais e psicológicas de todos os que estão envolvidos (Monson, *et al.*, 2008). Nos RNs as lesões físicas associadas às quedas são maioritariamente na cabeça devido ao peso da mesma. Destacam-se o edema, o hematoma, a contusão, a fratura do crânio e a morte (Helsley, *et al.*, 2010, Monson, *et al.*, 2008). Os efeitos emocionais e psicológicos nas

famílias são a ansiedade, a depressão, a vergonha e a culpa associada à queda (Helsey, *et al.*, 2010), o que faz com que haja relutância em comunicar a queda.

Como fatores de risco materno que aumentam o risco de queda do RN descrevem-se a amamentação, que durante o período da noite, nos 2º e 3º dias, aumenta o risco de queda devido ao facto das mães estarem mais cansadas, podendo a mãe entrar em exaustão, e/ou fadiga pós-parto. Acrescentam-se a estes fatores, as alterações hormonais dos últimos 9 meses, a privação de sono, a anestesia e analgesia, o uso drogas ou metadona, a idade da mãe e a sua experiencia anterior com bebés. O *status* mental da mãe, (e.g. orientação, capacidade perceção da informação dada) e a presença de limitação física, a existência de história anterior de quedas materna, o facto de não ter suporte familiar, o seu nível de dor e a perda de sangue são fatores que também potenciam o risco de queda do RN (Slogar, *et al.*, 2013).

Por pertencer a uma população tão vulnerável, prevenir ou reduzir o aparecimento de lesões resultantes de quedas que, podem comprometer a vida ou qualidade de vida do RN, vai contribuir para a manutenção do bem-estar físico, psicológico e social do bebé e da sua família. Desta forma, deve sempre promover-se um ambiente seguro para o RN se desenvolver e livre de eventos adversos.

Florence Nightingale na sua Teoria Ambientalista promovia a criação de um ambiente seguro aos indivíduos e famílias, estando saudáveis ou doentes, pois considerava que as condições e as influências externas poderiam afetar a vida e o desenvolvimento do organismo, de forma a contribuir para a doença e a morte. Em 1859, Florence Nightingale referiu que “o primeiro dever de um hospital é não causar mal ao doente”, invocando já nesta data a segurança dos cuidados. Nightingale destacou-se como uma mulher com ideias inovadoras e com conhecimentos em áreas diversificadas, tais como o ambiente, a engenharia, a estatística e a arquitetura. Foi bem-sucedida em coordenar e conduzir o esforço para a segurança do utente no século XIX, que continua a ser um desafio para os enfermeiros atualmente. Introduziu medidas inovadoras na higiene, como o uso de desinfetantes, a mudança da roupa da cama, a limpeza dos quartos e paredes e na prevenção da infeção cruzada ao agrupar doentes de acordo com o tipo de doença. Priorizava o atendimento aos casos mais graves mediante classificação de risco. Preocupava-se com a luz, os ruídos, a localização adequada dos esgotos e a nutrição adequada dos doentes. Enfatizava que se um ou mais aspetos do ambiente estivessem desequilibrados, o utente deveria usar maior energia para contrabalançar o *stress* ambiental. O enfermeiro ao identificar algum desequilíbrio no ambiente deveria intervir

na intenção de harmonizar a energia, colocando o utente na melhor posição para melhorar clinicamente. Neste sentido, os aspetos do ambiente poderiam proporcionar uma nova visão à resposta humana, à saúde e à doença e por isso deveriam ser analisados para que o utente fosse auxiliado no seu processo de recuperação e cura, através de um ambiente mais acolhedor e seguro (Costa, *et al.*, 2009).

As observações e ideias da autora continuam atuais, seja pela abordagem epidemiológica das doenças e infeções, seja pela compreensão e ênfase da necessidade de conhecimento científico ou pelo respeito que demonstrava pela pessoa doente. Refletem a importância, por ela atribuída, à prevenção de riscos, avaliação de fenómenos e elaboração de atividades/intervenções em busca da qualidade da assistência e à segurança do utente. O que vai ao encontro dos objetivos propostos: promover um ambiente seguro no RN, livre de eventos adversos, dando maior ênfase à prevenção das quedas, na tentativa de criar um instrumento de avaliação do risco de queda e da introdução de intervenções de enfermagem para prevenir esse risco.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman é um modelo de sistemas abertos, que compreende os stressores, a reação ou possível reação aos stressores (fatores de risco) e a pessoa (que pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade) em interação constante com o ambiente (Neuman, 1989). Betty Neuman mostra uma visão multidimensional da pessoa em constante interação com os stressores, focaliza a reação ao *stress* e os fatores de reconstituição ou adaptação da pessoa face aos stressores, em que a doença ocorre quando o processo nesse sistema falha e a morte acontece quando a falência é total.

O stressor é qualquer evento ou fenómeno que é capaz de causar instabilidade ou mesmo desequilíbrio da interação do sistema (e.g. pessoa com o ambiente). Atinge a estrutura básica de recursos de energia e que acionam as linhas de defesa normal, flexível ou de resistência, nesta ordem sequencial, dependendo da força/tensão que é infligida sobre o sistema. Podem ser de natureza intra, inter e extrapessoais, e têm potencial para devastar a estabilidade do sistema. O grau de reação do sistema apresenta-se pelo conjunto de forças de resistência encontradas, tais como a resistência natural e adquirida aos stressores (Neuman & Fawcett, 2010).

A profissão de enfermagem, que a autora considera como uma profissão diferenciada porque se ocupa de todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*, pode intervir em todos os níveis de prevenção: o pré-encontro (prevenção primária), o encontro (prevenção secundária/tratamento) e a reconstituição (prevenção terciária). A prevenção

primária relaciona-se com a identificação, classificação e redução dos stressores, para prevenir possíveis reações e da implementação de medidas de educação e redução dos fatores de risco, que vão impedir ou reduzir a entrada dos stressores na linha de resistência, fortalecendo a linha de defesa da pessoa. A prevenção secundária enfoca as ações corretivas de enfermagem em relação à sintomatologia/tratamento, no sentido de reduzir os efeitos nocivos identificados (e.g. complicações) e para a prevenção de outros possíveis stressores. A prevenção terciária é caracterizada por ser a fase de readaptação das capacidades funcionais e da reeducação para a prevenção de futuras lesões e manutenção da estabilidade, através da instituição de medidas reforçadas para prevenir o aparecimento de novas lesões, com a utilização de recursos do sistema e do ambiente e fortalecendo a linha de resistência. Para que a reconstituição aconteça, é necessário um determinado aumento de energia relacionado com o grau de reação a um stressor, o retorno e manutenção da estabilidade do sistema, após o tratamento para as reações aos stressores (e.g. através do tratamento e medidas preventivas). A reconstituição completa pode ocorrer para além do previamente determinado nível de bem-estar ou o estado habitual. Pode ocorrer estabilidade do sistema a um nível mais baixo, ou regressar ao nível do bem-estar antes da doença, (e.g. resposta ao tratamento) (Neuman & Fawcett, 2010).

Portanto, pretende fundamentar a realização desde trabalho adotando também o Modelo de Betty Neuman para sistematizar as propostas das intervenções de enfermagem que se pretendem realizar ao nível da prevenção da queda e da atuação pós-queda no RN. Para isso é crucial investigar os stressores (fatores de risco) relacionados com a queda do RN no ambiente hospitalar que podem desequilibrar o sistema e os recursos disponíveis que permitam a prevenção da queda ou de lesões após a queda. Em relação aos stressores, muitos fatores de risco já foram identificados na evidência científica e outros serão identificados certamente ao longo da realização dos estágios. Estão descritos fatores de risco associados à mãe/cuidador, ao ambiente, ao profissional de saúde e inerentes próprio RN e é importante identifica-los e conhece-los para que se possam criar recursos, no sentido de obter ou restabelecer a estabilidade do sistema RN/família. Identificar os recursos disponíveis no ambiente e na relação enfermeiro-RN/família, possibilita fortalecer as defesas do sistema através da atuação aos três níveis de prevenção. Prevenção primária/terciária com a educação e dessensibilização do sistema aos stressores, de forma a evitar a queda e/ou a fortalecer as linhas de resistência e também com a criação de uma escala de avaliação do risco de cair neonatal e prevenção secundária

com a construção do algoritmo de atuação pós-queda que permita o tratamento atempado e adequado de forma a diminuir o risco de lesão. Por fim, também com a adoção de um sistema de registos que espelhe as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção, com a parametrização do foco “Cair” para o RN.

O cuidado de enfermagem enquanto promotor de uma transição saudável implica o suporte da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Sendo a população alvo os RNs inseridos numa família, que se encontram em risco de queda e em risco de lesão, pretende compreender e colaborar no processo de transição para a parentalidade, pois tornar-se pai/mãe exige uma transição para novos papéis e responsabilidades. Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações na vida dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos pais como também na saúde e desenvolvimento dos respetivos filhos (Martins, 2008).

A transição para a parentalidade pode enquadrar-se no tipo desenvolvimental e situacional. A primeira pode estar relacionada com a necessidade de adaptação aos diferentes estádios desenvolvimentais da criança, sendo que a segunda pode surgir da necessidade de lidar com situações críticas que exigem a mudança de papéis e redefinição da identidade parental (e.g. nascimento de uma criança prematura ou com doença crónica) (Meleis, *et al.*, 2000).

Existem várias condições facilitadoras e inibidoras da parentalidade. Estas prendem-se com as condições pessoais (e.g. características dos pais, da criança, o tipo de relação do casal, a partilha de tarefas e as crenças culturais) e os recursos sociais (e.g. apoio material e psicológico dos familiares e amigos, a partilha de experiências e de conhecimentos) e da comunidade (e.g. serviços de saúde, nomeadamente em termos de informação, educação e preparação, e as creches) (Meleis, *et al.*, 2000).

Como recurso da comunidade, o Enfermeiro pode demonstrar apoio na transição para o papel parental através do aumento da sua autoestima e do respeito pelas crenças culturais, promovendo as interações entre os pais e a criança, incentivando a expressão das expectativas, motivando-os para a aprendizagem de habilidades e percebendo as relações conjugais e o funcionamento da família (Mercer, 2002). Os pais têm necessidade de suporte para desenvolverem competências para cuidar da criança, pelo que a preparação, educação e treino de habilidades contribuem positivamente para este processo. Deste modo, como resultado ao processo de transição Soares (2008) identificou e distinguiu

cinco aspectos fundamentais, como a reformulação de identidades, a responsabilidade, o domínio de novas competências, a redefinição de prioridades e a confiança no desempenho do novo papel.

Neste sentido, fundamenta a importância da teoria de Afaf Meleis na realização deste trabalho pela complexidade de competências e saberes necessários aos pais para cuidar, proteger, desenvolver a afetividade e a socialização do RN, para que não comprometam a segurança e o desenvolvimento do mesmo. Neste sentido, tanto os pais que presenciam uma transição do tipo desenvolvimental, como os que presenciam a do tipo situacional, devem conseguir adquirir os novos conhecimentos sobre segurança e prevenção do risco de queda de forma a cuidarem dos seus filhos, demonstrando a aquisição dos conhecimentos e satisfação com o seu papel parental. É necessário assim, que adquiram competências para conseguirem, com auto-eficácia, desempenhar as tarefas parentais e desta forma, cuidar mais eficazmente dos RNs, resultando num melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo (Nystrom & Ohrling, 2004).

Através destes três referenciais teóricos compreende que quando se aborda o RN como alvo dos cuidados é necessário compreendê-lo dentro do seu seio familiar, como um ser multidimensional e parte integrante de uma família e comunidade, permitindo assim, abraçar o RN e a sua família na perspetiva da Parceria de Cuidados - Conceito norteador da prática profissional em Saúde Infantil e Pediatria. A prestação de cuidados centrados nas necessidades do RN/família exige uma conduta que potencie os pais como os principais prestadores de cuidados, bem como a sua tomada de decisão.

O RN interage com o ambiente modificando-o e sofrendo influências durante todo o seu processo construtivo, pois o espaço em que cresce e se desenvolve é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os seus estilos de vida, repercutindo-se no conceito de saúde. Este caminho de melhoria contínua da qualidade de cuidados assenta sobre a necessidade de segurança do RN no ambiente hospitalar, exigindo a existência da avaliação do risco de cair e a implementação de um plano de medidas preventivas/intervenções de enfermagem de modo a controlar alguns fatores de risco que coloquem em causa a sua condição de saúde. A criação de um algoritmo de atuação, para o cuidar em conformidade e mais atempado, permitirá diminuir assim uma situação de risco vivida pelo RN que, poderá ser gravemente lesiva para este e sua família.

## **2. PERCURSO DE ATIVIDADES E APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS**

A elaboração deste relatório de estágio surgiu no culminar de um percurso de aprendizagens pessoais e profissionais e pretende o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para uma prestação de cuidados especializados à criança/ao jovem e família, em diferentes contextos de vida.

Para o cumprimento desta meta, no projeto de estágio foram definidos dois objetivos gerais e vários objetivos específicos (cf. Apêndice 2) que, nortearam todo este percurso de realização de atividades nos diferentes contextos de estágio (cf. Apêndice 3), que estarão descritas neste capítulo.

Segundo Benner (2001) a enfermeira perita tem um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde são evidenciadas as suas competências. Por isso, todas as atividades realizadas serão descritas e analisadas através de uma atitude reflexiva que permitiu uma apropriação gradual e o desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

O primeiro objetivo geral pretende que sejam desenvolvidas Competências para a Prestação de Cuidados na área de EESCJ, tendo como foco de atenção a Promoção da Segurança, às crianças/aos jovens e famílias em situação de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento e estará espelhado no primeiro subcapítulo. Tem o intuito de conhecer e integrar os processos de cuidados de enfermagem nos vários contextos de estágio escolhidos, relevantes para a aquisição de competências que, permitam prestar cuidados em “parceria com criança/família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre...” (OE, 2010, p.1) focalizando também a atenção nas práticas de enfermagem relativas à promoção da segurança e à prevenção da queda, foco de atenção de enfermagem e indicador da qualidade dos cuidados prestados, também nos vários contextos de estágio escolhidos.

Por fim, o segundo subcapítulo propõe dar resposta ao segundo objetivo geral definido no projeto de estágio que visa desenvolver Processos de Cuidados Promotores da Redução do Risco de Queda e do Risco de Lesão após a Queda nos RNs, em situação de saúde/doença, no ambiente hospitalar e as atividades propostas para a aquisição deste objetivo foram realizadas no último contexto de estágio escolhido, a Unidade de Neonatologia (UN), onde desempenha funções. A performance como EE traduz-se na

“prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente” (OE, 2010, p.1). Desta forma, este subcapítulo reporta ao desenvolvimento de processos de cuidados que incorporem instrumentos e formas de registo que permitam maior segurança do RN e da sua família.

Aquando do início deste percurso formativo, já existiam 5 anos de experiência técnica, relacional e de gestão, recentemente como segundo elemento de equipa, em Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais e em Cuidados Intermédios de Pediatria, o que se tornou num veículo facilitador para o aprimoramento da aquisição de competências como EEESIP. A escolha e a vivência nos locais de estágio contribuíram ativamente para toda esta formação e para formar-se perita na prestação de cuidados à criança/ao jovem/à família em todos os estádios de desenvolvimento e nos mais diversos contextos assistenciais, dando especial enfoque aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados em Situação de Urgência e Cuidados ao RN saudável em Obstetrícia, pois representam as áreas nas quais não possui experiência profissional.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pertence à área de influência do hospital onde exerce funções. Neste contexto, pretendeu aprofundar de que forma é feita a continuidade de cuidados entre o hospital e a UCSP, nomeadamente na vigilância dos RNs quando estes têm alta, bem como acompanhar a criança e a família na sua vigilância de saúde em todos os estádios de desenvolvimento e promover a segurança num contexto de CSP. Também pretendeu despistar situações de risco através de visitas domiciliárias e perceber se as orientações dadas aos pais, sobre a segurança do RN, aquando da alta do bebé do Serviço de Internamento de Obstetrícia (SIO) ou UN, são demonstradas em casa, pelas famílias.

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um hospital central foi uma mais-valia para conhecer e perceber a dinâmica da equipa de enfermagem que presta cuidados em diferentes contextos como triagem, tratamentos, observação e reanimação e mais especificamente conhecer e prestar cuidados de enfermagem em situações de doença aguda, instabilidade das funções vitais e risco de morte.

O Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), no hospital onde exerce funções, permitiu intervir nas doenças comuns e também na promoção da adaptação da criança/do jovem e família à doença crónica e nas crianças no período de reconstituição ou adaptação à doença, de forma a reduzir os seus efeitos residuais.

A escolha do SIO e UN também no hospital onde exerce funções permitiu a promoção da parentalidade e a vinculação da tríade pais-RN, o ensino dos cuidados aos pais sobre segurança no RN e a articulação com os CSP. Estes estágios permitiram verificar também qual a prática de cuidados relativos a segurança do RN, prevenção de quedas e das lesões provenientes das quedas. Nos dois serviços referidos, juntamente com o Serviço de Bloco de Partos, o SIP, o SUP e a Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria, da mesma instituição, pretendeu desenvolver algumas das atividades deste projeto, no sentido de parametrizar o foco de atenção de enfermagem “Cair” para o RN, uniformizando as práticas de cuidados com a construção de intervenções para a prevenção de queda e o registo do episódio, após a ocorrência da mesma. Também prevenir a queda, através da construção da escala de avaliação de risco de cair neonatal (EARCN) e prevenir o risco de lesão através da aplicação do algoritmo. Estes serviços contam com profissionais que têm uma vasta experiência na área dos cuidados ao RN saudável e de risco e onde a prática de cuidados é norteada pelos cuidados seguros, de qualidade e promotores do desenvolvimento, integrados num hospital onde está implementado o processo de enfermagem utilizando a linguagem CIPE®, o que foi uma mais-valia para o desenvolvimento das atividades descritas. A Direção de Enfermagem deste hospital, acreditado pela JCI, tem realizado um grande investimento na formação profissional e na qualidade dos cuidados, pelo que o hospital foi um local favorável e propício ao desenvolvimento deste caminho.

Considera assim, que o percurso traçado deu resposta aos objetivos inicialmente propostos tendo sido fundamental para o seu crescimento e desenvolvimento enquanto EEESIP.

### **2.1. Prestação de Cuidados Especializados e a Promoção da Segurança às crianças/aos jovens e famílias, em situação de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento**

A prestação de cuidados especializados, de grande complexidade e com elevado grau de qualidade às crianças/aos jovens e famílias, tendo como foco de atenção a promoção da segurança, em situação de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento está espelhada neste subcapítulo, onde estão demonstradas as experiências e atividades realizadas por campo de estágio. Foram adquiridas as competências necessárias para a

assistência de enfermagem avançada à criança/ao jovem e família na maximização da sua saúde, nas situações de especial complexidade e em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010).

### 2.1.1 Contexto de Cuidados de Saúde Primários

A Prestação de cuidados promotores da maximização da saúde da criança/do jovem e família no contexto de CSP constituem o primeiro nível de contacto com o SNS para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). Os CSP equitativos e eficazes que adotam a Declaração de Alma Ata como forma de atingir um nível de saúde que permita às pessoas levarem uma vida social e economicamente produtiva.

A população mundial enfrenta um futuro no qual a saúde e o bem-estar poderão ser afetados pelos progressos rápidos da tecnologia; pela depleção dos recursos naturais e pela degradação ambiental; pelo crescimento populacional; pelo impacto de doenças. Outros fatores, tais como o envelhecimento da população e a preocupação pelos que têm doenças crónicas e terminais, colocam exigências crescentes aos serviços sociais e de saúde. Neste sentido, o enfermeiro detém uma importante área de atuação, pertencendo ao principal grupo de profissionais de saúde a prestar cuidados de saúde primários a todos os níveis e a manter as ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de saúde, pois prestam cuidados nos vários ambientes em que se encontram os utentes, nomeadamente nas escolas e nos domicílios. O seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. De entre as unidades funcionais consta a UCSP, na qual realizou o estágio, que presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º28/2008).

Durante um período de quatro semanas de duração do estágio, através da observação participante inicial e da posterior condução de consultas de enfermagem de vigilância de

saúde infantil (CEVSIP), das visitas domiciliárias realizadas e da reflexão sobre a prática, desenvolveu conhecimentos e habilidades na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/do jovem, ao colocar em prática um conjunto de competências técnicas e relacionais.

As CEVSIP nesta UCPS são realizadas apenas por uma EEESCJ, (enfermeira orientadora deste estágio), o que pode ser uma mais-valia, na medida em que permite que esta enfermeira tenha um conhecimento alargado do ambiente da criança, dos recursos e fragilidades do sistema e da cultura e hábitos familiares da população desta área geográfica. Tal facto permite um planeamento de cuidados mais direcionado às necessidades de cada criança/adolescente e família. A aplicação do PNSIJ representa também um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil que, concorre para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades (DGS, 2013). Sendo assim, muitas vezes, já existe um conhecimento prévio da família bem como uma relação terapêutica estabelecida durante as consultas. A consulta decorre na presença dos pais ou pessoa significativa, sendo que os mesmos são ouvidos no que respeita às suas dúvidas e preocupações, bem como relativamente às competências adquiridas pela criança. É aqui que a enfermagem assume o verdadeiro sentido do cuidar, na valorização de pequenos gestos e partilha diária e contínua entre a criança, o enfermeiro e a família. Vislumbra-se claramente a filosofia de cuidados centrados na família que constitui uma abordagem holística, reconhecendo e respeitando a família como constante da vida da criança e a coloca no centro do sistema de prestação de cuidados de saúde. Respeita-se o conhecimento que a família possui da criança, a experiência em cuidar desta, os seus hábitos de vida e necessidades fundamentais. Para o enfermeiro, o envolvimento dos pais nos cuidados ajuda a manter o lugar da criança e jovem na família, através da ligação com o ambiente e rotina usuais (Carneiro, 2010). O envolvimento, a participação e a parceria estão alicerçados no processo de negociação, através do qual os enfermeiros discutem com a família o plano de cuidados da criança e a capacitam e fortalecem de competências necessárias para atender às necessidades da criança e família.

A participação nas CEVSIP foi muito produtiva uma vez que avaliou todos os parâmetros recomendados para cada idade, utilizou as curvas de crescimento que são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento de crianças e adolescentes. Na avaliação do desenvolvimento, a aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada juntamente com a informação da

criança/do jovem e dos pais, a história clínica e a observação, permitiu um conhecimento mais rigoroso dos parâmetros do desenvolvimento da criança/do jovem em foco. Durante a consulta existiu também uma preocupação no que respeita aos cuidados antecipatórios e à identificação de possíveis stressores existentes, valorizados pelo PNSIJ como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, pois "antecipar os problemas de saúde, pode prevenir a sua ocorrência ou minimizar os seus efeitos" (Gelady-Duff & Heims, 2005, p.280) e desta forma, conseguem-se educar a criança e os pais para a saúde através do suporte e aconselhamento. Na consulta ao jovem/adolescente o guia orientador de boas práticas da OE considera a realização da entrevista ao adolescente, um momento único em que se torna essencial o estabelecimento de relação de confiança e de empatia, permitindo um espaço de trabalho adequado ao esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento de competências (OE, 2010). Na consulta a uma adolescente de 15 anos, a enfermeira de referência, não utilizou esta abordagem, deixando ficar presente na consulta um dos pais, o que pode não ter sido adequado à revelação de sentimentos e problemas por parte do adolescente.

A prática destas consultas de vigilância incidem sobretudo numa perspetiva de prevenção primária no sentido de empoderar a criança/o jovem ou os pais de conhecimentos que fortaleçam as linhas flexíveis de defesa e diminuam a possibilidade das crianças/dos jovens se encontrarem com os agentes stressores. Neuman & Fawcett (2010) referem-se ao papel do enfermeiro na prevenção primária com o conhecimento geral que aplica à avaliação do utente, à intervenção, à identificação e redução dos fatores de risco, associados aos stressores, para prevenir possíveis reações.

O PNSIJ pretende adequar a prestação de cuidados com o mínimo de deslocações aos serviços de saúde, por parte da população. Deste modo, existiu oportunidade de no momento da realização de uma CESVIP “aproveitar” também para realizar o ato de vacinação das crianças de acordo com o PNV.

No ato da vacinação a presença dos pais é permitida numa atitude de diminuir os fatores de *stress* entre os pais e os prestadores de cuidados (OE, 2013) e enfatiza-se também a relevância dos cuidados não traumáticos. Os cuidados não traumáticos integram uma filosofia de cuidados centrados na família e consistem no “fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.12). Numa perspetiva de intervenção primária, os cuidados não-traumáticos têm

os objetivos de prevenir e minimizar a separação da criança da sua família, de promover uma situação de controlo e de prevenir ou minimizar a lesão corporal ou a dor.

Perante RNs ou crianças de colo, a administração de vacinas é feita na maca, na presença dos pais, recorrendo-se a medidas de contenção, à sucção não nutritiva na chucha ou associada à administração de simeticone, à voz suave e às carícias realizadas pelos pais, que permitem que seja diminuída a dor das crianças durante o procedimento. A enfermeira de referência verbalizou conhecer as vantagens da administração da sacarose no controlo da dor em RNs, aquando dos procedimentos dolorosos, no entanto, referiu que não se encontra disponível na UCSP. Nas crianças em idade pré-escolar existe o recurso à brincadeira terapêutica, através de brinquedos do próprio ou de brinquedos disponíveis na sala ou o colo dos pais. Estas intervenções estão em consonância com a fase de desenvolvimento da criança que, segundo Piaget, se encontra na fase Pré-operacional, que se caracteriza por um pensamento mágico e intuitivo (Hockenberry & Wilson, 2014). A monitorização da dor não é realizada ainda que exista conhecimento sobre a existência das escalas.

Em todos os momentos da CESVIP é mantido um ambiente promotor de segurança, conceito principal de Florence Nightingale, que descreveu que a criação de um ambiente seguro auxilia o utente no seu processo de recuperação e cura (Costa, *et al.*, 2009).

No apêndice 4 encontra-se um diário de campo de uma CESVIP a uma criança de 2 meses e respetiva família.

Relativamente à temática sobre a qual este relatório se debruça, verificou que não existe nas CESVIP nenhum protocolo ou guia de atuação para ser entregue aos pais sobre a promoção da segurança ou prevenção de acidentes, sobre a prevenção de quedas ou com as indicações de como proceder após uma queda. Contudo, a temática da segurança é sempre abordada como cuidado antecipatório em todas as idades protocoladas pelo PNSIJ, desde o nascimento até à adolescência e também são entregues aos pais os folhetos “ABC da Segurança I, II, II”, da Associação de Promoção de Segurança Infantil, adequados à idade, o que assenta novamente na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, onde através de um ambiente mais acolhedor e seguro, a criança é auxiliada no seu processo de saúde. Tudo o que é realizado na criança e todos os cuidados antecipatórios que incluem as indicações relativas à segurança são registados no processo da criança/do jovem e passíveis de serem consultadas na consulta seguinte, assim como, também existe um instrumento informático de colheita de dados, que é complementado ao longo das várias consultas e que permite um conhecimento alargado e consistente da

família. Porém, estas informações que podem também ser importantes para o cuidado de enfermagem em contexto hospitalar permanecem estáticas na UCSP.

Os CSP são uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação também em situações problemáticas relativamente às situações de risco, à ocorrência de maus tratos ou à presença de necessidades de saúde especiais. O enfermeiro deve “diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/do jovem” (OE, 2010, p.3) e os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção particularmente adequadas a esses problemas, o que pressupõe a articulação privilegiada entre o PNSIJ, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), o Programa Nacional Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, entre outros. A enfermeira de referência deste estágio pertence ao NACJR, o que permitiu ter um conhecimento mais aprofundado sobre este núcleo e o seu campo de atuação.

As CESVIP requerem cada vez mais, além de uma abordagem técnica e centralizada, uma abordagem social cada vez mais aprofundada, através do acolhimento e de uma colheita minuciosa de dados, para que se possam detetar precocemente situações que requerem uma abordagem mais diferenciada. A observação rigorosa da dinâmica familiar e do comportamento da criança também é essencial para que seja feito, atempadamente e corretamente, o encaminhamento para os órgãos/instituições legais competentes. Desta forma, consegue-se realizar a deteção precoce das situações de risco e de perigo, intervindo junto das crianças e jovens em risco e família e sinalizando e/ou encaminhamento os casos para o NACJR do seu ACES. Assim os CSP, com a implementação dos núcleos, têm prioridade na intervenção junto das crianças e jovens em risco, face à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e aos Tribunais que surgem em segundo e terceiro nível de intervenção, respetivamente, que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros atuar perante a constatação de maus tratos, ajudando a criança vitimizada.

Uma das atividades propostas para este campo de estágio, a nível da temática da promoção da segurança foi a visita domiciliária ao RN. É realizada a visita domiciliária a todos os RNs com peso inferior a 2500gr, que já estejam referenciados pelo hospital ou CPCJ, puérperas referenciadas com risco social com gravidez mal vigiada ou com gravidez de termo com menos de 6 consultas.

Neste contexto, o enfermeiro tem como intervenções vigiar a amamentação, a vinculação, assim com as condições de segurança que existem no domicílio. Monitoriza a evolução

estato-ponderal, bem como realiza o teste do diagnóstico precoce de doenças metabólicas e valida ensinamentos relativos às competências parentais, que atuam diretamente na garantia da promoção de um adequado crescimento e desenvolvimento do RN. O enfermeiro tem um papel fundamental, ao acompanhar de perto a situação e desenvolver, naquela família, estratégias e intervenções terapêuticas adequadas e personalizadas, permitindo uma capacitação efetiva dos cuidadores para o desempenho do papel parental que promovam uma transição para a parentalidade positiva e saudável, de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Através das consultas no domicílio, tem um acesso mais próximo à realidade, pelo que torna mais fidedigna a identificação do ambiente, dos agentes stressores e dos recursos da família. Este processo de cuidados prende-se também com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, pois quando o sistema RN/família é sujeito a um stressor, não consegue ter energia para se equilibrar. A visitação domiciliária ao RN e família permite assim identificar esses stressores e dar uma continuidade de cuidados entre o hospital e o domicílio, que permite colmatar o grande fosso que muitas vezes se verifica entre os dois ambientes de cuidados de saúde.

O RN é um sistema totalmente dependente dos cuidadores. Para ensinar, instruir e treinar os pais é necessário conhecer a dinâmica do sistema família uma vez que as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde só fazem sentido quando atendem às necessidades reais das famílias (Christoffel & Leandro, 2011). Neste sentido, numa dessas visitas constatou-se que a segurança do RN estava posta à prova na medida em que o RN se encontrava na espreguiçadeira sem os cintos presos, sendo orientada a família de imediato para os perigos da não utilização de cintos em espreguiçadeiras ou nas cadeiras de transporte e foi verificado se os mesmos sabiam colocá-los corretamente. Noutra visita constatou-se que o trocador de fraldas do RN não continha todo o material necessário à prestação de cuidados de higiene, podendo potenciar o risco de queda se os pais se afastassem para ir buscar algum material necessário.

A OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (2011), refere uma realidade onde se continua a observar uma taxa elevada de acidentes infantis (e.g. afogamento, intoxicações, quedas, feridas acidentais, entre outros), fatores que podem comprometer definitivamente ou transitoriamente o desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem. Desta forma, outra das atividades que realizou foi a sensibilização dos pais de RNs que participam nas aulas pós-parto, através de uma sessão de educação para a saúde

sobre a Promoção da Segurança do RN, que abordou os seguintes temas: queda, acidentes rodoviários, queimadura, asfixia, engasgamento, morte súbita e afogamento. A mesma ocorreu com adesão significativa, (20 presenças), e com participação ativa, através da partilha de dúvidas e experiências, entre mães e profissionais, pelo que após a realização da avaliação da mesma, através de um breve questionário, considerou que foi uma experiência muito positiva e enriquecedora para todos os envolvidos, pois todos responderam corretamente às questões apresentadas. A sessão de educação e a respetiva avaliação encontram-se no apêndice 5. Coutinho (2004) salienta que os pais mostram um elevado nível de satisfação com os programas de formação parental, pois proporcionam-lhes a aquisição de conhecimentos que se refletirão nas experiências, interações e competências que a criança alcançará ao longo da vida. Desta forma, as intervenções de enfermagem direcionadas para a promoção de saúde e segurança dos RNs aumentam o conhecimento das mães para que compreendam melhor os seus filhos, incentivando assim, à promoção de um desenvolvimento saudável e seguro.

### 2.1.2 Contexto de Urgência Pediátrica

A prestação de cuidados em situações de especial complexidade à criança/ao jovem e família em Situação de Urgência decorreu num Hospital Central que se integra na rede do SNS, sendo a sua área de influência dois concelhos da grande Lisboa. Este hospital tem como principal missão: "Prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde" e permitiu ter como foco de atenção, a intervenção de enfermagem em situação de doença aguda da criança/do jovem desde o nascimento até aos 18 anos menos um dia.

Durante este estágio, a enfermeira orientadora assumiu sempre as funções de chefe de equipa, não tendo por turno, um posto de trabalho atribuído. Ao acompanhar e observar a intervenção da enfermeira orientadora, chefe de equipa e também EEESCJ, percebeu a evidente mobilização de um vasto conjunto de saberes e competências e não pôde deixar de refletir sobre os níveis de perícia definidos por Patrícia Benner e de reconhecer nesta enfermeira um nível de perícia muito elevado: consegue gerir situações complexas de uma forma notável, tendo por base o conhecimento baseado na evidência e uma enorme experiência profissional; consegue compreender de maneira intuitiva cada situação,

apreendendo diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis, agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global e do cliente (Benner, 2001). Desta forma, o estágio contribuiu para um maior enriquecimento como pessoa e profissional pois aquando do início do estágio, teve início a sua prática profissional como segundo elemento de equipa, na unidade onde exerce funções. Ao observar a atuação da enfermeira, como chefe de equipa, permitiu ganhar competências especializadas e exercer este novo cargo com maior responsabilidade e rigor, na medida em que: percebeu o seu papel na tomada de decisão e liderança em situações de grande complexidade; na gestão da equipa, adequando os recursos às necessidades; na gestão e tomada de decisão sobre os cuidados, de forma a promover a segurança, a privacidade ou a dignidade da criança/do jovem e família; na formação dos profissionais da equipa que integra, no sentido de mobilizar conhecimentos e ensinamentos.

O recurso a um SUP numa situação de doença e a perspectiva de internamento podem constituir as primeiras crises com que as crianças/os adolescentes e as suas famílias se deparam. As crianças são particularmente frágeis pois a imaturidade e vulnerabilidade dos mecanismos de defesa, não lhes permitem ultrapassar, sem ajuda, os stressores resultantes de uma modificação do estado usual de saúde e da rotina ambiental. As suas reações face a estes stressores são influenciadas pelo estágio de desenvolvimento, pela experiência prévia com situações de doença (e.g. com separação e/ou hospitalização), com a gravidade do diagnóstico e com o sistema de suporte disponível e é ao SUP que recorrem na procura de auxílio na resolução dos processos de transição saúde/doença. O recurso a um SUP constitui sempre uma situação inesperada, geradora de ansiedade, tanto para a criança/o jovem, como para os pais, que subitamente se vêm num ambiente estranho, onde o medo do desconhecido é o principal aspeto negativo (Hockenberry & Wilson, 2014).

O momento da triagem marca o início da relação terapêutica entre o enfermeiro, criança e família e deve ser considerado um momento crucial, por todos os membros da equipa multidisciplinar (Vieira, 2002). Neste contexto, a triagem é efetuada por um enfermeiro perito com formação específica em Triagem de Manchester, (sistema acreditado pelo MS, Ordem dos Médicos e OE), em que se utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada criança que recorre ao SUP, como forma de selecionar os casos mais urgentes, garantindo que a criança recebe cuidados atempados de acordo com as suas necessidades de saúde.

A triagem é, assim, o primeiro contacto em que o enfermeiro inicia a colheita de dados da criança e da família e faz a análise de todas as informações necessárias que lhe permitem identificar e validar (ainda que de forma sucinta) quais os stressores (intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais), que podem estar inerentes à alteração de desequilíbrio no sistema criança. Para além de valorizar os aspetos mencionados pela criança/família, é fundamental observar o seu comportamento e atitudes e a relação da díade (criança/família), os quais podem ser determinantes na detenção das necessidades do sistema criança e na atribuição de uma cor (relacionada com a triagem de Manchester) que corresponde ao grau de gravidade/prioridade. Estes dados também são “instrumentos” importantes na identificação de mecanismos de reação do sistema, essenciais para o planeamento das intervenções.

A triagem é efetuada em salas individuais atendendo à privacidade, promovendo um ambiente protetor da criança/família, contribuindo para a humanização dos cuidados, sendo um dever do enfermeiro respeitar e proteger a intimidade da pessoa e salvaguardar a sua privacidade, como refere o CD no seu Artigo 86º (OE, 1998). Neste primeiro contacto inicia-se o acolhimento, momento relevante na relação enfermeiro/utente, pois é um espaço privilegiado para que, ao ser atendido de forma personalizada, o utente possa baixar o seu nível de ansiedade. Segundo Collière (1999), é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer e todos os seres vivos precisam de cuidados. A enfermagem tem como principal função cuidar do utente, sendo no acolhimento, intervenção autónoma do enfermeiro, que identifica as preocupações e expectativas do utente e pode ajudar a diminuir a angústia e ansiedade e ajudar a construir uma relação de confiança e de ajuda.

A equipa de enfermagem que trabalha no SUP está consciente e sensível ao acolhimento, estabelece relação com a díade e inicia uma relação de ajuda, sobretudo em situações de maior complexidade. Esta preocupação com o acolhimento não é demonstrada apenas na triagem mas também na sala de tratamentos/inaloterapia, na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), até à alta. Os enfermeiros demonstram igualmente estarem atentos ao estabelecimento e à adoção de formas de comunicação eficazes e adequados a cada criança/família. Mostram-se disponíveis para realizar e/ou reforçar ensinamentos, para ouvir os pais/família e a criança, esclarecer dúvidas, estabelecendo-se uma comunicação efetiva e eficaz. Este processo de comunicação (verbal e não verbal) cria também um ambiente de confiança e de apoio, privilegiando-se assim, uma comunicação “mais próxima dos pais, a qual permite dar respostas, tentando diminuir a ansiedade, as dúvidas

e os medos que os pais demonstram, para evitar possíveis situações de tensão, que poderão acontecer, geralmente causadas pela ansiedade e falta de respostas verbalizadas ou manifestadas pelos pais” (Andrade, *et al.*, 2008, p.16). Assim, o enfermeiro, através da comunicação permite um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo, para que a criança encontre caminhos para manter as capacidades próprias da sua fase de desenvolvimento e a participar de experiências que estimulem o seu crescimento (Jasen, *et al.*, 2010). Comunicar eficazmente em pediatria significa respeitar na íntegra a criança, o seu desenvolvimento e os medos que esta e a família têm. Embora a assistência em contexto de urgência seja restrita em tempo e direcionada para o despiste da gravidade das situações de saúde, o enfermeiro consegue aliar a capacidade de comunicação dinâmica e individualizada com a capacidade para avaliar e responder de forma rápida e eficaz aos sinais e sintomas da doença apresentada pela criança.

Ao longo do estágio, existiram oportunidades de assistência e participação na triagem de vários RNs, crianças e adolescentes. Esta participação revelou-se uma experiência enriquecedora, pois pôde perceber que um momento tão curto de interação com a criança/família, se revela posteriormente tão importante para o resto do atendimento e dos cuidados. Os motivos que originaram a ocorrência ao SUP foram variados, entre os mais comuns na fase do Outono/Inverno, estiveram as síndromes de dificuldade respiratória, a síndrome convulsiva mas também os traumatismos cutâneos, as fraturas, muitas delas provocadas por quedas. A queda é um *stressor* que afeta o sistema criança, causando rutura na linha de resistência, com influência direta nas diferentes variáveis, deixando a criança e família vulneráveis. Neste sentido, conheceu o algoritmo de triagem “queda” e acompanhou um jovem de 6 anos na triagem, que caiu na escola e que pelo seu estado de perda de consciência foi triado com a prioridade urgente (representada pela Triagem de Manchester com a colocação de uma pulseira de cor laranja na criança). Acompanhou o seu percurso e da sua família, na realização de terapêutica de urgência e na realização de exames complementares de diagnóstico e posteriormente conseguiu também prestar-lhe cuidados na UICD. Existiu também oportunidade de observar a triagem de dois RNs que caíram no domicílio, um deles nas escadas ao colo da avó e o outro, da espreguiçadeira, onde se encontrava sem os cintos colocados. Das quedas não resultaram ferimentos graves mas ficaram também em observação durante algumas horas na UICD.

Durante este período de quatro semanas, para além de conhecer a intervenção do EEES CJ na triagem, compreendeu também a sua intervenção na realização de procedimentos e

técnicas e administração de fármacos na sala de tratamentos/inaloterapia e na observação permanente da criança/do jovem na UICD. De referir que não houve oportunidade de prestar cuidados em situação de risco de vida emergente e na aplicação de medidas de suporte avançado de vida pediátrico na sala de Reanimação, por não ter surgido nenhuma situação no período do estágio.

Na sala de tratamentos e na UICD destacou a observação da preocupação constante em se construir um ambiente de afetividade promotor de segurança, onde são realizadas intervenções para a redução do efeito dos stressores e para manter um ambiente seguro, através do diagnóstico precoce realizado na triagem e do tratamento eficaz dos sintomas derivados das reações. Neste ambiente, deu maior ênfase aos cuidados não traumáticos realizados aquando dos procedimentos dolorosos e também aos cuidados onde se pode reforçar a segurança, tanto na prestação de cuidados, como no dia-a-dia das crianças.

A prática de cuidados não traumáticos assenta num conjunto de intervenções primárias, que fortalecem as linhas flexíveis de defesa o que contribuem para o equilíbrio do sistema. A normativa da DGS recomenda-nos que a “dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital” (DGS, 2003, p.8).

Na UICD, cada criança deve obrigatoriamente ter a avaliação da dor, que deve ser monitorizada com o auxílio de instrumentos de avaliação, as escalas avaliação da dor: numérica, qualitativa, faces ou de heteroavaliação, sendo estas últimas adequadas a crianças com incapacidades cognitivas ou de comunicação verbal, baseadas nos indicadores hemodinâmicos e comportamentais adequados ao estágio de desenvolvimento de cada criança. Verificou assim que estão integradas no sistema informático, as Escala das Faces de *Wong-Baker*, a Escala Numérica e as escalas *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* “EDIN” e *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale* “FLACC”, escolhendo posteriormente a adequada a cada criança. Na sala de tratamentos/inalatória e na UICD observou também a utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor, como a solução de sacarose e de pensos cutâneos *EMLA* na realização de punção venosa, embora considere que o tempo requerido para uma eficaz prevenção da dor constitua ainda um obstáculo na sua aplicação, assim como a preocupação em preparar a criança/família antes da realização de qualquer tratamento

ou procedimento, assegurando um ambiente de afetividade. Verificou a preocupação de que a criança esteja sempre acompanhada por um adulto de referência e incentivou a promoção do brincar e da realização de atividades lúdicas. De facto, o brincar é a linguagem universal da criança, constituindo uma técnica efetiva na relação com esta, essencial para o seu bem-estar mental, emocional e social ao constituir um aspeto basilar da promoção do desenvolvimento infantil em ambiente hospitalar, pois afasta-a temporariamente dos sentimentos de sofrimento e através dela cria estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação. No entanto, é sobre uma das medidas farmacológicas que incidiu a curiosidade, visto ser desconhecida na prática de cuidados onde exerce funções. Um fármaco não opióide, usado em procedimentos dolorosos em crianças, em situação de urgência/emergência, o Livopan®, é uma mistura gasosa de 50% de protóxido de azoto e 50% de oxigénio. Não assistiu à utilização deste fármaco, mas segundo a enfermeira orientadora e a evidência científica, é utilizado em procedimentos considerados muito dolorosos como o tratamento de queimaduras, punção lombar, redução de fraturas, suturas, que ficam assim atenuados com a inalação do produto pela criança, com sucesso evidenciado pela redução da dor, diminuição do impacto psicológico, contribuindo para a eficiência do procedimento. A revisão crítica da literatura sobre o Livopan® encontra-se no apêndice 6.

Ao prestar cuidados na UICD a uma criança de 6 anos que iria ser submetida a uma apendicectomia, verificou que existiu pouca preparação da criança para a cirurgia. O consentimento informado foi obtido através da assinatura dos pais após breve explicação do procedimento e a criança não foi envolvida na explicação através dos cuidados não traumáticos ou do brincar. A OE (2010, p.31,32) no guia orientador de boas práticas emana diretrizes que reforçam essa prática, “se o internamento ocorre no dia da cirurgia, e a preparação da criança/do adolescente e família não foi realizada em ambulatório, o tempo que medeia até à mesma deve ser amplamente aproveitado de modo a que se possam conhecer o que vai acontecer e o porquê, através do método que for mais apropriado às suas características”. Deste modo, mesmo em situações de emergência, não devem ser esquecidas todas as consequências nefastas de submeter uma criança e família a um procedimento cirúrgico sem qualquer informação prévia. A importância da preparação cirúrgica nesta criança encontra-se refletida no apêndice 7.

Na UICD acompanhou a criança de 6 anos e os dois RNs que tinham sofrido quedas. Neste momento, mais calmo e tranquilo para a criança e família, após conhecerem o

diagnóstico e as consequências das quedas, foi uma oportunidade de relembrar e fazer os ensinamentos sobre segurança e prevenção de quedas, tanto à criança como às suas famílias. Outra atividade planejada seria a recolha de protocolos de prevenção e atuação após a queda das crianças no serviço de urgência. Porém, não existem protocolos específicos para as crianças, contudo existe um grupo de trabalho no hospital para prevenção de quedas. Ao procurar saber junto deste grupo qual o trabalho que estavam a desenvolver, questionou sobre a escala que utilizavam para avaliar o risco de queda pediátrica e neonatal e também quais as medidas preventivas que existiam no serviço. Percebeu através do grupo de trabalho que se realizava uma notificação adequada do evento adverso - queda na plataforma de notificação de incidentes na *intranet*, que o guia de acolhimento abordava a segurança ao referir que os pais não se podem ausentar sem elevarem as grades da cama ou berço dos filhos, que nos registos de enfermagem, na avaliação do papel parental são registadas as intervenções com a finalidade de prevenir e reduzir o risco de queda. Percebeu também, através do grupo, que para avaliar o risco de queda no SUP iria entrar em utilização a escala *Humpty Dumpty* até então desconhecida dos profissionais e, por isso, e no âmbito da essência do projeto, foi realizada uma sessão de formação com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para o risco de queda pediátrica e neonatal e de lesões resultantes de quedas no ambiente hospitalar e fornecer orientações sobre essa escala e sobre intervenções para a prevenção de quedas, as quais se encontram no apêndice 8. A formação desempenha um papel determinante em relação à prestação de cuidados de enfermagem, pois esta é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes (Collière, 2003). Deste modo, o desenvolvimento profissional tendo por base a formação contínua ao longo de toda a carreira profissional, é uma necessidade imperativa dos enfermeiros, permitindo-lhes a aquisição de competências para uma prestação de cuidados de qualidade, tendo em conta os novos desafios que se impõem. Neste sentido, pareceu pertinente investigar e realizar um momento de formação sobre a escala *Humpty Dumpty* e não realizar, por exemplo, sobre a escala de avaliação utilizada no hospital onde exerce funções, pois considera ser importante que a teoria não seja dissociada da prática e que a formação contínua se narre como um fator importante nesse sentido. O facto de tomar conhecimento sobre esta escala, permitiu também investigar e conhecer novas referências bibliográficas, fatores de risco de queda e intervenções para a prevenção, que serão úteis futuramente na construção de outras atividades deste projeto, como a construção da EARN.

Após a apresentação desta sessão de formação, houve oportunidade de visualizar algumas mudanças no serviço, nomeadamente através da realização de intervenções para a redução do risco de queda por parte da equipa de enfermagem, anteriormente refletidas na sessão: colocar as crianças mais pequenas em berços com grades em vez de camas grandes; colocar os RNs em observação nas unidades mais próximas do balcão de enfermagem; realizar as transferências das crianças da sala de tratamentos/inalatória para a UICD em maca, em vez das crianças irem pelo próprio pé ou ao colo da mãe.

Desta forma, a formação em contexto de trabalho também se revela uma estratégia de mudança, para uma prestação de cuidados de qualidade tendo em conta os novos desafios que se impõem no dia-a-dia dos cuidados.

### 2.1.3 Contexto de Internamento de Pediatria

A prestação de cuidados na adaptação da criança/do jovem e da família à doença crónica integra-se no âmbito da assistência pediátrica de média e alta complexidade. A doença crónica exige a necessidade de desenvolver um *modus operandi* que considere o uso de tecnologias “de ponta”, a incorporação constante de novos conhecimentos, além da relação com a criança/o jovem e família. Estes contextos exigem uma resposta de cuidados de enfermagem, competente, rápida e eficaz, aportando, não raras vezes, um cariz de grande complexidade a tais situações. Neste estágio de 2 semanas de duração, no SIP, foi sobre a prestação de cuidados a crianças/aos jovens com doença crónica que pretendeu refletir.

Participou na assistência à criança e família no diagnóstico de diabetes tipo 1 a uma adolescente de 14 anos, na tentativa da aceitação do “novo” estado de saúde da jovem (por parte dos familiares e da própria), bem como na garantia de uma adesão ao regime terapêutico eficaz, por forma a impedir futuras complicações e internamentos recorrentes. Os ensinamentos para a saúde, numa perspetiva de empoderamento dos pais e da jovem e os cuidados centrados na família são “ferramentas” essenciais no cuidar em enfermagem a crianças/famílias com doença crónica numa postura de suporte, perante as necessidades da criança e dos pais, ainda que promovendo a sua autonomia. A inclusão da jovem e da família nos cuidados é substancial para a saúde e bem-estar da mesma e é largamente reconhecida como a melhor prática em enfermagem pediátrica (Shields, *et al.*, 2006).

Atualmente, devido à rápida progressão tecnológica, tem-se verificado um aumento da esperança de vida da criança com doença crónica. Tal facto, leva a que, por vezes, a

criança tenha alta hospitalar, não porque a sua situação de saúde esteja restabelecida mas porque a situação que apresenta está estável e, embora continue a precisar de cuidados e vigilância ativa, o local da prestação desses cuidados irá ser o domicílio (OE, 2010). Desta forma, quando foi feito o diagnóstico de diabetes tipo 1 à jovem, foi importante que a equipa de saúde se centrasse nas necessidades daquela jovem/família tendo em conta a complexidade que este sistema representa. Pelo tempo de permanência junto dos mesmos, os enfermeiros detêm o privilégio de proximidade, servindo de elo de ligação entre a jovem e a família e a restante equipa de saúde.

O PNSIJ enfatiza também o apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis (DGS, 2013), pois, a prestação de cuidados à criança e família não se restringe somente à assistência diferenciada em contexto hospitalar, mas também a outros contextos assistenciais. Hoje existe uma realidade assistencial pediátrica bastante diversificada, numa tentativa de dar resposta às múltiplas necessidades de cuidados de saúde sentidas pelas crianças e pelas suas famílias.

Na verdade, esta alteração de saúde da jovem exige uma profunda alteração da sua vida pessoal e familiar. Para isso, contribui a necessidade de um plano terapêutico específico (alimentar, de exercício e medicamentoso), a exigência de um tratamento diário e intensivo e as implicações e limitações psicossociais causadas pela doença. A sua natureza crónica também representa uma instabilidade emocional e estrutural para toda a família com repercussões a vários níveis (e.g. social, emocional, psicológico, de desenvolvimento, etc.) e por isso considerou importante a possibilidade de recurso a apoio psicológico e a sinalização e o encaminhamento que realizou para a Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal (APDP). As informações sobre a rotina e os hábitos de vida da jovem, foram essenciais para um apoio continuado, de forma a promover assim, o retorno a casa e aos hábitos de vida da família (ainda que com novas necessidades).

A abordagem desta jovem com necessidades especiais iniciou-se no hospital, no SIP, com o diagnóstico mas prolonga-se no tempo, no sentido da sua integração/inclusão na comunidade e para isso deve também o enfermeiro da comunidade trabalhar junto da escola e de outras estruturas da comunidade, pelo que encaminhou o processo da jovem para a enfermeira responsável nos CSP, através de uma carta de transferência de enfermagem, evitando a exclusão social a que muitas vezes estão sujeitas estas crianças e adolescentes. Só uma abordagem completa permitirá que aconteça a fase de readaptação e reeducação para a prevenção de futuras lesões e manutenção da estabilidade do sistema,

com a instituição de medidas reforçadas para prevenir o aparecimento de novas lesões (Neuman & Fawcett, 2010), neste caso de descompensações da doença.

Ao sofrer uma queda o RN fica em risco eminente de doença crónica. A evidência científica refere que as lesões físicas do RN que podem surgir com a queda são o edema, hematoma, contusão ou fratura do crânio (Helsey, *et. al.*, 2010, Monson, *et al*, 2008) que podem originar como complicação a paralisia cerebral. Neste sentido, foi importante ao longo da prestação de cuidados no estágio, transmitir orientações aos pais sobre a segurança, tais como não adormecer com o RN ao colo ou elevar as grades do berço quando se ausentam. Percebeu que muitos dos pais não tinham essa preocupação anteriormente e foi notória a mudança de comportamento dos pais ao longo dos turnos que foram realizados, relativamente aos cuidados em segurança.

Ao longo do estágio no SIP não existiu oportunidade de cuidar de nenhuma criança que tenha sofrido uma queda ou que apresentasse lesões provenientes de quedas, contudo outra das atividades proposta foi: conhecer a escala de avaliação do risco de queda pediátrico utilizado no SIP; perceber como se procede ao registo das intervenções de prevenção da queda; constatar como se faz o registo da queda na eventualidade do evento acontecer. A escala de avaliação utilizada no serviço denomina-se “Sempre em pé” e é aplicada apenas em crianças a partir de 1 mês de idade. A pontuação da escala é revertida em risco reduzido, moderado ou elevado e são realizadas intervenções de enfermagem de acordo com o risco. Para toda a equipa multidisciplinar conhecer o risco de queda de cada criança são colocadas bolas da cor específica de cada risco na pulseira de identificação da criança. Desta forma, todos os profissionais do hospital conhecem o risco e fazem a adequação das medidas preventivas. As intervenções de enfermagem para a prevenção da queda são realizadas a todas as crianças, e tendo em conta o seu risco de queda, o enfermeiro define quais as intervenções preventivas e a sua periodicidade, sendo de notar que são registadas também todas as intervenções relativas ao ensino de prevenção de quedas à criança, pais ou ao cuidador. É levantada também a intervenção “Registar queda” no processo de enfermagem das crianças internadas, se o evento acontecer, e descrevem-se as circunstâncias do acidente, os motivos de queda e o grau de severidade. Este novo conhecimento, assim como a aplicabilidade da escala nas crianças internadas, permitiu conhecer novos fatores de risco (abordados na escala) e intervenções para a prevenção de queda consoante o risco, que serão úteis na elaboração dos objetivos deste trabalho, relativos à construção do foco “Cair” para o RN, da EARN e do algoritmo de atuação pós-queda.

#### 2.1.4 Contexto de Unidade de Neonatologia e Internamento de Obstetrícia

A experiência de ser pai ou mãe revela-se como um dos mais importantes e desafiadores papéis na vida de um indivíduo. Desta forma, conhecer e compreender esta experiência da parentalidade, facilitando estratégias que promovam este processo de transição nos estágios que se realizaram no SIO e na UN foram especialmente importantes, assim como a prestação de cuidados promotores do desenvolvimento do RN e da vinculação da tríade (pais/RN), focos importantes da atenção do enfermeiro.

O internamento de um RN prematuro ou doente, numa UN, pode, desde logo, refletir a dificuldade dos pais relativamente aos seus processos de transição (e.g. bebé imaginário vs. o bebé real), ao início da vinculação e ao desempenho do seu papel parental, pois o internamento do RN após o nascimento desencadeia um conjunto de stressores que podem influenciar o adequado desenvolvimento do RN, a vinculação e o processo de transição para a parentalidade.

A UN onde realizou o estágio recebe RNs prematuros desde as 28 semanas de idade gestacional e RNs doentes até aos 28 dias de vida. Dispõe de unidades de internamento para cuidados intensivos e cuidados intermédios.

A grande evolução tecnológica tem proporcionado uma diminuição da mortalidade e morbidade destes utentes de risco (Neto & Rodrigues, 2010). No entanto, o cuidar não se prende apenas com um conjunto de procedimentos. O cuidar em enfermagem, passa pela implementação de intervenções que permitam ao sistema RN/família, face aos stressores, manter o seu nível de homeostasia (Neuman & Fawcett, 2010).

Ao longo da prestação de cuidados na UN, pôde constatar que existe uma preocupação com o envolvimento da família, no sentido da promoção da vinculação e do empoderamento dos pais para os capacitar nos cuidados aos RNs. Por isso, na primeira visita do pai, ao RN, é incentivado o toque e é perguntado qual o nome do RN (dar nome ao RN ajuda a assumi-lo como uma pessoa). É feita uma breve explicação da organização e funcionamento da unidade e esclarecidas as dúvidas que o pai manifesta. Aquando da primeira visita da mãe, o toque é sempre incentivado, a incubadora é colocada ao nível visual da mãe (muitas vezes desloca-se em cadeira de rodas) e são dadas informações sobre as capacidades do RN, embora pequeno ou doente, mostra-se o que a criança já é capaz de fazer. É aqui implementado o processo de Parceria de Cuidados, conceito desenvolvido por Anne Casey, em que a criança e os pais funcionam como uma unidade familiar. Na UN esta abordagem é de suma importância, na medida em que, permite aos

pais sentirem-se no seu papel de pais. Quando se trabalha com populações neonatais doentes deparam-se situações que, para além da fragilidade e doença do RN, há uma separação prematura da tríade, com interrupção do processo de vinculação, pelo que é primordial estimular o envolvimento dos pais ou substitutos nos cuidados ao filho doente. O processo de parceria de cuidados exige flexibilidade na negociação dos cuidados e liberdade para os pais decidirem a colaboração que sentem ser capazes de dar e o grau de envolvimento que querem e/ou podem ter, contando sempre com o apoio dos profissionais. A participação dos pais é indispensável, pois são cuidados que segundo Casey (1993) devem ser em forma de proteção, estímulo e amor.

Face a uma família em profundo sofrimento, devido à alteração do percurso esperado em que, existe um vazio entre o bebé idealizado e o bebé real, impera a importância de acionar um plano de cuidados que inclua os pais. A participação dos pais nesta vertente é indispensável e logo que a situação clínica do RN o permita (ainda que ventilado) é colocado ao colo dos pais e muitas vezes é promovido o contacto pele com pele (método canguru), assim como o beijar, o falar, são estratégias de suma importância por acarretarem benefícios físicos e emocionais tanto para o RN como para a família. Ao longo do internamento, adicionar a esse plano de cuidados aprendizagens sobre: amamentação, cuidados de higiene, conforto, segurança, prevenção de cair, entre outros é deveras importante, de forma a adaptar todos os cuidados à evolução clínica do RN (Casey, 1993) e desta forma promover a vinculação da tríade e o desenvolvimento do RN. Os cuidados são ensinados aos pais individualmente e em sessões de formação de preparação para a alta em grupo, no âmbito de um programa de intervenção criado na UN, denominado “Oficinas do Cuidar” e todas as competências ensinadas são registadas no *desktop* de enfermagem e consoante o estádio em que os pais se encontrem, as aprendizagens são registadas em: ensinar, validar, instruir ou treinar.

A amamentação é assim outro dos focos de atenção do enfermeiro. Já em 1989 a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância “UNICEF”, numa declaração conjunta, recomendam a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade e o aleitamento materno até aos dois anos. Os reflexos envolvidos na alimentação do RN estão muitas vezes ausentes ou alterados. A estimulação sensoriomotora dos reflexos orais, tendo por base a avaliação das competências do RN e a sua idade gestacional, através da sucção não nutritiva e da estimulação, é fundamental para garantir uma autonomia alimentar (Calado & Souza, 2009). Contudo, de forma a promover a vinculação é importante que o enfermeiro informe os pais acerca da importância do aleitamento materno e, sempre que

a mãe demonstre vontade em amamentar, os ensinamentos sobre a extração e transporte de leite devem ser iniciados o mais precocemente possível. Se, por um lado é fundamental que o RN de risco seja alimentado com leite materno, por outro, a estimulação desde o nascimento é determinante para o estabelecimento de uma amamentação eficaz quando a situação do RN o permitir. Mais uma vez destaca a importância de um trabalho em parceria com os pais na garantia dos melhores cuidados para o RN.

Para além da promoção da participação dos pais nos cuidados, o plano de cuidados deve incluir também o respeito pelos períodos de sono/atividade e a minimização dos estímulos ambientais dolorosos. O respeito pelos períodos de sono é essencial para uma integração sensorial harmoniosa, uma vez que é durante o sono que muitas das aprendizagens são incorporadas e sedimentadas (Algarin, 2007). Importa referir que, em muitas situações os estímulos desadequados são inevitáveis, mas existem outras em que são evitáveis. Os RNs são muitas vezes sujeitos a estímulos dolorosos (e.g. punções venosas, intubações), a estímulos auditivos de intensidade excessiva (e.g. ventilação de alta frequência) e a manipulações excessivas. Nestes momentos o enfermeiro deve adotar intervenções que incluam o nível de prevenção primário e secundário que possibilitem fortalecer as defesas do sistema RN.

O choro, a hipertonia, a desorganização motora traduzem reações do sistema que requerem intervenções como a contenção, o toque e a sucção não nutritiva que têm por objetivo intervir no controlo de sintomas como forma de restabelecer o sistema (Neuman & Fawcett, 2010). A dor, que foi considerada o 5º sinal vital (DGS, 2003), deve ser minimizada uma vez que consiste num estímulo sensorial negativo que pode comprometer o desenvolvimento do sistema nervoso central. A dor é sem dúvida um foco de atenção dos enfermeiros desta UN. A sua monitorização é feita através da escala *Neural Information Processing Systems* “NIPS”, sendo que a adequação das medidas não farmacológicas no controlo da dor, como a utilização da sacarose antes dos procedimentos dolorosos, o posicionamento, a contenção e a sucção não nutritiva, é uma prática diária. Relativamente à prevenção da queda, não existem protocolos nem normas de atuação e as intervenções realizadas de prevenção da queda (e.g. posicionar corretamente todos os dispositivos médicos acondicionados ao RN ao colocá-lo ao colo dos pais, ou verificar se as portas das incubadoras estão fechadas) não são registadas no *desktop* de enfermagem, são apenas realizadas de forma empírica pela equipa de enfermagem. Contudo, a nota de alta de enfermagem, onde estão incluídos os ensinamentos sobre a segurança e prevenção de

quedas, é registada no boletim de saúde infantil e juvenil (BSIJ), de forma a permitir uma continuidade de cuidados na comunidade.

A realização deste estágio com duração de 6 semanas nesta unidade permitiu principalmente consolidar os fatores de risco de queda do RN, relativos ao próprio RN, ao profissional de saúde, ao ambiente e à mãe/cuidador. Permitiu observar com maior detalhe o que vem referido na evidência científica. Permitiu compreender que os cuidados realizados ao RN pelo profissional de saúde ou mãe/cuidador, potenciam o seu risco de queda, nomeadamente, que retirar ou manipular várias vezes por dia o RN da incubadora/do berço vai aumentar o seu risco de queda. Que as condições do ambiente também podem potenciar o risco, dependendo da modalidade utilizada para o RN se deslocar no serviço, a outro serviço ou outro hospital, pois, se o RN se deslocar ao colo dos profissionais, ou da mãe/cuidador, dentro da unidade, o risco vai ser mais elevado em comparação com o RN que não sai da incubadora e por fim, que as condições inerentes ao próprio RN, como a modalidade de alimentação que faz e o número de dispositivos médicos a que está conectado, também podem potenciar o risco de queda. Na modalidade de alimentação está descrito na bibliografia que a amamentação exclusiva potencia o risco de queda, pois o RN é altamente manipulado em comparação com o RN que recebe a sua alimentação por sonda gástrica e que quanto maior for o número de dispositivos médicos conectados ao RN maior será o risco, o que compreende que no RN ventilado com acessos venosos centrais, soros e medicação endovenosa, seja mais difícil a sua mobilização e colocação ao colo dos pais comparativamente com o RN que só tenha uma sonda gástrica, potenciando assim o seu risco de queda.

A aquisição destes conhecimentos e a consolidação dos mesmos foi uma mais-valia na criação de indicadores para desenvolver a EARN, abordada no próximo subcapítulo.

“Ajudar as mães e os pais na aquisição de competências associadas a um eficaz desempenho do papel parental parece constituir uma dimensão pró-ativa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde” (Chritoffel & Leandro, 2011, p. 230). Quando nasce um RN saudável, também os profissionais de enfermagem, iniciam processos de cuidados que visam a capacitação dos pais para assegurarem o melhor crescimento e desenvolvimento da criança.

Ao longo da realização do estágio no SIO existiu também oportunidade de participar nos cuidados ao RN e família na promoção da vinculação e das competências parentais através do ensino, validação, instrução e treino de aprendizagens como o conforto, a amamentação, os cuidados de higiene, os sinais de alarme, a segurança, numa perspetiva

de preparação para a alta e encaminhamento para os CSP e/ou outros. Procurou, de acordo com a teoria ambientalista de Florence Nightingale, dar a conhecer aos pais a criação de um ambiente acolhedor e seguro, para auxiliar a família no seu processo de saúde. Ao criar um ambiente acolhedor e seguro procurou, ao nível da segurança e prevenção da queda, transmitir competências aos pais na identificação e diminuição dos fatores de risco, associados ao stressor queda. Para prevenir a possível reação e o aparecimento de lesões (e.g. prevenção primária), implementaram-se medidas para reduzir o risco de queda, junto aos RNs em risco ao longo do processo de prestação de cuidados. Também foi realizado o envolvimento da família para a promoção de um ambiente seguro, através de ensinamentos fundamentados sobre as medidas de prevenção das quedas.

Contudo, para ensinar, instruir e treinar é necessário conhecer a dinâmica do sistema família uma vez que “as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde só fazem sentido quando atendem às necessidades reais das famílias e têm significados dentro do seu contexto social, económico e cultural em que elas se inserem.” (Chritoffel & Leandro, 201, p.230). Percebeu, aquando da participação em visitas domiciliárias no estágio de CSP, que muitas vezes os ensinamentos não se encontram adequados aos recursos da família. Um dos motivos será a brevidade do internamento da família neste serviço (que difere em muito da UN) que faz com que os ensinamentos realizados, não tenham tempo de ser consolidados por parte dos cuidadores. Desta forma, foi pertinente refletir sobre a importância de conhecer a família através da colheita de dados inicial aquando na admissão da família no hospital, (e.g. perceber se é um primeiro filho, se existe rede de suporte familiar, as condições habitacionais, entre outros...) e também a importância da passagem de informação através dos registos, para a comunidade. O que seriam intervenções que integram a prevenção primária tornam-se, muitas vezes, agentes stressores que podem fragilizar o sistema RN/família, pelo número elevado de orientações dadas em tão pouco tempo de internamento e ao não encaminhamento da família para a comunidade.

Na alta, o RN e a família vão para o domicílio e ficam à responsabilidade da rede de suporte familiar e dos CSP e por isso torna-se premente investir na partilha de informação entre os vários contextos de cuidados ao RN e família, o que tal não acontece neste serviço, pois a carta de alta de enfermagem não é entregue aos pais. Sugeriu então a realização de uma carta de alta que incluía o planeamento de cuidados do RN/da família, realizada no BSIJ, (já feito na UN) onde se pudessem registar os focos de atenção da equipa de enfermagem hospitalar: na amamentação (e.g. se o RN faz amamentação

exclusiva ou necessita de suplemento), na parentalidade (e.g. os cuidados onde os pais já são autónomos) na presença de eritema (e.g. se o RN apresentar a região perianal ruborizada e necessitar de aplicação de creme). Desta forma, como o BSIJ acompanha sempre o RN, aquando da sua vigilância de saúde nos CSP, a informação seria transmitida à equipa de enfermagem por forma a assegurar e manter uma assistência individualizada promotora do desenvolvimento infantil.

Quanto à temática principal deste percurso, não existem protocolos de prevenção ou normas de atuação em caso de queda do RN. Apenas é realizada o registo da queda, se a mesma acontecer, num local apropriado (Cair: Atual - Registar a queda) no *desktop* de enfermagem, com uma breve explicação do sucedido, dados estes que depois não conseguem ser colhidos, pois esta intervenção não está parametrizada para o RN.

A realização do estágio no SIO, com duração de 2 semanas, permitiu consolidar o conhecimento sobre os fatores de risco de queda do RN, relacionados com a sua mãe. Permitiu observar com maior detalhe a importância do cansaço materno, devido ao parto ou por falta de descanso, do nível de dor, da terapêutica efetuada e da experiência anterior com bebés e a sua influência no aumento do risco de queda do RN. Detalhes que facilitarão também a construção da EARCEN.

Por fim, tendo em conta todos os fatores de risco observados, a realização de uma sessão de formação que pretendesse sensibilizar os profissionais de saúde, nomeadamente a equipa de enfermagem do SIO sobre a temática da queda no RN no ambiente hospitalar, pareceu muito pertinente (cf. Apêndice 9). A formação desempenha um papel determinante em relação à prestação de cuidados de enfermagem, pois esta é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes (Collière, 2003). Desta forma, procedeu à transmissão de conhecimentos teóricos para a implementação de intervenções de enfermagem com vista à prevenção de quedas no utente neonatal. Após a sessão algumas mudanças começaram a ser sentidas no serviço, nomeadamente, da referenciação, aquando do acolhimento da família, sobre colocar sempre o RN para dormir no berço e não adormecer com o RN ao colo. Esta sessão de formação deu início também ao registo destas e outras intervenções de enfermagem para reduzir o risco de queda do RN, que serão consolidadas nos meses seguintes e que serão abordadas no próximo subcapítulo.

## **2.2. Prestação de Cuidados na Prevenção do Risco de Queda e do Risco de Lesão após a queda, nos recém-nascidos, no ambiente hospitalar**

O hospital onde exerce funções funciona numa parceria público-privada projetada para dar resposta à necessidade de substituição da anterior instituição, que, com mais de 40 anos, já se encontrava física e estruturalmente inadequada para prestar cuidados de saúde de qualidade à população envolvente. Esta nova organização foi pensada e construída de raiz não só para assegurar a assistência com excelência, mas para prosseguir com uma gestão responsável dos recursos humanos, físicos e tecnológicos disponíveis.

O Departamento de Pediatria é composto pelo SUP, o SIP, o SIO, o serviço de bloco de partos, pela UN (cuidados intermédios e intensivos) e unidade de cuidados intermédios de pediatria. A filosofia destes serviços respeita, na íntegra, os artigos constituintes da Carta da Criança Hospitalizada, assim como o processo de Parceria de Cuidados em que a criança e os pais funcionam como uma unidade familiar (Casey, 1993) e as demais recomendações, quer nacionais quer internacionais, que servem de orientação para a prestação de cuidados de qualidade cada vez mais humanizados. As condições físicas de excelência, assim como a qualidade dos equipamentos também contribuem para a satisfação de utentes e profissionais, assim como se tornam serviços mais acolhedores e respondem a uma prestação de cuidados mais segura e menos traumática.

Acompanhando a crescente informatização dos serviços de saúde, este hospital tem como recurso, para a documentação dos cuidados de enfermagem, uma aplicação informática denominada de “*Desktop de Enfermagem*”, orientada para o registo dos cuidados de enfermagem prestados em todos os serviços, onde o padrão documental construído e definido, permite a produção de informação válida acerca do contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde da população que recorre ao hospital. Essa documentação dos cuidados de enfermagem é realizada segundo as etapas do Processo de Enfermagem com recurso à linguagem que a OE e OMS preconizam, a CIPE®, estando a versão 2 já implementada. O Conselho Internacional de Enfermeiros (2010) refere que a CIPE® é indispensável para a investigação, para a gestão e para a visibilidade da prática de enfermagem. Deste modo, é possível a extração de indicadores de saúde, que permitirão tirar conclusões promotoras da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, atingindo assim, maiores ganhos em saúde.

Segundo os enunciados descritivos da OE (2001), uma das áreas de maior enfoque dos enfermeiros é a gestão de risco, fortemente ligada à prevenção de complicações, onde a

promoção de segurança do utente se assume como uma área muito sensível aos cuidados de enfermagem.

Também o foco “Cair” é sensível aos cuidados de enfermagem, constando no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem (OE, 2007). Alguns dos indicadores que concedem essa visibilidade, referem-se: à taxa de efetividade na prevenção do risco de cair; à taxa de prevalência do cair atual e por último à modificação positiva no estágio do diagnóstico ao se obterem ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para a prevenção da queda. Estes indicadores são resultados sensíveis e representativos dos contributos dos cuidados de enfermagem. Contudo, para que se consigam obter resultados mensuráveis é necessário proceder-se à avaliação dessas taxas, o que não acontece no hospital onde exerce funções, na população neonatal. As mencionadas taxas só serão mensuráveis se se incorporar no *desktop*, uma escala de avaliação do risco de cair neonatal e a documentação das intervenções de enfermagem para prevenir o risco de queda e o risco de lesões no RN, o que vem reforçar a pertinência da realização deste percurso.

O hospital onde exerce funções é o local onde propôs desenvolver o projeto e dispõe de uma cultura organizacional promotora da formação. Neste sentido, como responsável pela padronização do foco “Cair” para o RN, foi importante criar um grupo de trabalho com elementos de todo o departamento de pediatria, com o objetivo de rever e construir documentação relativa ao foco no RN, algo que só estava desenvolvido no adulto e na criança. Desta forma, ao desenhar-se, pelo grupo, o padrão documental do foco “Cair” relacionado com o RN, várias foram as oportunidades de “discussão” sobre os diagnósticos que deveriam ser incluídos e tendo por base a evidência científica, foram definidos os seguintes diagnósticos: “Risco de Cair” e “Aprendizagem: Cair” para a prevenção do risco de queda e “Cair: Atual” para minimizar o risco de lesão após a queda. Em seguida, serão abordadas as intervenções de enfermagem que refletem os cuidados de enfermagem e dão resposta a estes diagnósticos e que, juntamente com a elaboração dos procedimentos associados aos mesmos, irão fornecer instrumentos úteis para planos de cuidados cada vez mais adequados, individualizados e cientificamente sustentados.

### 2.2.1 Prevenção do Risco de Queda

No âmbito da prevenção de queda deve ser incluída a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de queda, a implementação de

medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas (Decreto-Lei n.º28/2015). De facto, segundo o Plano Nacional de Segurança dos Doentes (2015), deve haver uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após a ocorrência de uma queda.

Este pressuposto é também incorporado pela entidade certificadora do hospital onde exerce funções, a JCI, que tem como meta internacional de segurança: a redução do risco de lesões provenientes de quedas nos utentes. Este organismo define como elementos mensuráveis: a implementação de um processo para avaliação inicial e contínua; a reavaliação e intervenção de utentes internados e externos, identificados como estando sujeito a risco de queda; a implementação de medidas para reduzir o risco de queda nos utentes, situações e locais identificados e avaliados como sujeitos a risco (JCI, 2015).

De forma a ir ao encontro do protagonizado por estas duas entidades, pretendeu implementar um procedimento de avaliação inicial, através da criação de indicadores para desenvolver a EARN.

Risco é definido na CIPE®, versão 2 (2011, p.83), como: “Potencialidade: existir em possibilidade, risco”. Entende então que o RN se encontra em risco sempre que o enfermeiro identifique um stressor que possa causar possíveis alterações no sistema RN. No ambiente hospitalar existem stressores intra e inter pessoais que contribuem para facilmente fragilizar ou deteriorar as linhas flexíveis de defesa do RN. Do ponto de vista teórico e das experiências que adquiriu ao longo dos estágios, é factual que o RN está em constante risco de queda, no ambiente hospitalar, por pertencer a uma população vulnerável que depende exclusivamente dos seus cuidadores (e.g. familiares e profissionais de saúde) para estar protegido de lesões. Tal como foi denominado no subcapítulo anterior correspondente ao Contexto de Unidade de Neonatologia e Internamento de Obstetrícia, os fatores de risco estão ligados ao próprio RN, ao profissional de saúde, ao ambiente e à sua mãe/cuidador (cf. Apêndice 10).

A identificação dos indicadores baseados nos fatores de risco de queda do RN permitiu assim, desenvolver o “desenho” de uma escala denominada “Escala de avaliação do risco de cair neonatal”. A decisão de desenvolver uma escala de raiz prendeu-se com o facto de na evidência científica consultada não serem encontradas escalas que avaliassem todos os campos de fatores de risco identificados.

Sendo assim, o “desenho” da EARN é constituído por 12 indicadores, cada um com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4), onde os “scores” (somatório) dos indicadores variam entre 6 e 48 pontos, sendo que, quanto menor for o somatório da pontuação menor é o risco de queda e vice-versa. Da avaliação desta pontuação sairá a classificação e identificação dos graus de risco de queda de cada RN (e.g. elevado, moderado ou reduzido). A escala EARN e o respetivo guia de preenchimento encontram-se no apêndice 11.

Contudo este “desenho” ainda só contém a definição de indicadores, faltando ainda a realização do pré-teste e a validação estatística com RNs portugueses para se poder utilizar em cada RN.

A leitura dos resultados da investigação permitirá dizer, com toda a certeza, que na idade neonatal, o ambiente hospitalar representa um conjunto de stressores que, pela situação de grande fragilidade do sistema RN, facilmente podem comprometer a segurança e o desenvolvimento do RN. Desta forma e tendo em conta esta fragilidade e dependência do RN, o grupo de trabalho ao atuar na reformulação do foco “Cair” para o RN, decidiu que o diagnóstico: “Risco de Cair” seria sempre elevado para o RN (em todos os serviços onde é possível o seu internamento - UN, SIO, SIP, SUP, serviço de bloco de partos e unidade de cuidados intermédios de pediatria), levantando-se assim o diagnóstico “Risco de Cair: Elevado” até a escala de avaliação criada se tornar aplicável. Decidiu também que seria sempre levantado o diagnóstico: “Aprendizagem: Cair” em todos os RNs, juntamente com o diagnóstico anterior, onde estarão descritos os ensinamentos realizados à família para a prevenção da queda.

O passo seguinte foi a criação de intervenções de enfermagem para a prevenção da queda do RN, relacionadas com estes diagnósticos, com especificações direcionadas para cada serviço (cf. Apêndice 12). Estas intervenções aplicam-se a todos os RNs e família e são planeados pela equipa de enfermagem. Visam identificar e modificar os fatores de risco que poderão contribuir para a queda do RN e consciencializar os profissionais para esta problemática. Visam também o ganho de competências da família através da realização de ensinamentos sobre segurança para que os possam demonstrar com autonomia durante os cuidados ao RN. As intervenções com especificações dirigidas a cada RN/família, associadas a estes dois diagnósticos devem ser introduzidas no plano de cuidados e calendarizadas de modo a individualizar os cuidados. São muitas vezes intervenções comuns aos dois diagnósticos, e pertencem aos três níveis de prevenção de Neuman (primária, secundária e terciária). Uma mesma intervenção, como “Providenciar:

dispositivos de segurança” no RN pode ser uma intervenção primária, quando se pretende que “o RN seja colocado para dormir no berço” de forma a diminuir o risco, ou terciária, quando se pretende corrigir que “o RN não adormeça na cama com mãe”, na reeducação para a prevenção de futuras lesões, no sentido da manutenção da estabilidade e da readaptação do sistema RN/família.

Após o começo da reformulação do Foco “Cair” com a associação de diagnósticos e intervenções dirigidas ao RN, iniciou a sensibilização/formação dos profissionais para que aplicassem na prática dos cuidados um ambiente seguro para o RN e a sua família, através de sessão de formação, que foi realizada em Abril de 2015 e teve como público todos os enfermeiros do departamento da pediatria do hospital (cf. Apêndice 13). É prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, através da formação, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados, neste caso a população neonatal e sua família (OE, 2001). Após esta primeira sessão de formação, sentiu-se, por parte de toda a equipa, a necessidade de serem efetuadas sessões de formação mais pequenas e em maior número, por serviço, onde fossem abordadas as intervenções de enfermagem com as especificações direcionadas a cada serviço, que decorreram no mês de Junho e Julho de 2015. No apêndice 14 encontram-se as especificações direcionadas à UN, no apêndice 15 ao serviço de bloco de partos, no apêndice 16 ao SIO e finalmente no apêndice 17 ao SUP, SIP e unidade de cuidados intermédios de pediatria. Foi no final do mês de Julho que toda a equipa de enfermagem destes serviços, já levantava os diagnósticos corretos para os RNs, assim como selecionava as intervenções de enfermagem pertinentes para redução do risco de queda.

O envolvimento da família para a promoção de um ambiente seguro, é conseguido, como referido anteriormente, pelo ganho de competências sobre a segurança, através dos ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem aquando do levantamento do diagnóstico: “Aprendizagem: Cair”. Outra forma de alertar e consciencializar a família para as medidas de prevenção de quedas foi também a realização de um folheto a ser entregue à família no início de cada internamento, denominado “Prevenção da Queda no RN” (cf. Apêndice 18).

Por fim, ainda dentro do âmbito da prevenção de quedas no RN, foi definida pelo grupo de trabalho a necessidade de se elaborarem normas/procedimentos reconhecidas como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício

profissional dos enfermeiros (OE, 2003). No sentido de existir uma linha orientadora comum para a prática de cuidados, foi assim criado o procedimento: “Prevenção da ocorrência de quedas nos RNs” transversal aos vários serviços do departamento de pediatria (cf. Apêndice 19).

### 2.2.2 Atuação Pós-queda de forma a Reduzir o Risco de Lesão

Segundo o Programa Nacional de Segurança dos Doentes as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem desenvolver planos para a gestão da prevenção das quedas, mas quando não se consegue prevenir que a queda aconteça, devem-se investigar as causas e realizar auditorias internas regulares, para identificar os fatores contribuintes e prevenir a recorrência das mesmas (Decreto-Lei n.º28/2015).

Também, como já foi referido, segundo a JCI, o hospital deve desenvolver e implementar um processo para reduzir o risco de lesões provenientes de quedas nos utentes internados ou em ambulatório (JCI, 2015).

Neste sentido, no âmbito da atuação pós-queda, de forma a diminuir o risco de lesão proveniente da mesma, a primeira estratégia utilizada foi a elaboração de um algoritmo de atuação pós-queda (cf. Apêndice 20), em que a sua aplicação irá permitir a redução do risco de lesões, através de uma atuação atempada e em conformidade por todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Quando um RN cai, dentro do ambiente hospitalar, estamos perante um problema multifacetado devido às complexidades físicas que podem ir desde o hematoma à fratura ou à morte e às complexidades emocionais de todos os que poderão estar envolvidos, como a ansiedade, o medo e culpa associada à queda. Neste sentido, através da utilização do algoritmo, existirá uma uniformização na prestação de cuidados de saúde no período pós-queda do RN, de modo a garantir que todos os RNs sejam adequadamente e atempadamente avaliados e cuidados, reduzindo o risco da lesão. E ao reduzir-se o risco da lesão, irá contribuir-se para a manutenção do bem-estar físico, psicológico e social do RN e da sua família.

Após a queda é importante realizar o registo das vigilâncias sistemáticas e também fazer o correto registo do episódio. É importante notificar o incidente para que, em equipa, se possa discutir, partilhar, aprender, antecipar e prevenir.

O grupo de trabalho ao qual pertence, ao atuar na parametrização do foco “Cair” para o RN, decidiu introduzir no âmbito do diagnóstico: “Cair: Atual” (que é levantado quando

existe uma queda no ambiente hospitalar) as intervenções de enfermagem que devem ser vigiadas e registadas e calendarizá-las de modo a individualizar os cuidados, nunca num intervalo superior a 4h durante as primeiras 48h após a queda, também para chamar a atenção da equipa de que existiu uma queda recentemente. Nessas intervenções de enfermagem estão incluídas a monitorização dos sinais vitais, a vigilância do padrão respiratório, da pele e mucosas, da atividade e tónus muscular, do choro, da perda sanguínea, dos sinais de compromisso neurocirculatório, da cabeça (e.g. fontanela, suturas, reação pupilar), dos reflexos e do vômito e também o ensino da família sobre prevenção de queda e a respetiva validação. Desta forma, é possível antecipar alguma alteração do comportamento do RN e intervir mais atempadamente e também proporcionar o ganho de competências da família, sobre segurança e prevenção de quedas, através da realização de ensinamentos durante os cuidados ao RN.

Esta abordagem do RN inscreve-se na visão sistémica defendida pelo modelo de Neuman, ao dar ênfase aos stressores provenientes da queda que podem danificar as linhas de defesa da criança/família e provocar uma reação do sistema que pode comprometer a variável desenvolvimento. Assume aqui a importância da prevenção secundária, direcionada para o tratamento de lesões e para a prevenção de outros possíveis stressores e da prevenção terciária, com a reeducação para a prevenção de futuras lesões e manutenção da estabilidade, através da instituição de medidas reforçadas para prevenir o aparecimento de novas lesões (Neuman & Fawcett, 2002).

Com a mesma importância foi trabalhado, no foco “Cair”, a intervenção: “Registar: Queda”, onde será notificado todo o episódio da queda do RN. Desta intervenção, já são mensalmente extraídos e trabalhados dados, pertencentes ao adulto e à criança, pelo grupo de trabalho, nomeadamente: o serviço onde ocorreu a queda, o horário, o motivo de queda, o grau de severidade, se estava registado o risco de queda aquedado ao utente e se existiam medidas preventivas na altura do incidente. Todos estes dados, após trabalhados e convertidos em valores percentuais, são exportados mensalmente, semestralmente ou anualmente para a administração regional de saúde ou para a entidade certificadora da qualidade e segurança do hospital, a JCI. Desta forma, foi importante criar motivos de queda e graus de severidade adequados ao RN, para se poderem extrair dados do mesmo, juntamente aos dados já extraídos do adulto e da criança. No apêndice 21 encontram-se os diferentes motivos da queda e graus de severidade que foram criados para responder às exigências da população neonatal, baseados na investigação existente.

A extração de dados reais sobre esta problemática só é possível, se os registos estiverem o mais corretos possível. Somente através dos registos se conseguem identificar os fatores contribuintes para a queda e prevenir a sua recorrência (Decreto-Lei n.º28/2015).

Esta continuação da reformulação do foco “Cair” com a associação do diagnóstico “Cair: Atual” e de novas intervenções e formas de registo dirigidas ao RN foi também transmitida a todos os enfermeiros do departamento de pediatria, do hospital onde exerce funções, através da sessão de formação realizada em Abril de 2015 (cf. Apêndice 13), já referida anteriormente.

Por fim, dentro do âmbito da atuação pós-queda do RN, no ambiente hospitalar, foi também elaborado o procedimento: “Atuação após a ocorrência de quedas nos recém-nascidos no ambiente hospitalar” (cf. Apêndice 22) transversal aos vários serviços do departamento. Neste procedimento está incluído o algoritmo de atuação pós-queda e também as intervenções a realizar para prevenir o risco de lesão e os registos a serem elaborados para notificar o incidente, no sentido de orientar a prática dos cuidados.

A procura da qualidade de cuidados de enfermagem centra-se numa intervenção prática que exige um contínuo aperfeiçoamento das competências teóricas, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades e aos novos desafios que se impõem. Neste desafio, foi a teoria de sistemas de Betty Neuman que norteou o processo de análise da prática ao identificar um conjunto de stressores que podem influenciar o adequado desenvolvimento do RN, bem como dos recursos que o podem fortalecer. O resultado desta análise, fundamentada pela evidência científica, foi a essência da reconstrução do foco de cuidados em estudo.

### **3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRA ESPECIALISTA**

O percurso de aquisição de competências para EE encontra-se descrito neste capítulo. Para Le Boterf (1995) o conceito de competência corresponde a um saber agir responsável que é reconhecido pelos outros e que implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado, possibilitando a gestão de situações profissionais cada vez mais complexas, instáveis e circunstanciais.

Este conceito está integrado no perfil de EE que é quem detém "um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (OE, 2010, p.2). Serrano, Costa e Costa (2011, p.16) afirmam que o processo de cuidar coloca ao enfermeiro o desafio de mobilizar "competências cognitivas e reflexivas (e.g. raciocínio lógico, resolução de problemas), competências afetivas (e.g. a arte de cuidar) e competências estéticas e reflexivas (e.g. o conhecimento de si e a transferência para outras situações)" e Benner (2001) refere que a competência e a prática competente significam implementar intervenções de enfermagem competentes e competências de juízos clínicos em situações clínicas reais.

Em pediatria, a especialização desponta como um contributo importante na prestação de cuidados diferenciados e especializados à criança e família, sobretudo em situações de maior complexidade, nos diferentes contextos de assistência. Assim, o EEESCJ é chamado a ser um enfermeiro perito prestando cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e sua família em qualquer contexto em que ela se encontre.

Remetendo para o relatório apresentado, a Unidade Curricular Estágio com Relatório, constituiu uma oportunidade para desenvolvimento pessoal e profissional de acordo com as competências clínicas especializadas em Saúde Infantil e Pediatria definidas pela OE, em diferentes contextos da prática. Conjugaram-se os novos conhecimentos adquiridos com toda a experiência profissional e a formação de base e pós-graduada adquirida, mobilizando a teoria e a prática de forma sistemática, na abordagem à criança e família.

Uma profunda e cuidada revisão bibliográfica possibilitou, precisamente, aprofundar conhecimentos sobre a temática central – Prevenção de queda e atuação pós-queda no RN em ambiente hospitalar, bem como, outras temáticas pertinentes no cuidar da criança e família e fundamentar estratégias a serem implementadas perante as situações/problemas detetados. Através do percurso de atividades e aprendizagens significativas, cujas atividades foram descritas e analisadas no capítulo anterior, considerando a globalidade das experiências de estágio e a construção do Foco Cair no RN, tornaram um percurso formativo bastante enriquecedor, e promotor da aquisição das competências, com diferentes níveis de profundidade, de todos os domínios comuns e específicos inerentes ao título de EEESCJ.

No que diz respeito às competências comuns do EE, este percurso permitiu o seu desenvolvimento em vários domínios. No domínio da responsabilidade profissional ética e legal ao demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, que obrigou a desenvolver a capacidade de liderança, proatividade e de gestão de situações potencialmente comprometedoras. A existência de questões éticas, presentes na prática diária impera a uma consciência de que o conhecimento das leis, dos princípios éticos e dos valores morais, são fulcrais para o quotidiano dos cuidados, assim como o recurso ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e ao CD, torna-se essencial para uma tomada de decisão refletida e fundamentada, promotora da humanização dos cuidados, da vida e qualidade de vida, da dignidade humana e da saúde e bem-estar.

No domínio da melhoria da qualidade merece especial destaque o desenvolvimento do foco “Cair” para o RN, que vai ao encontro do que é pretendido pela JCI, entidade que acredita o hospital onde trabalha, e exigiu o desenvolvimento de importantes competências durante a sua conceção, gestão e liderança, que permitiram manter um ambiente seguro para o RN/família.

A nível do domínio da gestão dos cuidados, o desenvolvimento de competências foi também potenciado pelos cuidados de especificidade à criança e família e de maior complexidade ao RN e criança gravemente doente ou portador de doença crónica, assim como na elaboração deste projeto de prevenção de queda e atuação pós-queda do RN no ambiente hospitalar, uma vez que permitiu o desenvolvimento e suporte de iniciativas de melhoria da qualidade com implicações ao nível da tomada de decisão, do processo de enfermagem e da promoção do trabalho de equipa. Este objetivo foi conseguido através da implementação de estratégias de liderança assertivas e adaptadas ao clima

organizacional, estratégias de motivação em prol de um objetivo comum e também através de estratégias formativas, mais adequadas às características da equipa de enfermagem, visando o desempenho diferenciado.

Destaca, por fim, as competências que desenvolveu no domínio das aprendizagens profissionais. Uma atitude reflexiva foi fundamental ao longo deste percurso de aprendizagem, na medida em que possibilitou o autoconhecimento, a procura contínua do aperfeiçoamento das práticas, a identificação de áreas de maior necessidade de formação, a constante procura pela sustentação científica atualizada das intervenções e a sua aplicação na prática. A partilha do conhecimento com as equipas, para uma prática mais segura e competente, foi demonstrada particularmente através da utilização da comunicação verbal e não-verbal e/ou escrita, efetiva e clara em sessões de formação, na elaboração do foco “Cair” no *desktop* de enfermagem, da EARN, do algoritmo de atuação pós-queda, do folheto e dos procedimentos de enfermagem.

Relativamente às competências específicas do EEESCJ, o desenvolvimento da assistência à criança/ao jovem e família, na maximização da sua saúde foi conseguido através do trabalho em parceria com as crianças, os jovens, os pais e/ou família ao identificar as suas necessidades e ao transmitir conhecimentos e aprendizagens com a preocupação de negociar e de os envolver nos cuidados. Essas aprendizagens foram transmitidas através de orientações antecipatórias individualizadas, de uma sessão de educação em grupo sobre segurança e da elaboração de suportes em papel como o folheto sobre prevenção da queda do RN. Ao articular, sinalizar e encaminhar crianças/jovens e famílias para a comunidade, pela via da continuidade de cuidados, através da elaboração de cartas de alta dos RNs e carta de transferência da criança com doença crónica, desenvolveu competências de parceria com os recursos da comunidade nomeadamente, com os CSP e com a APDP. A prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio permitiu igualmente desenvolver competências quanto ao diagnóstico e intervenção nas doenças comuns, com o desenvolvimento de conhecimentos sobre as mesmas, ao validar os ensinamentos fornecidos e ao analisar os comportamentos de saúde da criança/do jovem e família. Salienta também o desenvolvimento de competências no diagnóstico precoce de situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/do jovem como é o caso dos maus tratos infantis salientando o NACJR que foi essencial para aprofundar conhecimentos sobre a identificação e intervenção e encaminhamento em situações de suspeita ou evidência de maus tratos.

O cuidar da criança/do jovem e família em situações de especial complexidade foi claramente a competência mais desenvolvida tendo em conta, não apenas projeto de estágio e a prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio mas também a experiência profissional adquirida até à data. Foi desenvolvida, nomeadamente, nos contextos de estágio no SUP E UN, salientando também a experiência profissional de cerca de 6 anos em Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais e em Cuidados Intermédios de Pediatria, que contribuíram para o reconhecimento de situações de instabilidade, mobilização de conhecimentos e habilidades na resposta pronta antecipatória, respeitando os algoritmos de suporte básico e avançado de vida pediátrico. O desenvolvimento de competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/do jovem foi conseguido através da aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor e demonstrando que o alívio da dor pode ser promovido em qualquer contexto de cuidados, reforçando a responsabilidade do EEESCJ na prestação de cuidados não traumáticos. Ao nível da doença crónica importa também referir a relevância do papel do EEESCJ na promoção da adaptação da criança/do jovem e família à doença crónica, num trabalho de parceria que promova a capacitação, aplicando estratégias promotoras de uma esperança realista e assegurando a continuidade dos cuidados e o trabalho em rede de apoio na comunidade que dá suporte familiar. Um dos exemplos foi o encaminhamento da criança com doença crónica, conseguido através da carta transferência para a APDP.

A competência da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem foi desenvolvida no dia-a-dia da prestação de cuidados, com a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através da sua avaliação, registo e fornecimento de orientações antecipatórias aos pais/à família como estratégia vital para fornecer informação às famílias e capacitá-las nos cuidados à criança/ao jovem. A promoção da vinculação, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, foi conseguida através da utilização de estratégias promotoras do contacto físico entre os pais e o RN, com a promoção do aleitamento materno, o incentivo ao toque, o colo, o método canguru e o envolvimento e negociação dos pais nos cuidados ao RN. A comunicação com a criança e família, de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e à cultura, foi transversal a todos os contextos de estágio, que numa perspetiva de cuidados centrados na família, é a base de uma relação de parceria de cuidados, exigindo aperfeiçoamento de habilidades de comunicação, de forma a ter uma intencionalidade terapêutica. Desta forma, o treino de

técnicas de comunicação verbal e não-verbal, o recurso à escuta, à utilização do silêncio, mostrando empatia e disponibilidade assumiu-se como um componente de elevada importância ao longo deste percurso, reconhecendo a sua complexidade e relevância no processo de enfermagem.

Pelo anteriormente exposto, considera que todo este percurso de aprendizagem foi marcado pelo claro desenvolvimento de competências de EE e também pela consolidação do conceito de autonomia do enfermeiro. Segundo o artigo n.º 9 do REPE, “consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (Decreto-Lei, 1996, p.2961).

#### **4. PROJETOS FUTUROS**

A complexidade que reveste a promoção da segurança tem enorme interesse pessoal, que com o percurso de formação académica, culminou com a realização do desejo de intervir para a melhoria da qualidade de vida das crianças, nomeadamente dos RNs, através da realização do projeto no âmbito da prevenção da queda e na atuação pós-queda, no ambiente hospitalar. O passo seguinte pretende que seja a divulgação desde projeto, não só a todos os enfermeiros do departamento de pediatria do hospital onde exerce funções mas também a todos os enfermeiros de outras instituições. Este passo, já foi iniciado com a participação em Encontros e Seminários de Enfermagem Pediátrica e Neonatal.

No II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o desenvolvimento - Qualidade e Segurança, que se realizou no dia 13 de Novembro de 2015 no Polo Calouste Gulbenkian da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi integrada numa mesa redonda a convite da organização do encontro, onde apresentou uma comunicação oral intitulada “A Redução do risco de lesão resultante de quedas no RN” que sintetizou todo o caminho realizado no âmbito da prevenção e atuação pós-queda com apresentação da EARN, de intervenções para a prevenção, do algoritmo de atuação pós-queda e a forma de registo do episódio de queda. No 6.º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria, realizado no dia 26 de Novembro de 2015 no Auditório Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo, Évora, apresentou uma comunicação oral numa mesa de comunicações, intitulada “Desenvolvimento da Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal” onde foi descrito todo o processo de desenvolvimento da EARN. Por fim, no Seminário de Enfermagem em Pediatria - Antecipar para melhor cuidar, realizado no dia 3 Fevereiro de 2016 no Auditório do Hospital de Cascais, a convite da organização para integrar uma mesa redonda, apresentou os indicadores propostos para a construção da EARN e respetivo guia de preenchimento e também o algoritmo de atuação pós-queda, numa comunicação intitulada “A queda do RN no ambiente hospitalar – Da prevenção à atuação pós-queda”. As referidas apresentações encontram-se nos apêndices 23, 24 e 25, respetivamente. Estes desafios foram aceites com um enorme sentido de responsabilidade com a consciência de que, constituem uma valiosa oportunidade de colaborar em atividades de reflexão, sensibilização e formação de todos os profissionais que lidam com os RNs.

A construção de um instrumento de avaliação do risco de queda, a EARN, não faria sentido, sem ir um pouco mais além, e continuar o estudo de validação da escala. Pretende que, brevemente, ainda neste semestre, se realize o pré-teste da mesma na UN onde exerce funções e posteriormente dar continuidade e efetividade prática a este instrumento com o Teste de Validação da EARN, para o último semestre de 2016, com colheita de dados, a nível nacional, nas diversas UN do país, disponíveis para colaborar, integrando este estudo na UI&DE, numa parceria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa com o hospital onde desempenha funções. Desta forma, consegue concluir o objetivo da Investigação: avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento de avaliação do risco de queda para a população neonatal portuguesa. Pois o conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem permite melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

No hospital onde exerce funções, pretende continuar na liderança do grupo de trabalho de prevenção de quedas com o intuito de conhecer e avaliar cada queda ocorrida no hospital e verificar se o seu registo se encontra correto, para que se possa partilhar e discutir cada evento com o grupo de trabalho, de forma a antecipar ou prevenir novos eventos. Também pretende participar numa atualização constante do foco de atenção de enfermagem “Cair”, no sentido de fundamentar a prática de cuidados, de melhorar a documentação e de integrar novos conhecimentos e por fim na formação dos profissionais de saúde sobre esta temática.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o percurso realizado, tendo por base uma atitude reflexiva, permitiu construir oportunidades de aprendizagem que conduziram à consolidação dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e possibilitou a aquisição e o desenvolvimento dos domínios das competências clínicas especializadas, que permitiram o processo de transição para EE, refletindo-se numa prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/ao jovem, numa perspetiva de cuidados centrados na família, na procura permanente pela excelência de cuidados.

Este percurso formativo foi orientado pela metodologia do projeto considerando ideal para a construção do caminho entre a teoria e a prática.

As Teorias e o Modelos de Enfermagem apresentados que nortearam o processo de análise da prática dos cuidados nos diferentes locais de estágio, fundamentadas pela evidência científica, foram a essência que permitiu a construção do projeto de prevenção e atuação pós-queda do RN, no ambiente hospitalar.

A parametrização do Foco “Cair” para o RN decorreu de uma necessidade pessoal associada a uma necessidade do serviço onde exerce funções, favorável para o desenvolvimento e início de implementação do projeto. Com a parametrização do mesmo e no futuro, com os dados provenientes da avaliação do risco de cada RN, a equipa de enfermagem conseguirá obter indicadores de saúde, de acordo com o documento “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde”, que permitirão tirar conclusões que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, maiores ganhos em saúde e comparar resultados a nível nacional e internacional.

Assim, neste Relatório, encontra-se refletido um trabalho que engloba a mobilização, reflexão e aprofundamento de conhecimentos adquiridos, nas dimensões teóricas, de autoformação e de prática clínica, que espelha, desenvolvimento pessoal, formativo e profissional, com o objetivo primordial de se tornar Perito. Segundo Benner (2001, p.54) o Perito “(...) têm uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis (...) e age a partir de uma compreensão profunda da situação global”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abike, F., Tiras, S., Dunder, I., Bahtiyar, A., Uzun, O., & Demircan, O. (2010). A New Scale for Evaluating the Risks for In-Hospital Falls of Newborn Infants: A Failure Modes and Effects Analysis Study. *International Journal of Pediatrics*, 9;
- Algarin, C., & Patricio, D. (2007). Sleep in brain development. *Biological Research*, 40, 471-478;
- Andrade, T., Casanova, C., Carvalho, F., & Fernandes, A. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, 17(1), 16-20;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Calado, D., & Souza, R. (2012). Intervenção Fonoaudiológica em Recém-Nascidos Pré-Termo: Estimulação Oromotora e Sucção não Nutritiva. *Revista Cevac*, 14, 176-181;
- Carneiro, F., Bezerra, A., Camargo e Silva, A., Pereira de Souza, L., Paranaguá, T., & Branquinho, N. (2011). Eventos adversos na clinica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Revista de Enfermagem Universidade Estado do Rio de Janeiro*. 19(2), 204-11;
- Carneiro, S. (2010). *As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de Enfermagem nos serviços de Pediatria*. ICBAS. Dissertação de Mestrado em Ciência de Enfermagem;
- Casey, A. (1993). *Development and Use of the Partnership Model of Nursing Care. Advances in Child Health Nursing*: Londres;
- Cassiani, S. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 95-99;
- Christoffel, M., & Leandro, J. (2011). Cuidado Familiar de Recém-nascidos no Domicílio: Um estudo de Caso Etnográfico. *Texto Contexto de Enfermagem*, 20, 223-31;
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência;
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa. Lidel;
- Concelho Internacional de Enfermeiros (2008). *Servir a Comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Ordem dos Enfermeiros;

- Costa, M., Padilha, I., Amante, L., Costa, E., & Bock, L. (2009). O Legado de Florence Nightingale: Uma Viagem no Tempo. *Texto Contexto de Enfermagem*, 18(4), 661-669;
- Coutinho, M. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*. 22(1), 55-64;
- Decesaro, M., & Padilha, K. (2002). Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação de em UTI: queda de pacientes. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 1(1), 159-162;
- Decreto-lei n.º 28/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, II série, N.º 28 (10/02/2015), 3882(2)-3882(10);
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Reconhece os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. *Diário da República – I Série A*, N.º 38 (22/02/2008). 1182-1189;
- Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série A, N.º205 (04/09/1996), 2959-2962;
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em 06.06.2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>;
- Direção Geral da Saúde (2012). *Prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas*. Acedido em 14/04/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>;
- Direção Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 06.09.2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0402011-de-21122011-atualizada-a26012012-jpg.aspx>;
- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor*. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. Lisboa;
- Dykes, P., Carroll, D., Hurley, A., Lipsitz, S., Benoit, A., Chang, F., Meltzer, S., Tsurikova, R., Zuyov, L., & Middleton, B. (2010). Fall prevention in acute care hospitals. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, 304(17), 1912-18;

- Gama, Z., & Conesa, A. (2008). Factores de riesgo de caídas em ancianos: revisión sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 42(5), 946-56;
- Gelady-Duff, V., & Heims, M. (2005). Enfermagem de Família em Saúde Infantil. In Hanson, S. M. H. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. (I. Ligeiro, Trad.). 3ªEd, 259-29;
- Gomes, A. (2008). *Iniciativas para a segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais*. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 138f;
- Helsley, L., McDonald, J., & Stewart, V. (2010). Addressing In-Hospital “Falls” of Newborn Infants. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(7), 327-333;
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Edt.). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente. (9ªed), (Vol. I), (pp. 1-20). Lisboa: Lusociência;
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente. (9ªed). Lisboa: Lusociência;
- Jansen, M., Santos, R., & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 247-53;
- Joint Commission International (2015). Normas Internacionais – IPSC – 06 Redução do risco de lesão do doente resultante de queda;
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. (3ªEd.). Paris;
- Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 37-44;
- Martins, C. (2008). *Transição para a Parentalidade*. Programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura. Universidade de Lisboa, Junho de 2008;
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company;
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28;
- Mercer, R. (2002). Transitions to parenthood. *Nurseweek*;

- Meurer, J., Yang, H., Guse, C., Scanlon, M., & Layde, P. (2006). Medical injuries among hospitalized children. *Quality and Safety in sHeath Care*, 15, 202-205;
- Monson, S., Henry, E., Lambert, D., Schmutz, N., & Christensen, R. (2008). In-Hospital “Falls” of Newborn Infants: Data from a Multihopital Health Care. *Pediatrics*, 122(2), 277-280;
- Neto, J., & Rodrigues, B. (2010). Tecnologias como Fundamento do Cuidar em Neonatologia. *Texto Contexto de Enfermagem*, 19(2), 372-377;
- Neuman, B. (1989). The Betty Neuman health-care systems model: a total person approach to patient problems. In: RIEHL, C. S.; ROY, J. P. *Conceptual model for nursing practice*. Norwalk: Appleton & Lange, 119-131;
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model*. 5rd Edition. Norwalk: Appleton e Lange. pp 732.
- Nystrom, K., & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child’s first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319–330;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série 1. Nº 6. Acedido em 05.09.2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP\\_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (tradução do original do inglês ICNP® Version 2 - International Classification for Nursing Practice, 2010);
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp 1-14;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, Volume 2, N.º3. Acedido em: 05.09.2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_VoIII.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VoIII.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, Volume 1, N.º3. Acedido em: 05.09.2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp 1-10;

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp 1-5;

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Acedido em: 24/06/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2\\_Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2_Maio2006.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. In: Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos enfermeiros (1998). *Código Deontológico do Enfermeiro*. DL 104/98. Acedido em: 24/09/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf);

Organização Mundial da Saúde, UNICEF (2008). *O Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes com Crianças e Adolescentes*. Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: [https://www.unicef.pt/18/08\\_12\\_10\\_pr\\_child\\_injury.pdf](https://www.unicef.pt/18/08_12_10_pr_child_injury.pdf);

Organização Mundial de Saúde (2008). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009*. Geneva (Switzerland). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=931&Itemid=1](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931&Itemid=1);

Organização Mundial de Saúde (2002). *Quality of care: patient safety*. Acedido em: 14/05/2014. Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/ewha5518.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf)

Paiva, M., Paiva, S., & Berti, H. (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44(2), 287-94;

- Paiva, M., Paiva, S., Berti, H., & Campana, A. (2010). Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Revista da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44(1), 134-8;
- Paul, S., Goodman, A., Remorino, R., & Bolger, S. (2011). Newborn falls in-hospital: Time to address the issue. *The Practising Midwife*, 14(4), 29-32;
- Peterlini, M., & Pereira, S. (2006). *Os erros humanos: abrangência e tipos*. São Paulo: Atheneu, 19-26;
- Phalen, A., & Smolenski, J. (2010). Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39, 42-47;
- Portal da Saúde (2010). *OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo*. Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: <http://www.min-saúde.pt/portal/conteúdos/a+saúde+em+Portugal/noticias/arquivo/2010/9/quedas+oms.htm>;
- Schatkosky, A., Wegner, W., Algeri, S., & Pedro, E. (2009). Safety and protection for hospitalized children: literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 410-416;
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (3), 15-23;
- Shiels, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family Centered Care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323;
- Slogar, A., Gargiulo, D., & Bodrock, J. (2013). Tracking “Near Misses” to keep Newborns safe from Falls. *Nursing for Women’s Health*, 17(3), 219-223;
- Soares, H. (2008). *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Tese de Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto ciências biomédicas Abel Salazar;
- Stevens, J., & Sogolow, E. (2008). *Preventing falls: What works a CDC compendium of effective community-based interventions from around the world*. Atlanta: CDC; The American Nurses Association’s National Database of Nursing Quality Indicators©. (2014);
- Tinetti, M., & Kumar, C. (2010). The patient who falls: “It’s always a trade-off.” *Journal of the American Medical Association* Chicago, 303(3), 258-266;
- Vieira, J. (2002). Triagem de enfermagem na urgência geral de adultos. *Sinais Vitais*, 42, 33-35;

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 –  
Evidência Científica sobre a Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar**

## LISTA BIBLIOGRÁFICA:

- Abike, F., Tiras, S., Dunder, I., & Bahtiyar, A. (2010). A New Scale for Evaluating the Risks for In-Hospital Falls of Newborn Infants: A Failure Modes and Effects Analysis Study. *International Journal of Pediatrics*. 2010, 9p;
- Galuska L. (2011). Prevention of in-hospital newborn falls. *Nursing for Women's Health*, 15(1), 59-61;
- Helsley, L., McDonald, J., & Stewart, V. (2010). Addressing In-Hospital “Falls” of Newborn Infants. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(7), 327-333;
- Monson, S., Henry, E., Lambert, D., Schmutz, N., & Christensen, R. (2008). In-Hospital “Falls” of Newborn Infants: Data from a Multihospital Health Care. *Pediatrics*, 122(2), 277-280;
- Paul, S., Goodman, A., Remorino, R., & Bolger, S. (2011). Newborn falls in-hospital: Time to address the issue. *The Practising Midwife*, 14(4), 29-32;
- Phalen, A., & Smolenski, J. (2010). Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39, 42-47.

**APÊNDICE 2 –  
Projeto de Estágio – Objetivos Gerais, Específicos e respectivas Atividades**

De forma a atuar-se na problemática identificada propôs-se os seguintes objetivos gerais, objetivos específicos e atividades a desenvolver, de forma a atingi-los:

<p><b>OBJETIVO GERAL 1.</b> Desenvolver Competências para a Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde da Criança e do Jovem, tendo como foco de atenção a Promoção da Segurança, em situação de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento;</p>	
<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p>	<p><b>ATIVIDADES</b></p>
<p>1.1. Prestar cuidados á criança/jovem e família num percurso conducente à apropriação do perfil e competências estabelecido para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem;</p> <p>(Transversal a todos os locais de estágio - de 28 Setembro 2014 a 13 Fevereiro 2015)</p>	<p>1.1.1. Conhecimento da estrutura física, funcional e organizacional dos respetivos serviços/instituições, através da observação e da consulta de políticas, normas e protocolos;</p> <p>1.1.2. Desenvolvimento das Competências Específicas no âmbito dos cuidados de enfermagem avançada à criança/família em situações de transição, nos processos da saúde/doença, com vista à maximização da saúde, bem-estar;</p> <p>1.1.3. Contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem avançada em saúde da criança e do jovem através da participação nos cuidados, com a colaboração do supervisor do ensino clinico;</p> <p>1.1.4. Observação do papel do EEESCJ na dinâmica da equipa de enfermagem em cada serviço – na tomada de decisão e liderança, na gestão e prestação dos cuidados, na formação dos profissionais da equipa que integra, e na Investigação no serviço;</p> <p>1.1.5. Integração na equipa multidisciplinar e organização de serviço;</p>

	1.1.6. Conhecimento da metodologia de trabalho das equipas, nos diferentes campos de estágio.
<p>1.2. Aprofundar conhecimentos sobre a Promoção de Segurança nos Cuidados de Enfermagem e também sobre quedas, dando enfoque especial aos recém-nascidos no ambiente hospitalar;</p> <p>(Transversal a todos os locais de estágio - de 28 Setembro 2014 a 13 Fevereiro 2015)</p>	<p>1.2.1. Aquisição de conhecimentos sobre segurança nos cuidados, através de pesquisa bibliográfica sobre a segurança dos utentes internados e efeitos adversos;</p> <p>1.2.2. Aquisição de conhecimentos sobre a queda no adulto e criança, através de pesquisa bibliográfica sobre definição, frequência, fatores de risco e circunstâncias;</p> <p>1.2.3. Aquisição de conhecimentos sobre queda no recém-nascido em contexto hospitalar, através de pesquisa bibliográfica sobre definição, frequência, fatores de risco e circunstâncias, avaliação do risco e intervenções de enfermagem;</p>
<p>1.3. Integrar o processo de cuidados de enfermagem e o seu registo, nos vários contextos de saúde/doença e nas várias etapas de desenvolvimento da criança e do jovem, dando enfoque à promoção da segurança e redução do risco de queda e de lesões resultantes de quedas;</p> <p>(Transversal a todos os locais de estágio - de 28 Setembro 2014 a 13 Fevereiro 2015)</p>	<p>1.3.1. Identificação de procedimentos de atuação para a promoção de segurança nos cuidados, normas de avaliação do risco de queda, estratégias de redução do risco de quedas e lesões após a ocorrência das quedas, através da pesquisa de protocolos ou normas;</p> <p>1.3.2. Observação e colaboração nas práticas de enfermagem, nos diferentes contextos de saúde/doença, dando especial atenção à promoção de segurança;</p> <p>1.3.3. Perceção das intervenções de enfermagem e atuação aos três níveis de prevenção, relativamente à redução do risco de queda e do risco de lesões resultantes de quedas, nas diferentes situações de saúde/doença da criança/jovem;</p>

	<p>1.3.4. Consulta e registo dos cuidados de enfermagem, dando especial ênfase à promoção da segurança.</p>
<p>1.4. Compreender a promoção de segurança, redução do risco de queda e lesões resultantes de quedas no recém-nascido, em contexto de aula de preparação para o parto e visita ao recém-nascido no domicílio;</p> <p>(Centro de Saúde - de 28 Setembro a 24 Outubro 2014)</p>	<p>1.4.1. Participação nas aulas de preparação para o parto e nas visitas ao recém-nascido no domicílio, de forma a compreender as orientações dadas/cuidados antecipatórios;</p> <p>1.4.2. Análise das orientações e estratégias da promoção da segurança, da redução do risco de queda e de lesões após ocorrência de quedas, através da participação nas aulas da preparação para o parto e na visita ao recém-nascido e observação do domicílio da família;</p> <p>1.4.3. Identificação do ambiente seguro ou de risco no domicílio e intervir para a mudança do mesmo;</p> <p>1.4.4. Articulação entre as orientações para alta do recém-nascido, dadas no hospital, as orientações dadas nas aulas de preparação para o parto, com as estratégias utilizadas pelos pais para promoverem um ambiente com segurança, no domicílio;</p> <p>1.4.5. Sensibilização dos pais que participam nas aulas de preparação para o parto para a segurança do recém-nascido, através de sessão de educação para a saúde.</p>
<p>1.5. Minimizar as complicações inerentes à lesão resultante da queda, logo após a sua ocorrência, em contexto de urgência;</p>	<p>1.5.1. Observação e colaboração nos cuidados imediatos na criança e no jovem, após a ocorrência da queda;</p> <p>1.5.2. Sensibilização dos pais sobre a importância da prevenção das quedas e redução das</p>

<p>(Serviço Urgência Pediátrica - de 27 Outubro a 21 Novembro 2014)</p>	<p>complicações resultantes das quedas, através de orientações dadas durante a prestação de cuidados;</p> <p>1.5.3. Sensibilização dos profissionais de saúde para o risco de queda e de lesões resultantes de quedas no recém-nascidos no hospital, através de sessão de formação sobre, definição, frequência, fatores de risco, circunstâncias, avaliação do risco e intervenções de enfermagem.</p>
<p>1.6. Realizar o planeamento da alta hospitalar do recém-nascido, após o seu nascimento, com ênfase na promoção da segurança, redução do risco de quedas e lesões resultante das quedas;</p> <p>(Serviço de Internamento de Obstetrícia - de 24 Novembro a 5 Dezembro 2014)</p>	<p>1.6.1. Identificação das orientações para a alta sobre promoção da segurança no ambulatório, redução do risco de queda e lesões decorrentes das quedas, através da pesquisa em normas existentes ou na observação e participação dos cuidados;</p> <p>1.6.2. Sensibilização dos profissionais de saúde para o risco de queda e de lesões resultantes de quedas no recém-nascidos no ambiente hospitalar, através de sessão de formação sobre, definição, frequência, fatores de risco, circunstâncias, avaliação do risco e intervenções de enfermagem.</p>
<p>1.7. Prestar cuidados no período de reconstituição ou adaptação da criança ou jovem, após a ocorrência da queda, de forma a reduzir os seus efeitos residuais;</p> <p>(Serviço de Internamento de Pediatria - de 8 a 17 Dezembro 2014)</p>	<p>1.7.1. Perceção dos efeitos residuais da queda na criança para que possa intervir nos mesmos;</p> <p>1.7.2. Encaminhamento da criança/jovem para os recursos da comunidade, de forma a adaptar-se à doença e reduzir os seus efeitos residuais;</p> <p>1.7.3. Sensibilização dos profissionais de saúde para o risco de queda e de lesões resultantes de quedas no recém-nascidos no ambiente hospitalar, através de sessão de formação sobre, definição,</p>

	frequência, fatores de risco, circunstâncias, avaliação do risco e intervenções de enfermagem.
--	--

<b>OBJETIVO GERAL 2.</b> Desenvolver processos de Cuidados Promotores da Redução do Risco de Queda e do Risco de Lesões resultantes de Quedas nos recém-nascidos, em situação de saúde/doença, no ambiente hospitalar.	
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
<p>2.1. Reduzir o Risco de Queda nos recém-nascidos, em situação de saúde/doença, no ambiente hospitalar;</p> <p>(Unidade de Neonatologia - de 5 Janeiro a 13 Fevereiro 2015)</p>	<p>2.1.1. Implementação de procedimento de avaliação inicial, através da criação de indicadores para desenvolver uma escala de avaliação do risco de queda;</p> <p>2.2.2. Implementação de medidas/intervenções de enfermagem para reduzir o risco de quedas, junto aos recém-nascidos aos quais foi verificado estarem em risco;</p> <p>2.2.3. Junção das intervenções de enfermagem, de acordo com o risco de queda, com a linguagem CIPE;</p> <p>2.2.4. Envolvimento da família para a promoção de um ambiente seguro, ao alertá-los para as medidas de prevenção das quedas, através de folheto;</p> <p>2.2.5. Formação/sensibilização dos profissionais (continua) em todos os serviços com recém-nascidos, de forma a manterem a monitorização deste indicador de qualidade clínica;</p> <p>2.2.6. Desenvolvimento de políticas e/ou procedimentos destinados a reduzir o risco de queda nos recém-nascidos;</p>

<p>2.2. Reduzir o Risco de Lesões resultantes de quedas nos recém-nascidos, em situação de saúde/doença, no ambiente hospitalar.</p> <p>(Unidade de Neonatologia – de 5 Janeiro a 13 Fevereiro 2015);</p>	<p>2.2.1. Criação e implementação de um algoritmo de atuação após a ocorrência de queda do recém-nascido, no ambiente hospitalar, com as medidas a implementar;</p> <p>2.2.2. Prestação de cuidados após a ocorrência de lesões no caso de uma queda;</p> <p>2.2.3. Transmissão de orientações à família para minimizar o risco de lesão após ocorrência de quedas, através de folheto;</p> <p>2.2.4 Desenvolvimento de políticas e/ou procedimentos destinados a reduzir o risco de lesões nos recém-nascidos;</p> <p>2.2.5. Formação/sensibilização dos profissionais (contínua) em todos os serviços com recém-nascidos;</p> <p>2.2.6. Realização do registo de quedas dos recém-nascidos, na plataforma informática de registos.</p>
---	--

**APÊNDICE 3 –  
Cronograma de Estágio**

## CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

		ANOS		2014												2015										
		MESES		set.			outubro				novembro				dezembro					janeiro				fevereiro		mar
		DIAS		29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	18	5	12	19	26	2	9	16	23	2	
		3	10	17	24	31	7	14	21	28	5*	12	17	2	9	16	23	30	6	13	20	27	6			
Saúde Infantil e Pediátrica	3 S e m e s t r e	Estágio com Relatório												Férias de Natal					Elaboração do Relatório							

Legenda:

- Centro de Saúde
- Serviço de Urgência Pediátrica
- Serviço de Internamento de Obstetrícia
- Serviço de Internamento de Pediatria
- Unidade de Neonatologia

**APÊNDICE 4 –  
Diário de Campo – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil aos 2 meses**

Durante o período de estágio em cuidados de saúde primários tive a oportunidade de observar e colaborar nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil.

A Direção Geral de Saúde preconiza que se realizem consultas de saúde infantil em «idades chave», correspondentes a “acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou adolescente, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade” (DGS, 2013, p.5). É também objetivo destas consultas que se detetem “precocemente situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente” (DGS, 2013, p.5).

Considera-se de extrema pertinência a realização destas consultas pois, estão direcionadas para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, de que faz parte um programa estruturado de implementação de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento, onde consta a observação e avaliação devida para se poder intervir.

Estas consultas deverão incluir uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, realizada de uma forma estruturada, atuando ao nível da prevenção de potenciais problemas. Neste contexto é crucial a existência de conhecimentos especializados e a capacidade dos profissionais para comunicar com os pais/prestadores de cuidados, estabelecendo estratégias de parceria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010).

Neste sentido, considerou-se pertinente descrever e refletir sobre a consulta de enfermagem de saúde infantil realizada aos dois meses na UCSP através de um diário de campo.

Nesta consulta, preconizou-se a monitorização de parâmetros antropométricos, a avaliação de desenvolvimento através da escala de *Mary Sheridan* modificada, a administração de vacinas, a realização de cuidados antecipatórios, a realização de ensinamentos e esclarecimentos de dúvidas.

O Santiago (nome fictício) de dois meses foi à consulta de vigilância de saúde infantil agendada pela equipa de enfermagem na companhia da sua mãe Maria (nome fictício).

Foi realizado o acolhimento à mãe, perguntando o seu nome, de forma a ser tratada pelo nome próprio no decorrer da consulta, na tentativa de estabelecer uma relação de confiança e proximidade com a mesma.

Neste sentido, procurou-se promover um ambiente terapêutico, promotor de cuidados não traumáticos, (ambiente calmo e positivo), providenciando o conforto físico e psicológico à criança e à mãe. Facultar um ambiente terapêutico empático e acolhedor tem um papel

preponderante, o que facilita a comunicação e a relação de empatia, providenciando-se uma melhoria do conforto da criança e da família (Tavares, 2008).

No início da consulta, foi perguntado à Maria como estavam a decorrer as últimas semanas e se tinha alguma dúvida ou alguma preocupação. Demonstrou-se bastante confiante e referiu não apresentar dúvidas em relação ao seu filho.

A consulta seguiu com a monitorização de parâmetros antropométricos: o peso, o comprimento, o perímetro cefálico e o percentil. Constatou-se que o Santiago tinha aumentado em comprimento e perímetro cefálico. No entanto, aumentou pouco o peso, relativamente à última consulta, com 1 mês de idade, o que não seria de esperar.

A Maria ficou apreensiva com a informação e as dúvidas/receios foram surgindo, ficando tranquilizada com o envolver de estratégias para tentar colmatar a problema.

Foi questionada sobre a amamentação, tendo a Maria referido que o Santiago antes mamava durante mais tempo do que atualmente. Foi incentivada a oferecer a outra mama e caso o Santiago adormecer ou recusar a mamada da segunda mama, foi incentivada a fazer extração de leite com a bomba e oferecer o leite materno pelo biberão, pois desta forma, teria a certeza do que o Santiago estava a ingerir e a quantidade necessária. Esta estratégia foi colocada antes da introdução de um leite artificial, uma vez que é desejo da Maria continuar a amamentar. A alimentação materna usufrui de primazia total, estando preconizado o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses e com alimentos complementares até aos 2 anos (OE, 2010) e por isso, seguiu-se o ensino acerca da extração e conservação do leite materno, bem como da esterilização dos biberões caso a Maria precise de extrair leite para dar ao Santiago. Saraiva (2010, p.11) refere que “o aleitamento materno é o conjunto de processos nutricionais, comportamentais e fisiológicos envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente na mama ou por extração artificial”. Deste modo, é fundamental que os enfermeiros informem as mães sobre a forma de manter a produção de leite, sobre técnicas de extração, conservação e administração de leite materno extraído (Maia, 2007). Foi também reforçado à Maria o ensino acerca da ingestão de água com bastante regularidade. De seguida, foi o momento oportuno para fazer a avaliação de desenvolvimento, através da escala de *Mary Sheridan* modificada. Foram avaliados todos os itens delineados pela escala (e.g. comportamento e adaptação social, visão e motricidade fina, postura e motricidade global, audição e linguagem) tendo o Santiago cumprido todos os itens preconizados com aprovação. De referir que não apresentou nenhum sinal de alerta, pois apresenta o controlo da cabeça na posição sentada e fixava a face humana.

A escala de *Mary Sheridan* modificada classifica as crianças por faixas etárias, de acordo com as suas idades e características. Assim, compete aos profissionais de saúde, sobretudo ao enfermeiro especialista, ter um conhecimento mais profundo e coeso sobre as diferentes fases do desenvolvimento infantil para que se possa fazer, o mais precocemente possível, o rastreio de eventuais alterações, para as minimizar ou corrigir, promovendo a saúde da criança e da família em que está inserida.

Após a avaliação do desenvolvimento, o Santiago ficou despido nos membros inferiores e foi preconizada a vacinação. Verificou-se o estado vacinal da criança que estava completo e procedeu-se à atualização, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, com a administração das vacinas da hepatite B “VHB” e da difteria - tétano - tosse convulsa - doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* - poliomielite “DTPaHibVIP”. A compreensão pela mãe acerca da importância da vacinação infantil foi fundamental para a adesão ao esquema vacinal recomendado.

A imunização, ao conferir proteção imunológica contra determinadas doenças infecciosas, promove a integridade física e psicológica da criança contribuindo para que todo o processo de desenvolvimento ocorra de uma forma saudável e sem sobressaltos (OE, 2010). Segundo a Direção Geral de Saúde (2013, p.5), “as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico.” O Programa Nacional de Vacinação é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta esquemas de vacinação aconselhados, constituindo cada um deles uma “receita universal”.

Assim, a Maria foi orientada no que refere à importância da vacinação, eficácia e possíveis efeitos adversos, a fim de aumentar a sua adesão, contribuindo consequentemente para a melhoria da qualidade da saúde da criança.

O momento da vacinação é sempre um momento de grande tensão e ansiedade para os pais e no caso da Maria não foi diferente. Para colmatar esses sentimentos foi promovido um ambiente acolhedor, sem ruído e promotor de conforto para a Maria e para o Santiago. Foi sugerido que o Santiago ficasse ao seu colo, para que pudesse sentir o seu aconchego e conforto. Foi sugerido também que amamentasse durante o procedimento para diminuir a dor. No final da vacinação, constatou-se que o Santiago não emitiu choro, continuando a sua amamentação.

Todas as consultas de enfermagem são oportunas para a realização de ensinamentos relativos aos cuidados antecipatórios e esta não foi exceção. Foram reforçados ensinamentos sobre a posição de deitar, em que o bebé deve ser colocado virado para cima para dormir, os

hábitos de sono, em que o ritual de adormecimento deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos, como televisão e automóvel. Pode-se recorrer ao banho ou à massagem no final do dia, como estratégia relaxante, ou oferecer uma chucha ou o dedo da criança para provocar a sucção indutora do sono, assim como promover um ambiente tranquilo e horas regulares e estáveis para o bebé dormir. Foi também realizado o esclarecimento de dúvidas sobre cólicas, que a Maria diz que começam a surgir no Santiago, através do ensino da massagem abdominal no sentido do ponteiro dos relógios e da flexão dos membros inferiores com compressão do abdómen. De seguida, a Maria foi incentivada a brincar e a escolher peças de grandes dimensões para evitar a introdução na boca e outros orifícios, com peças coloridas, com diferentes contrastes e com sons agradáveis, com diferentes texturas e toque agradável para estimulação sensitiva do bebé. Foram referidos os sinais e sintomas comuns como choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação e também os sinais de alerta como a prostração ou irritação, a dificuldade respiratória, as convulsões, os vómitos e/ou diarreia abundantes e hipertermia. Por fim, foram reforçados ensinamentos sobre a promoção da segurança e prevenção de acidentes. As crianças encontram-se em constante crescimento e desenvolvimento e, em cada idade, encontram-se sujeitos a riscos diferentes. Os acidentes constituem uma importante causa de mortalidade, morbidade e incapacidade temporária ou definitiva, acarretando elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, considerando-se um grave problema de saúde pública (Associação Nacional de Segurança Rodoviária, 2012). A criança e família só adotarão comportamentos preventivos em relação aos acidentes se perceberem que poderão ser afetadas (e.g. acidente de viação, queimadura, queda) e quais as consequências que poderão advir desses acidentes (e.g. dor, morte, perturbações nas relações familiares e sociais).

Neste sentido, foram transmitidas orientações à Maria para garantir a segurança do Santiago como: transportá-lo no automóvel na cadeira de transporte própria, nunca o deixar sozinho em cima da cama, mesa ou sofá, ter atenção à temperatura do banho ou do biberão e para evitar o perigo de asfixia, não colocar almofadas, laços ou fitas dentro do berço ou da alcofa e saber aplicar, se necessário, a manobra de desengasamento. A roupa do bebé deve ser simples e confortável e sem laços, cordões e fitas e deve também verificar o ambiente envolvente, a temperatura e se o bebé se encontra livre de exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel. Foi entregue à mãe o folheto “ABC da Segurança I” da Associação de Promoção de Segurança Infantil, de forma a reforçar as últimas orientações fornecidas.

Ficou agendada a consulta dos 3 meses e outra no prazo de 8 dias para se poder verificar se existe ou não aumento de peso, após as medidas recomendadas.

França (2006) refere que o enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem é um enfermeiro com competências instrumentais, interpessoais e sistémicas necessárias para a prestação de cuidados de maior complexidade à criança/ao adolescente e sua família, tomando por foco as respostas humanas à doença e aos processos de vida. A Ordem dos Enfermeiros (2010) determina que o enfermeiro trabalhe em parceria com a criança e família/pessoa significativa, seja qual for o contexto em que ela se encontre, com vista à promoção do mais elevado estado de saúde possível. O enfermeiro deve, assim, reconhecer o papel fundamental da família na vida das crianças, como condição na determinação das intervenções de enfermagem.

## Referências Bibliográficas:

- Associação Nacional de Segurança Rodoviária (2012). *Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015*. s.l. Associação Nacional de Segurança Rodoviária;
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em: 01/09/2014. Disponível em: [http://www.arsalgarve.minsaude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/C\\_RSMCA/PNSIJ\\_2013.pdf](http://www.arsalgarve.minsaude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/C_RSMCA/PNSIJ_2013.pdf);
- França, A. (2006). *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Acedido em: 03/05/2015. Disponível em: <http://clix.guiadoestudante.pt>;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, Volume 3, N.º3. Acedido em 05.10.2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_Vol\\_III.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf);
- Maia, M. (2007). *O Papel do Enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto;
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção*. Lisboa: Lidel editores;
- Tavares, P. (2008). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE 5 –  
Sessão de Educação para a Saúde – Promoção da Segurança e Prevenção de  
Acidentes no Bebê**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

## Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes no Bebé

**Enfermeira Orientadora:**

Enf. Patricia Augusto

**Docente Orientadora:**

Prof. Maria Alice Curado



**Autora:**  
Ana Rita Parente  
Nº 5479

Outubro  
2014

## Para Refletir...

Sabia que os acidentes são a principal causa de morte nos primeiros anos de vida das crianças?

Sabia que os acidentes são uma causa importante de deficiência nas crianças?

Sabia que a maioria desses acidentes podem ser evitados? E quem os pode evitar são os adultos!



É por isso que se devem proporcionar hábitos de vida saudáveis e um ambiente seguro desde o primeiro dia de vida do bebé.

## Sumário

O perigo espreita quando menos se espera... e logo após o nascimento!

- Quedas
- Afogamento
- Queimaduras
- Asfixia
- Engasgamento
- Morte súbita
- Acidentes Rodoviários



## Quedas... O que fazer?

No 1.º ano de vida, 80% dos acidentes são quedas de sofás, da cama dos pais, do carrinho que ficou com o cinto aberto, de escadas, etc...

- Traumatismos cranianos:
  - Hemorragias intracranianas;
  - Fraturas;
  - Lesões neurológicas.



Perante qualquer tipo de queda do bebé, este deve ser transportado de imediato ao Serviço de Urgência.

## Prevenir as Quedas

- Não deixe o seu bebé em cima de camas/sofás/mesas/trocador sozinho, nem que seja por breves segundos!

Mesmo sendo muito pequena, a criança pode virar-se ou rebolar!

Deve ter consigo tudo o que precisa perto de si

- Antes de mudar a fralda;
- Antes de dar banho.



## Prevenir as Quedas

- Utilizar berços estáveis com grades e com uma distância entre as grades inferior a 6 cm, e altura de 60 cm;
- Manter sempre as grades do berço elevadas;
- Móvel para mudar fralda deve ser estável e com rebordo elevado.



## Prevenir as Quedas

- Se utilizar o ovinho fora do carro de passeio e espreguiçadeiras coloque-as sempre no chão e com os cintos bem apertados;
- Se utilizar alcofa, esta deve ser de estrutura rígida e ser sempre colocada num suporte próprio e estável ou no chão;
- Travar o carrinho de passeio quando estiver parado;
- Crianças maiores não devem pegar no bebé ao colo a não ser com supervisão de um adulto.



## Afogamento



A Morte por Afogamento é Rápida e Silenciosa...

Os afogamentos constituem a segunda causa de morte e lesão infantil por acidente, segundo dados da Unicef 2001. Em Portugal existem cerca de 30 afogamentos mortais por ano.

## Prevenir o Afogamento

- Não utilize “cadeiras de banho”, são instáveis e podem voltar-se;
- Nunca deixe o bebé sozinho na banheira, mesmo com pouca água;
- No banho apoie a cabeça do bebé no punho e segure o braço da criança com a mão. Os bebés ficam mais “escorregadios” com o gel/óleo de limpeza;
- Não vire a cabeça do bebé para o lado das torneiras. Se não tem outra opção afaste a banheira o mais possível.



Basta meio palmo de água para uma criança se afogar!

## Prevenir a Asfixia

- O bebé deve dormir no seu próprio berço;
- Deve ser deitado no fundo do berço e a roupa da cama só deve cobrir até ao tórax do bebé;
- O colchão da cama deve ser firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não existam espaços vazios entre o colchão e as grades;
- As proteções almofadadas das grades devem estar sempre bem fixas para não tombarem sobre o bebé;



- Evite usar objetos dentro do berço, tais como:

Almofadas, edredões, sacos térmicos, gorros, laços ou fitas;



Podem soltar-se e sufoca-lo!

- Evite usar no bebé: cordões de chupetas, fios, brincos, pulseiras, anéis, bem como babetes;

## Prevenir a Asfixia



- Brinquedos:

- Devem ser inquebráveis e grandes o suficiente para não serem engolidos;
- Verifique a idade mínima recomendada na etiqueta;
- Devem ter diâmetro superior a 3,2 cm (moeda 2 euros);



- Gases e fumos:

- Atenção aos gases inodoros, principalmente no Inverno (monóxido de carbono);
- Devem-se abrir as janelas e portas e transportar a criança o mais rapidamente possível para local arejado.

112 - Serviço de Urgência

## Prevenir o Engasgamento

- Se o bebé bolçar muitas vezes, mantenha o colchão ligeiramente elevado;
- Tentar que o bebé arrote após cada mamada e antes de o deitar.

### Reconhecer os Sinais:

- Congestão facial → coloração avermelhada;
- Cianose bucal ou facial → coloração azulada/roxa;
- Dificuldade em respirar ou parar de respirar.

## Engasgamento... O que fazer?

- Manter a calma;
- Efetuar estímulo doloroso no bebê para que ele desencadeie o reflexo da tosse;
  - virar o bebê de barriga para baixo, com a cabeça ligeiramente mais baixa, pôr uma mão no tórax e com a outra mão dar umas pequenas palmadinhas nas costas.
  - Só quando a criança voltar a chorar é que deve ser levantada.

### Manobra de desengasgamento



**Não reverte...**  
112 – Serviço de Urgência

## Morte súbita

A síndrome de morte súbita do lactente é uma morte repentina e inesperada de uma criança aparentemente saudável.

- Ansiedade para os pais pelo seu teor assustador e inexplicável;
- Rara no 1.º mês, tem um pico entre o 2.º e o 4.º mês e diminui a partir daí;
- A causa é desconhecida, mas existem fatores de risco que podem ser reduzidos:
  - Meses frios (sobreaquecimento pelo uso exagerado de roupa);
  - Hábitos tabágicos, alcoólicos ou de consumo de drogas dos pais;
  - Exposição ao fumo de cigarro após o nascimento;
  - Dormir em ventral (de barriga para baixo).

## Prevenir Morte súbita

### POSICIONAMENTO

- Deitar o bebé de barriga para cima



prevenção  
morte súbita



## Prevenir Queimaduras



- Antes de dar o BANHO:
  - Comece sempre por deitar primeiro a água fria e só depois a água quente;
  - Deve verificar a temperatura da água com o punho ou cotovelo ou termómetro (36°).

## Prevenir Queimaduras

- No caso de oferecer biberão:
  - Deve verificar primeiramente a temperatura do leite na face interna do punho;
  - Não deve usar o micro-ondas para aquecer o leite, pois o vidro pode estar morno mas o leite a ferver e queimar a boca do bebê.
- Nunca deve cozinhar com o bebê ao colo;
- Nunca deve alimentar-se com o bebê ao colo, principalmente ingerir líquidos quentes como sopa, chá, café ou leite;



## Queimaduras... O que fazer?

### Se acontecer:

- Deve ser diminuída rapidamente a temperatura do local da queimadura com água fria e corrente durante uns minutos;
- Não se deve utilizar nada na pele antes do arrefecimento;
- Se existirem bolhas não devem ser rebentadas;
- De acordo com a sua extensão e grau, pode administrar-se um analgésico, proteger eventualmente a pele e levar imediatamente ao SU.

Podem ser graves, causam dor intensa e podem deixar sequelas.



112 - Serviço de Urgência

## Prevenir Queimaduras Solares

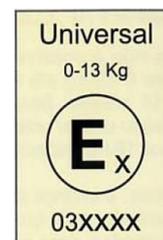
---

- Para passear:
  - Escolher o período da manhã (até as 11h) ou o final da tarde (após as 17h);
  - Preferir sempre a sombra;
  - Usar chapéu de abas largas, roupa larga, de algodão;
  - Usar sempre protetor solar de grau elevado, sem filtros químicos;
- Quando transportar a criança no carro tenha cuidado para que não esteja exposta ao sol;

## Prevenir Acidentes rodoviários

---

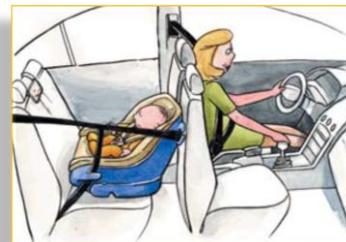
- Nunca levar o bebé ao colo, mesmo no banco de trás ou apenas por alguns minutos;
- O Código da Estrada obriga a transportar sempre o bebé numa cadeirinha de transporte própria, aprovada segundo normas internacionais, para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade;
- É importante conhecer os diferentes sistemas de segurança e como funcionam e verificar se a cadeira continua adequada à idade/peso. Podem ocorrer lesões graves mesmo com aplicação de sistemas de contenção se estes forem mal adaptados.



## Prevenir Acidentes rodoviários

- Cadeira de transporte:
  - Voltada para trás e corretamente instalada pelo menos até aos 18 meses, preferencialmente no banco de trás do veículo (aconselhado até aos 3 anos);
  - Pode instalar um espelho no banco de trás para poder observar o bebé enquanto conduz;
  - Se o seu carro tiver *airbag* frontal, não pode nunca instalar a cadeira no banco da frente;
  - Preferível em relação às alcofas (nestes a criança viaja deitada e embates são transformados em choques laterais).

Cadeiras 0-13 kg (grupo 0+)



## NÚMEROS DE TELEFONES IMPORTANTES

- **Número Nacional de Socorro: 112**
- **Saúde 24: 808 242 400**
- **Centro de Informação Antivenenos: 808 250 143** (Centro de Intoxicações)
- **Farmácias de Serviço: 118 ou 12118**
- **APSI: 218 870 161**
- **SOS-Criança: 800 202 651 - 217 931 617**
- **Nº de telefone do Centro de Saúde**
- **Nº de telefone do médico/consultório do médico assistente**

Obrigada pela sua atenção!

## Para relembrar...

---

### Breve questionário

- Por favor, responda às seguintes perguntas assinalando a **opção que está correta**:

### 1. Para prevenir que o seu bebé caia, deve:

- a) Ter tudo o que precisa perto de si, por exemplo, antes de mudar a fralda e antes de dar o banho.
- b) Não deixar o seu bebé em cima de camas/sofás/mesas/trocador sozinho, nem que seja por breves segundos.
- c) Colocar o seu bebé a dormir no sofá, pois é muito pequeno e não se consegue virar ou rebolar.
- d) Colocar o bebé na espreguiçadeira em cima da mesa para conseguir ver melhor o bebé.
- e) Resposta a) e b) estão corretas.

## **2. De forma a prevenir o afogamento do seu bebé, deve:**

---

- a) Não utilizar as “cadeiras de banho” pois, são instáveis e podem voltar-se.
- b) Não deixar o bebé sozinho na banheira, mesmo com pouca água.
- c) No banho apoiar a cabeça do bebé no punho e segurar o braço da criança com a mão, pois os bebés ficam mais “escorregadios” com o gel/óleo de limpeza.
- d) Todas as respostas estão corretas.
- e) Todas as respostas são falsas.

## **3. Qual o local mais indicado para o bebé dormir, de forma a prevenir que se asfixie e/ou que caia?**

---

- a) Berço.
- b) Alcofa.
- c) Cama dos pais.

#### **4. O que deve fazer se o seu bebé se engasgar com o leite?**

---

- a) Manter a calma.
- b) Virar o bebé de barriga para baixo e dar umas pequenas palmadinhas nas costas e levantar o bebé só quando começar a chorar.
- c) Levantar o bebé e soprar para a sua cara.
- d) Todas as respostas estão corretas.
- e) Resposta a) e b) estão corretas.

#### **5. Qual a posição em que o seu bebé deve dormir, de forma a prevenir a morte súbita?**

---

- a) Virado de barriga para baixo.
- b) Virado de barriga para cima.
- c) Virado para o lado direito.
- d) Virado para o lado esquerdo.

## **6. Para não provocar uma queimadura no seu bebé, deve?**

---

- a) Começar sempre por deitar primeiro a água quente e só depois a água fria, na banheira, antes do banho.
- b) Deve verificar a temperatura da água antes do banho, com o termómetro e este deve estar a 26°C.
- c) Pode usar sempre o micro-ondas para aquecer o leite.
- d) Não deve alimentar-se com o bebé ao colo, principalmente ingerir líquidos quentes como sopa, chá, café ou leite.

## **7. O Código da Estrada obriga a transportar sempre o bebé numa cadeira de transporte próprio, logo desde a maternidade. Esta cadeira de transporte pertence ao grupo 0+ na altura do nascimento. Até que Kilos pode o seu filho viajar neste tipo de cadeira?**

---

- a) 4 Kg.
- b) 9 Kg.
- c) 13 kg.
- d) 20 Kg.

Obrigada pela sua colaboração!



**APÊNDICE 6 –  
Revisão Crítica da Literatura – Utilização de Livopan®**

O Livopan®, designação comercial, ou "gás e ar", como é vulgarmente conhecido, é um fármaco não opióide com uma mistura gasosa de 50% de protóxido de azoto e 50% de oxigénio. É utilizado em procedimentos dolorosos em crianças, em situação de urgência/emergência.

O protóxido de azoto foi o primeiro agente inalatório conhecido, com propriedades anestésicas. É um anestésico fraco com propriedades sedativas, analgésicas e ansiolíticas e um potente analgésico, assemelhando-se a uma dose de morfina para o alívio da dor. Quando misturado com oxigénio a 50%, e porque é um anestésico fraco, raramente produz perda de consciência, produzindo elevada eficácia analgésica.

O efeito analgésico do protóxido de azoto deve-se à indução de substâncias bioquímicas, tais como endorfinas e a serotonina, que atuam no cérebro e na espinal-medula, promovendo a libertação de neurotransmissores endógenos. Estes neurotransmissores inibem os impulsos de dor, mediante simulação de diversos recetores e modificação das vias de dor. O protóxido de azoto difunde-se rapidamente na corrente sanguínea, não se combina com a hemoglobina e possui uma elevada solubilidade, expandindo-se em cavidades cheias de gás. É fácil e rapidamente eliminado pelos pulmões. A concentração em Oxigénio de 50%, cerca de duas vezes a do ar ambiente, garante um teor seguro de oxigénio no gás inspirado.

A configuração comercial deste produto apresenta-se sob a forma de cilindro azul conectado a um regulador e de um tubo de alta pressão ligado a um bucal ou máscara. À válvula do regulador abre pela pressão negativa gerada pelo esforço inspiratório do utente, fazendo com que o gás flua para os pulmões, o que faz com que este aparelho possibilite que o gás seja autoadministrado.

O início da ação é rápido, após 2-3 respirações e dura enquanto o gás é respirado. Aquando da remoção da máscara ou bucal, a droga cessa rapidamente a sua ação, não deixa sequelas e em apenas três minutos os efeitos residuais e cognitivos desaparecem. O início rápido da atuação mostra-se adequado e compensador especialmente neste contexto, fornecendo terapêutica analgésica em procedimentos dolorosos, embora de curta duração.

O *kit* traz também máscaras faciais descartáveis e um circuito de fluxo livre e constante. Por serem mais leves, os cilindros facilitam o manuseio, transporte e operação, podendo ser disponibilizados e transportados no ambiente hospitalar, para outros serviços de pediatria. A válvula integrada garante total segurança para os profissionais de saúde e para o utente, já que não há necessidade de troca de reguladores, eliminando a exposição

a altas pressões e riscos de vazamentos. Além disso, a válvula apresenta uma pressão constante e baixa e o fluxo é graduado de acordo com o tratamento. Em algumas situações podem ser observados efeitos secundários associados ao uso do Livopan®, que são mínimos: tonturas, náuseas ligeiras e euforia que, desaparecem após cessar a administração do gás (Rodrigues, 2011).

Uma das grandes vantagens do Livopan® reside precisamente no facto de garantir que o utente se mantém consciente e capaz de se movimentar durante todo o procedimento. Assim, o risco de sedação profunda é eliminado, devido à mistura equilibrada de gases que assegura uma boa oxigenação (Hwan-Ing, 2003).

O Livopan® pode ser considerado uma terapia inalatória não-invasiva para o controlo da dor aguda em intervenções dolorosas de curta duração (Rodrigues, 2011). Assim, pode dizer-se que o uso de Livopan® torna fácil e possíveis os procedimentos dolorosos em crianças. Sem o recurso ao mesmo, a alternativa seria segurar a criança recorrendo à restrição física. O Livopan® fomenta o alívio rápido da dor, através da sedação segura, o que reduz a ansiedade e amnésia, que é a resposta ideal no tratamento da dor, fazendo com que a criança colabore com a equipa de profissionais de saúde, reduzindo o tempo de trabalho, a frustração e o *stress* (Hwan-Ing, 2003).

Este fármaco utiliza-se em procedimentos considerados muito dolorosos como o tratamento de queimaduras, punção lombar, redução de fraturas, suturas, que são assim atenuados com a inalação do produto pela criança, com sucesso evidenciado pela redução da dor, diminuição do impacto psicológico, contribuindo deste modo para a eficiência do procedimento.

Considera-se assim, que o recurso ao Livopan® é uma ótima estratégia não traumática que minimiza a dor e ansiedade durante os procedimentos dolorosos de curta duração, em pediatria. Nas crianças/nos jovens a dor assume ainda uma maior importância, porque, em muitos casos, não conseguem transmitir com exatidão o que as incomoda. A incapacidade de verbalizar o desconforto e a dor que sentem levam a criança a reagir das mais variadas formas. É da responsabilidade do enfermeiro, enquanto profissional de saúde, detetar quadros de dor através dos comportamentos da criança, bem como avaliar a sua intensidade, através de instrumentos, como as escalas de avaliação da dor, adequadas ao seu grau de desenvolvimento, dando resposta positiva e eficaz a esses estados. É da responsabilidade do EEESCJ prestar cuidados de saúde não traumáticos e o Livopan® é um meio capaz de tal, como pude perceber pelas descrições da enfermeira orientadora e pela evidência científica.

O alívio da dor é um direito do utente e constitui um dever profissional no sentido da mais profunda preocupação pela vida e pelas necessidades fundamentais da pessoa humana, por isso, irei dar a conhecer esta estratégia na instituição de saúde onde exerço funções, pois considero que a sua implementação será uma mais-valia para as crianças/os jovens e famílias.

## **Referências Bibliográficas:**

- Hwan-Ing, H. (2003). Effective reduction of anxiety and pain during venous cannulation in children: a comparison of analgesic efficacy conferred by nitrous oxide, EMLA and combination. *Paediatric Anaesthesia*, 13, 210-216;
- Rodrigues, C. (2011). *Opinião dos profissionais de saúde na utilização do livopan durante os procedimentos dolorosos na criança*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

**APÊNDICE 7 –**  
**Reflexão Crítica – Preparação para uma Cirurgia Emergente a uma Criança de 6**  
**anos**

No serviço de urgência pediátrica por vezes existe a necessidade de submeter a criança/o jovem a procedimentos invasivos no bloco operatório sem que exista muito tempo para uma preparação prévia, como é o caso desta criança, o Miguel, de 6 anos que iria ser submetida a uma apendicectomia.

Para qualquer pessoa, de qualquer faixa etária, uma intervenção cirúrgica pode representar uma circunstância crítica que pode gerar uma crise vital, potenciada pelo sentimento de medo. A população infantil é a mais sensível a esta crise. Isto porque, devido a seu desenvolvimento imaturo, a criança tem recursos limitados para enfrentar situações desconhecidas e/ou dolorosas, a sua capacidade para raciocinar logicamente e perceber a experiência é limitada e porque, para superar o medo, a frustração e a dor, geralmente recorre à fantasia. Devido às características de seu pensamento (egocêntrico) pode interpretar de forma errada os procedimentos dolorosos e invasivos, podendo inclusivamente interpretá-los como castigo ou punição e, conseqüentemente sentir-se culpada. Torna-se então necessário proporcionar à criança recursos que lhe facilitem a percepção da realidade, da experiência da cirurgia e do seu propósito, bem como dar-lhe o apoio que lhe permita expressar em segurança e de acordo com seu nível de desenvolvimento, as emoções decorrentes da mesma. Quando a criança compreende a verdadeira finalidade do procedimento, é capaz de tolerar melhor o desconforto e a dor (Huerta, 1996).

A intervenção cirúrgica representa também uma circunstância crítica que gera uma crise no sistema familiar, uma vez que afeta, de uma forma ou de outra, a todos e cada um dos seus membros (OE, 2013). Assim sendo, não é apenas a criança que está em crise, a família também está em crise. O foco de atenção do enfermeiro não é apenas a criança, mas o binômio inseparável criança/família. A criança é assim uma pessoa em desenvolvimento que, de acordo com suas habilidades de desenvolvimento, depende em diferentes graus dos relacionamentos, da dinâmica familiar para se desenvolver da melhor maneira possível. Na sociedade atual, a família é considerada o veículo que fortalece o processo de crescimento e de desenvolvimento da criança a nível físico, psicológico, afetivo e social, adquirindo especial importância nos primeiros anos de vida, uma vez que é essencial no seu desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

A família representa assim, a principal fonte de segurança e de apoio para a criança e estando a família adequadamente preparada para a cirurgia, estará em condições para desempenhar seu papel "protetor", provendo o apoio e a segurança de que a criança tanto precisa para enfrentar esta experiência. A família preparada estará também melhor

habilitada para participar de maneira mais apropriada dos cuidados pós-operatórios, bem como de continuar a cuidar após a alta hospitalar (Huerta, 1996).

A forma particular como a criança percebe e interpreta a situação real é a que determina a forma como deve ser realizada a preparação para a cirurgia. Assim sendo, torna-se essencial que se faça uma avaliação aprofundada da criança, do seu nível de desenvolvimento e das suas condições psicossociais. A família é o pilar de informação, através da qual se pode aferir o estágio de desenvolvimento da criança e como esta reage aos vários stressores, e assim delinear as técnicas mais apropriadas de comunicar toda a informação prioritária (e.g. verbal, visual, escrita e/ou sensorial), e escolher os recursos materiais e estratégias de intervenção. A compreensão da criança e da família sobre a sua condição de saúde e sobre os procedimentos a serem realizados, a experiência prévia de hospitalização, particularmente de situações adversas, os sintomas emocionais, cognitivos e físicos, medos em geral e de procedimentos específicos, são a base para uma preparação eficaz e eficiente. Não menos importante é ter atenção sobre fatores intimamente relacionados com a composição familiar, fatores linguísticos, culturais e religiosos, stressores familiares, como os socioeconómicos ou outros eventuais problemas de saúde, pois poderão influenciar todo o processo e por isso necessitam de ser alvo de atenção também por parte da equipa multidisciplinar (Hockenberry & Wilson, 2014).

A OE (2010, p.31,32) no guia orientador de boa prática emana diretrizes que reforçam a prática de uma correta preparação cirúrgica mesmo em emergência pois, mesmo “se o internamento ocorrer no dia da cirurgia, e a preparação da criança/do adolescente e família não for realizada em ambulatório, o tempo que medeia até a mesma deve ser amplamente aproveitado de modo a que se possam conhecer o que vai acontecer e o porquê, através do método que for mais apropriado às suas características”.

Embora não seja necessário equipamento especial para se iniciar a preparação com a criança, o Miguel, poderia beneficiar, e muito, da utilização de objetos palpáveis que suplementassem a explicação. No Miguel poder-se-ia recorrer à dramatização com a utilização de bonecos e objetos ou instrumentos de uso hospitalar para, no decorrer da brincadeira, dramatizar os principais aspetos do procedimento a que seria submetido. Desta forma, o Miguel receberia explicações concretas dos procedimentos e ficaria com menos receio após as mesmas. Quando o procedimento cirúrgico é emergente, como é o caso da apendicectomia, e se não existir tempo para a dramatização, devem ser fornecidas à criança, explicações honestas, curtas e simples, que transmitam confiança no procedimento e nos seus resultados.

A preparação cirúrgica, não inclui apenas o antes, mas também o durante, que pode ser realizado com a aplicação de anestesia local antes da punção, ou indução anestésica antes da mesma e também o após cirurgia.

Nas cirurgias de emergência o após deve ser amplamente aproveitado, de modo que a criança possa, através do método que for mais apropriado às suas características, elaborar as suas emoções e adquirir, assim, uma compreensão adequada e real do que lhe aconteceu e porquê. É necessário enfatizar que no período de recuperação pós-operatória, a criança deve ser preparada para todos os procedimentos que virão a seguir, como realização de pensos, retirar os pontos, medicações e infusões endovenosas, colheitas de sangue, etc. (Huerta, 1996).

Um dos objetivos da preparação cirúrgica é ajudar a criança a enfrentar da melhor maneira possível, o que não pode ser evitado e o resultado, eminentemente individual, é uma reação de medo adequada à realidade da experiência.

Somente quando a preparação da criança para procedimentos cirúrgicos incluir, a preparação física adequada, mas também a preparação psicoemocional da criança e da sua família, é que se consegue proteger e favorecer o desenvolvimento integral da criança e não apenas restaurar e manter sua saúde física (Huerta, 1996). Deste modo, mesmo em situações de emergência e de instabilidade hemodinâmica, que exigem dos enfermeiros a capacidade de dinamismo, conhecimento, competências técnicas e tecnológicas, habilidade, tomada segura de decisão e trabalho em equipa, não deve ser esquecida a preparação para um procedimento cirúrgico, mesmo que esta se faça em condições de urgência.

## Referências Bibliográficas:

- Huerta, E. (1996). Preparing the child and his family for surgical procedures: nursing intervention. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 30(2), 340-53;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, Volume 2, N.º3. Acedido em 05.09.2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_VolIII.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf);
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed). Lisboa: Lusociencia.

**APÊNDICE 8 –  
Sessão de Formação – Prevenção de Quedas no Utente Pediátrico e Neonatal**

# Prevenção de Quedas no Utente Pediátrico e Neonatal



**Enfermeira Orientadora:**  
Enf. Joana Romeiro

**Docente Orientadora:**  
Prof. Maria Alice Curado

**Novembro**  
**2014**

**Autora:**  
Ana Rita Parente  
Nº 5479

## Sumário

- Segurança nos Cuidados;
- Definição de Queda, frequência do número de quedas no mundo, fatores de risco e complicações;
- Queda no Utente Pediátrico:
  - Características do desenvolvimento das crianças propícias à ocorrência de queda, frequência do número de quedas, fatores de risco, Escala de avaliação de Risco “Humpty Dumpty” e Intervenções de Enfermagem para a prevenção;
- Queda no Utente Neonatal:
  - Definição, frequência, causas e/ou fatores de risco, consequências da mesma e Intervenções de Enfermagem para a prevenção;

# Segurança nos Cuidados

Em 2006, a **Ordem dos Enfermeiros (OE)** elaborou um documento - Tomada de posição sobre a SEGURANÇA dos DOENTES:

- Os clientes e famílias têm direito a **cuidados seguros**;
- Os enfermeiros têm o dever de **assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro**;
- **Participam na identificação, análise e controlo de potenciais riscos** num contexto de prática circunscrita;
- Têm um papel crucial na **identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções** para os problemas encontrados;
- As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de **promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos**;

(OE, 2006)

# Segurança nos Cuidados

O internamento do utente para além de ter como objetivo principal a sua cura ou melhoria das condições de saúde prevê-se que seja o mais breve possível, eficaz, livre de danos e eventos adversos.

(Decesaro & Padilha, 2002)

Eventos adversos – **Queda** - A sua ocorrência pode causar danos nos utentes, aumentando as complicações clínicas, o tempo de internamento e os custos hospitalares (Tinetti & Kumar, 2010).

## Segurança nos Cuidados

- A **Organização Mundial de Saúde (OMS)** lançou um conjunto de Metas e Soluções internacionais para a Segurança do Doente, com a finalidade de promover práticas mais seguras, de entre elas:
  - A **“Prevenção de Quedas e Úlceras por Pressão”** - Alguns fatores predisõem o risco de queda do utente, sejam eles ambientais, educacionais, culturais ou inerentes aos utentes, todos devem ser avaliados para que se possam instituir procedimentos para a sua prevenção (OMS, 2008).
- A **Direção Geral de Saúde (DGS)** apresenta várias iniciativas desenvolvidas:
  - **Prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas** - Refere que as consequências da não identificação dos utentes com risco de queda, a não avaliação do risco e implementação de intervenções de prevenção adequadas e personalizadas, reportam a situações de risco gravemente lesivas para o utente e para a comunidade (DGS, 2012).

## Segurança nos Cuidados

- Os profissionais de saúde e, especificamente, o **enfermeiro** tem um papel fundamental **na implementação de medidas** direcionadas à **segurança** do utente hospitalizado.
- O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados **conhecimentos científicos e técnicos**, adotando todas as medidas que visem **melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem**.
- Deste modo, a supervisão direta do enfermeiro junto à equipa de saúde deve mediar **a tomada de decisão**, fundamentada no conhecimento científico e amparada na legislação para **minimizar as repercussões dos eventos adversos na vida e na saúde dos utentes**.

(Schatkosky, *et. al.*, 2009)

## A Queda



- A **OMS** define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior;  
(OMS, 2008)
- Segundo **Saraiva et al.** (2008, p.29) a queda pode ainda ser entendida como “um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil”,
- Segundo a **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)**, cair é a descida de um corpo de um nível superior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.



(CIPE – Versão 2, 2010)

## A Queda

### ◦ Organização Mundial de Saúde

Evento de grande impacto, por se relacionar a elevado índice de **morbilidade, mortalidade e incapacidades**, em especial na população idosa.

- As quedas são um problema de **saúde pública**;
- A **OMS** destaca **as quedas como segunda principal causa de morte** por lesão acidental no mundo;
- Ocorrem cerca de **424 mil** quedas fatais e as graves não fatais são cerca de **37,3 milhões** por ano;
- **Fatores de risco:**
  - **Idade**
  - **Género**



(Portal da Saúde, 2010)

# A queda no Utente Pediátrico

## Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças

- As quedas são a **quarta causa de morte** por acidentes não intencionais nas crianças;
- A frequência das quedas não fatais, os custos de saúde e o elevado risco de morte exigem um maior reforço na **promoção da segurança das crianças**;
- **46 mil quedas fatais por ano**;
- Crianças com **menos de um ano de idade** estão em maior risco;
- **Fatores de risco:** exposição a ambientes perigosos, famílias monoparentais, situações de desemprego, baixa escolaridade da mãe, stresse dos educadores ou problemas de saúde mental e desigualdades no acesso aos serviços de saúde;
- Representam entre **20-25%** do total dos atendimentos das crianças que recorrem aos **serviços de urgência**.



(Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças, 2008)

# A queda no Utente Pediátrico

- As quedas fazem parte do **processo de desenvolvimento** normal de uma criança;
- Relacionam-se com:
  - Competências motoras;
  - Atividades que desenvolvem;
  - Incapacidade para avaliar o risco;
  - Curiosidade inata;
  - Níveis crescentes de independência;
  - Comportamentos desafiadores;
  - Utilização incorreta de equipamentos.



(Child Health Corporation of America Nursing Falls Study Task Force, 2009)

# A queda no Utente Pediátrico

Identificam-se fatores de risco para ocorrência de quedas no **Utente Pediátrico hospitalizado**:



- Ambiente da Unidade;
- Idade de desenvolvimento (mais prevalente em crianças com idade inferior a 3 anos);
- Género (maior incidência no sexo masculino);
- Alteração do estado de consciência;
- A presença dos Pais;
- Características do utente pediátrico.

(Cooper & Nolt ,2007. Razmus, et. al., 2006 )

# A queda no Utente Pediátrico

◦ **Instrumento de avaliação de risco de queda** em crianças hospitalizadas ***Humpty Dumpty*** – caracter observacional constituído por sete itens:

- Idade;
- Género;
- Diagnóstico;
- Deficiências Cognitivas;
- Fatores Ambientais;
- Consumo Medicamentoso;
- Reacção à cirurgia, sedação e anestesia.



(Hill-Rodriguez, et al., 2009)

## Escala Humpty Dumpty (traduzida)\*

Parâmetro	Crítérios	Score
Idade	< 3 anos de idade	4
	3-6 anos de idade	3
	7-12 anos de idade	2
	≥ 13 anos de idade	1
Género	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnósticos	Diagnóstico Neurológico	4
	Diagnóstico Respiratório; Desidratação; Anémia; Síncope/Tonturas;	3
	Desordens psicológicas/Comportamentais	2
	Outros Diagnósticos	1
Capacidade cognitiva	Não consciente das suas limitações	3
	Esquece-se das suas limitações	2
	Consciente das suas capacidades	1
Factores ambientais	História de quedas ou crianças até aos 3 anos de idade colocada numa cama	4
	Crianças até aos 3 anos de idade colocada em berço ou uso de dispositivos auxiliares como iluminação/móveis	3
	Utente colocado na cama com idade superior a 3 anos de idade	2
	Utente que deambula	1
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	< 24 horas	3
	24 - 48 horas	2
	> 48 horas/ Nenhum	1
	Medicação usada	Uso de múltiplos medicamentos: Sedativos; Hipnóticos; Barbitúricos; Fenotiazinas; Antidepressivos; Laxantes/Diuréticos; Narcóticos
Um dos medicamentos usados em cima		2
Outros medicamentos/ Nenhum		1
<small>(Score 7 e ≤ 11, Baixo Risco de Queda / Score ≥12, Alto Risco de Queda)</small>		<b>Total</b>

\*(Hill-Rodriguez, et al., 2009)

### Avaliação de Risco de Quedas

#### Escala Humpty Dumpty

Score 7 e ≤ 11, Baixo Risco de Queda  
Score ≥12 até 23, Alto Risco de Queda

Admissão do Utente;  
Reavaliado 2 em 2 dias se score ≥ 12 e 7 em 7 se score < 12  
E se existir alterações no estado saúde/doença do Utente ou queda

Intervenções de Enfermagem para Baixo e Alto Risco de Queda

# Intervenções de Enfermagem

- Ensinar a criança e/ou pais sobre:
  - O espaço da Unidade de Internamento de Curta Duração, o meio envolvente e rotinas hospitalares;
  - O local do WC;
  - Chamar o enfermeiro quando necessário e indicar a sua localização;
  - Avisar o enfermeiro quando se ausentar do serviço;
  - Não colocar os seus pertences no chão;
  - Manter sempre as grades da cama elevadas;
  - Participar nos cuidados.
- Ensinar a criança sobre:
  - Solicitar apoio no levantar e deambulação se necessário;
  - Sair da cama pelo lado dominante.

Reforçar o ensino à criança e/ou pais acerca do risco de queda, principalmente se tiver risco elevado;

# Intervenções de Enfermagem Baixo Risco de Queda

- **Promover a Segurança:**
  - Entregar o guia de acolhimento;
  - Colocar a cama na posição mais baixa e os travões bloqueados;
  - Colocar as grades da cama elevadas;
  - Promover calçado/meias antiderrapante na criança;
  - Otimizar a utilização de roupa de tamanho adequado (evita que a criança tropece na roupa);
  - Promover o uso adequado de sinalética na limpeza/manutenção da Unidade;
  - Supervisionar deambulação da criança pela unidade;
  - Assegurar adequada iluminação na Unidade.



## Intervenções de Enfermagem Baixo Risco de Queda

- **Otimizar o Ambiente:**
  - Otimizar a mesa de cabeceira – pertences pessoais ao alcance da criança;
  - Promover iluminação adequada;
  - Remover equipamento e mobiliário desnecessário do quarto – caminho até ao WC livre de obstáculos;
  - Manter luz de presença mesmo durante a noite.



## Intervenções de Enfermagem Baixo Risco de Queda

- **Assegurar os cuidados de Higiene/Eliminação:**
  - Providenciar urinol/Arrastadeira quando necessário e coloca-los em local de fácil acesso;
  - Ensinar as crianças do sexo masculino a urinar sentados;
  - Supervisionar a deambulação da criança até ao WC;
  - Supervisionar a criança durante cuidados de higiene;
  - Promover piso antiderrapante na casa de banho.



## Intervenções de Enfermagem Alto Risco de Queda

- **Todas as intervenções referidas anteriormente;**
- **Promover a Segurança:**
  - Colocar capas de proteção lateral nas grades da cama;
  - Utilizar imobilizadores/meios de contenção apropriados à idade, se assim se justificar;
  - Considerar colocar a criança em unidade junto ao balcão de enfermagem;
  - Manter porta da sala sempre aberta;
  - Supervisionar criança de hora a hora (se não acompanhada da família)
  - Assistir deambulação da criança pela unidade.

## Intervenções de Enfermagem Alto Risco de Queda

- **Assegurar os cuidados de Higiene/eliminação:**
  - Assistir a deambulação da criança até WC;
  - Assistir a criança durante cuidados de higiene;
- **Identificar risco de queda:**
  - Identificar as crianças em risco com a pulseira cor Roxa;
  - Incluir informação de doente de alto risco em toda a documentação/relatórios emitidos sobre o doente.



## A queda no Utente Neonatal

- A queda intra-hospitalar do recém-nascido é definida como **um recém-nascido que cai no chão do hospital acidentalmente;**

(Phalen & Smolenski, 2010)

- As quedas ocorrem numa taxa de 1.6 a 4.14/10.000 nados vivos, cerca de **600 a 1600 recém-nascidos caem anualmente no hospital;**

(Helsley, *et. al.*, 2010)

- As causas podem estar associadas á **equipa hospitalar, cuidador(es) ou fatores ambientais;**

(Phalen & Smolenski, 2010)

- Os recém-nascidos estão em risco de queda , logo desde o seu nascimento. São uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para os protegerem de lesões.**

(Monson, *et. al.*, 2008)



## A queda no Utente Neonatal



- A maioria das quedas documentadas **ocorreram quando:**
  - A mãe adormeceu enquanto segurava o recém-nascido na cama ou no cadeirão;
  - Durante o parto;
  - Durante o transporte da criança;

(Helsley, *et. al.*, 2010; Abike, *et. al.*, 2010)

- Quando um recém-nascido cai dentro do ambiente hospitalar é uma questão multifacetada devido **às complexidades físicas, emocionais e psicológicas** de todos os que estão envolvidos;

(Monson, *et. al.*, 2008)

- **Lesões** associadas às quedas nos recém-nascidos como **edema, hematoma, contusão, fratura do crânio;**

(Helsley, *et. al.*, 2010; Monson, *et al.*, 2008)

- **Efeitos emocionais** e psicológicos nas famílias como a **ansiedade, depressão e vergonha e a culpa** associada à queda.

(Helsley, *et al.*, 2010)

# Intervenções de Enfermagem

- **Ensinar os pais a:**

- Não segurar o bebé ao colo com sono;
- Não dormir com o bebé na cama ou cadeirão;
- Colocar o bebé no berço para dormir se estiver com sono;
- Pedir ajuda se estiver muito cansada e/ou não conseguir levantar-se sozinha para colocar o bebé no berço;
- Não caminhar com o bebé ao colo no quarto ou corredor;
- Não deixar o bebé sozinho no quarto.



# Intervenções de Enfermagem

- **Promover a Segurança:**



- Colocar o bebé no berço para dormir;
  - Travar o berço;
  - Optimizar o posicionamento do recém-nascido com rolo de posicionamento;
  - Transportar os bebés para dentro e fora do quarto ou para realização de algum procedimento no berço;
  - Encorajar a mãe a dormir quando o bebé dorme;
  - Acender a luz para mãe amamentar;
  - Colocar a criança em unidade junto ao balcão de enfermagem;
  - Manter a porta sempre aberta;
- **Assegurar os cuidados de Higiene/eliminação:**
    - Assistir criança durante cuidados de higiene;

# Registos de Enfermagem

## Registo das Intervenções de Enfermagem:

- Avaliação do papel parental – Prevenção de Acidentes

The screenshot shows a web-based form titled "PAPEL PARENTAL". On the left is a navigation menu with items: "Análise", "Alertas", "GP", "Intervenções", and "Medicação / IV". The main form area includes:

- "Acompanhado por" with a dropdown menu.
- "Vigiar Vinculação" with checkboxes for "Afectuosos", "Preocupados", "Agressivos", "Indiferentes", and "Outros".
- "Participação dos prestadores de cuidados" with checkboxes for "Colaborantes", "Recessos", "Pouco colaborantes", "Não colaborantes", and "Outros".
- "Conhecimento/Habilidades do Prestador de cuidados" with radio buttons for "Não comprometido" and "Comprometido".
- Fields for "Estado de Saúde", "Autocuidado", "Prevenção de Acidentes", and "Adesão ao Regime Terapêutico".
- Fields for "Observações" and "Ensino".
- A section for "OBSERVAÇÕES" with a text input area.

- Em caso de queda:

Notificar adequadamente o evento adverso/notificação de ocorrência.

# Referencias Bibliográficas

- Abike F., Tiras S., Dunder I., Bahtiyar A., Uzun, O., & Demircan, O. (2010). A New Scale for Evaluating the Risks for In-Hospital Falls of Newborn Infants: A Failure Modes and Effects Analysis Study. **International Journal of Pediatrics**. 9.
- Cooper, C., & Nolt, J. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. **Journal of Nursing Care Quality**. 22(2), 107-112.
- Child Health Corporation of America (2009). **Pediatric Falls: State of the Science**. 35(4), 227-31.
- Decesaro, M. & Padilha, K., (2002). Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação de em UTI: queda de pacientes. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. 1(1), 159-162.
- Direção Geral da Saúde (2012). **Prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas**. [em linha]. Acedido em: 14/04/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>.
- Helsley, L., McDonald, J. V. & Stewart, V. T. (2010). Addressing In-Hospital "Falls" of Newborn Infants. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**. 36(7), 327-333.
- Hill-Rodriguez, D., Messmer, P., Williams, P., Zeller, R., Williams, A., Wood, M., & Henry, M. (2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing** . 14(1), 22-32.
- Monson, S. A., Henry, E., Lambert, D. K., Schmutz, N., Henry, E., Lambert, D., Schmutz, N. & Christensen, R. (2008). In-Hospital "Falls" of Newborn Infants: Data from a Multihospital Health Care. **Pediatrics**. V.122, nº2, p.277-280.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). CIPE Versão 2 - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros.

# Referencias Bibliográficas

- Ordem dos enfermeiros. **Tomada de posição sobre segurança do cliente.** [em linha]. (2006). Acedido em: 24/06/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf).
- Organização Mundial da Saúde, UNICEF. **O Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes com Crianças e Adolescentes.** [em linha] (2008). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: [https://www.unicef.pt/18/08\\_12\\_10\\_pr\\_child\\_injury.pdf](https://www.unicef.pt/18/08_12_10_pr_child_injury.pdf).
- Organização Mundial de Saúde. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009.** Geneva (Switzerland). [em linha] (2008). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=931&Itemid=1](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931&Itemid=1).
- Portal da Saúde – **OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo** [em linha]. (Setembro, 2010). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteúdos/a+saúde+em+Portugal/noticias/arquivo/2010/9/quedas+oms.htm>.
- Razmus, I., Wilson, D., Simth, R., & Newman, E. (2006). Falls in Hospitalized Children. In: **Pediatric Nursing.** 32(6), 568-572.
- Schatkoski, A. Wegner, W., Algeri, S., & Pedro, E. (2009). Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 17(3).
- Phalen, A. & Smolenski, J. (2010). Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.** 39, 42-47.



**Obrigado Pela vossa atenção e colaboração...**

**APÊNDICE 9 –**  
**Sessão de Formação – A Redução do Risco de Lesões resultantes de Quedas nos**  
**Recém-nascidos no hospital – Intervenção do Enfermeiro**

# A Redução do Risco de Lesões resultantes de Quedas nos Recém-Nascidos no Hospital – Intervenção do Enfermeiro



**Enfermeira Orientadora:**

Enf. Inês Azinheira

**Docente Orientadora:**

Prof. Maria Alice Curado

**Novembro**

**2014**

**Autora:**

Ana Rita Parente

Nº 5479

## Sumário

- Segurança nos Cuidados;
- Definição de Queda, frequência do número de quedas no mundo, fatores de risco e complicações;
- Queda no Recém-nascido em ambiente hospitalar:
  - Definição;
  - Frequência;
  - Causas e/ou fatores de risco;
  - Consequências;
  - Intervenções de Enfermagem para a prevenção;
  - Registo das Intervenções de Enfermagem;
  - Registo da queda;

## Segurança nos Cuidados

Em 2006, a **Ordem dos Enfermeiros (OE)** elaborou um documento - Tomada de posição sobre a SEGURANÇA dos DOENTES:

- Os clientes e famílias têm direito a **cuidados seguros**;
- Os enfermeiros têm o dever de **assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro**;
- **Participam na identificação, análise e controlo de potenciais riscos** num contexto de prática circunscrita;
- Têm um papel crucial na **identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções** para os problemas encontrados;
- As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de **promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos**;

(OE, 2006)

## Segurança nos Cuidados

A **Segurança do utente** é um indicador da **qualidade dos cuidados de enfermagem**, sendo uma preocupação mundial **minimizar os eventos adversos** que possam prejudicar o utente.

(Paiva, *et. al.*, 2010, Carneiro, *et. al.*, 2011)

O **internamento do utente** para além de ter como objetivo principal a sua cura ou melhoria das condições de saúde prevê-se que seja o **mais breve possível, eficaz, livre de danos e eventos adversos**.

(Decesaro & Padilha, 2002)

Eventos adversos – **Queda** – A sua ocorrência pode causar danos nos utentes, aumentando as complicações clínicas, o tempo de internamento e os custos hospitalares (Tinetti & Kumar, 2010).

## Segurança nos Cuidados

- Os profissionais de saúde e, especificamente, o **enfermeiro** tem um papel fundamental **na implementação de medidas** direcionadas à **segurança** do utente hospitalizado.
- A supervisão direta do enfermeiro junto à equipa de saúde deve mediar a **tomada de decisão**, fundamentada no conhecimento científico e amparada na legislação para **minimizar as repercussões dos eventos adversos na vida e na saúde dos utentes**.

(Schatkosky, *et. al.*, 2009)

- Os **enfermeiros** são os profissionais de saúde mais despertos, competentes e habilitados, não só para **monitorizar o risco de queda** dos utentes como também **na prevenção da queda e no tratamento de lesões resultantes das mesmas**.

(Meurer, *et al.*, 2006)

## Segurança nos Cuidados

- A **Organização Mundial de Saúde (OMS)** lançou um conjunto de Metas e Soluções internacionais para a Segurança do Doente, com a finalidade de promover práticas mais seguras, de entre elas:
  - A **“Prevenção de Quedas e Úlceras por Pressão”** - Alguns fatores predis põem o risco de queda do utente, sejam eles ambientais, educacionais, culturais ou inerentes aos utentes, todos devem ser avaliados para que se possam instituir procedimentos para a sua prevenção (OMS, 2008).
- A **Direção Geral de Saúde (DGS)** apresenta várias iniciativas desenvolvidas:
  - **Prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas** - Refere que as consequências da não identificação dos utentes com risco de queda, a não avaliação do risco e implementação de intervenções de prevenção adequadas e personalizadas, reportam a situações de risco gravemente lesivas para o utente e para a comunidade (DGS, 2012).

# Segurança nos Cuidados

- **Joint Commission Internacional (JCI)** – acredita Hospital de Cascais;
- A JCI atua na **melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde** prestados ao utente;
- Aplica **Padrões de Avaliação** consensuais a nível internacional, **Metas internacionais de Avaliação de Segurança dos Doentes** e indicadores de apoio em termos das avaliações efetuadas.



Meta 1	Doentes Correctamente Identificados
Meta 2	Melhoria da Comunicação Eficaz
Meta 3	Melhoria da Segurança dos Medicamentos que Requerem Grandes Cuidados
Meta 4	Cirurgias Correctas em Termos do Objectivo, com Procedimentos Correctos e aos Pacientes Correctos
Meta 5	Redução do Risco de Infecções Nosocomiais
Meta 6	Redução do Risco de Lesões Resultantes de Quedas em Doentes

(JCI, 2007)

## A Queda



- A OMS define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior;  
(OMS, 2008)
- Segundo *Saraiva et al.* (2008, p.29) a queda pode ainda ser entendida como “um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correcção em tempo útil”,
- Segundo a **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)**, cair é a descida de um corpo de um nível superior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.

(CIPE – Versão 2, 2010)

# A Queda

## ○ Organização Mundial de Saúde

Evento de grande impacto, por se relacionar a elevado índice de **morbilidade, mortalidade e incapacidades**, em especial na população idosa.

- As quedas são um problema de **saúde pública**;
- A **OMS** destaca **as quedas como segunda principal causa de morte** por lesão acidental no mundo;
- Ocorrem cerca de **424 mil** quedas fatais e as graves não fatais são cerca de **37,3 milhões** por ano;
- **Fatores de risco:**
  - **Idade**
  - **Género**



(Portal da Saúde, 2010)

# A queda no Utente Neonatal

- A queda intra-hospitalar do recém-nascido é definida como **um recém-nascido que cai no chão do hospital acidentalmente**;  
(Phalen & Smolenski, 2010)
- As quedas ocorrem numa taxa de 1.6 a 4.14/10.000 nados vivos, cerca de **600 a 1600 recém-nascidos caem anualmente no hospital**;  
(Helsley, *et. al.*, 2010)
- As causas podem estar associadas á **equipa hospitalar, cuidador(es) ou fatores ambientais**;  
(Phalen & Smolenski, 2010)
- Os recém-nascidos estão em risco de queda , logo desde o seu nascimento. São uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para os protegerem de lesões**.  
(Monson, *et. al.*, 2008)



# A queda no Utente Neonatal

- **A maioria das quedas documentadas ocorreram quando:**

- A mãe adormeceu enquanto segurava o recém-nascido na cama ou no cadeirão;
- Durante a amamentação;
- Durante o parto;
- Durante o transporte da criança;
- Durante a noite;
- 2º/3º dias – quando as mães estão mais cansadas.

(Abike, *et. al.*, 2010, Helsley, *et. al.*, 2010, Slogar, *et. al.*, 2013)

- **Fatores de risco materno para criança cair:**

- Exaustão, fadiga pós-parto;
- Alterações hormonais dos últimos 9 meses;
- Privação de sono;
- Amamentação;
- Anestesia e analgesia;
- Uso drogas ou metadona;
- Idade da mãe;
- Experiencia anterior com bebês;
- Status mental, orientação, capacidade percepção da informação dada;
- Limitação física ou mental;
- Historia de quedas materna/criança;
- Suporte familiar;
- Nível dor;
- Perda sangue.



(Slogar, *et. al.*, 2013)

# A queda no Utente Neonatal



- Quando um recém-nascido cai dentro do ambiente hospitalar é uma questão multifacetada devido **às complexidades físicas, emocionais e psicológicas** de todos os que estão envolvidos;

(Monson, *et. al.*, 2008)

- **Lesões** associadas às quedas nos recém-nascidos como **edema, hematoma, fratura do crânio, encefalopatia**;

(Helsey, *et. al.*, 2010; Monson, *et al.*, 2008)

- **Efeitos emocionais** e psicológicos nas famílias como a **ansiedade, depressão e vergonha e a culpa** associada à queda.

(Helsey, *et al.*, 2010)

# Registos de Enfermagem

## Registo das Intervenções de Enfermagem:

### Mãe:

- Aprendizagem Parentalidade: Ausente e Parcial:
  - Medidas de segurança;
- Aprendizagem Cair: Ausente e Parcial:
  - Prevenção de quedas;
- Risco: Cair – Reduzido, Moderado ou Elevado:
  - Providenciar: Dispositivo de Segurança;
  - Optimizar: ambiente.

### Recém-nascido:

- Cair: Atual

# Intervenções de Enfermagem

## ◦ Aprendizagem: Parentalidade - Ausente

### ◦ Ensinar, Validar sobre Capacidade Parental:

#### Medidas de Segurança:

- Profissionais treinados em manter um ambiente seguro;
- Portas de segurança e videovigilância;
- Pulseiras eletrónicas;
- O espaço do quarto, o WC, o meio envolvente;
- Rotinas hospitalares.

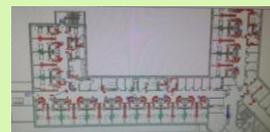
**Ensinar: sobre capacidade parental**

Data de Registo: « 2014-12-02 03:00 »

—Caracterização

- Cuidados de higiene
- Medidas de segurança
- Alimentação
- Sinais de alarme
- Sono
- Vigilância de saúde
- Conforto
- Eliminação

Observações:



## Intervenções de Enfermagem

### ○ **Aprendizagem: Cair – Ausente ou Parcial**

- **Ensinar, Validar, Instruir e Treinar sobre Prevenção de quedas:**
- Não segurar o bebé ao colo com sono;
- Não dormir com o bebé na cama ou cadeirão;
- Colocar o bebé no berço para dormir se estiver com sono;
- Pedir ajuda se estiver muito cansada e/ou não conseguir levantar-se sozinha para colocar o bebé no berço;
- Não caminhar com o bebé ao colo no quarto ou corredor;
- Utilizar calçado/meias antiderrapante durante a deambulação;

Ensinar: sobre prevenção de quedas

Data de Registo: 2014-12-02 03:00

—Caracterização

Dispositivos e medidas de segurança

Optimizar o ambiente

Transferir-se

Destinatário:

Observações:



## Intervenções de Enfermagem

### ○ **Aprendizagem: Cair – Ausente ou Parcial**

- **Ensinar, Validar, Instruir e Treinar sobre Prevenção de quedas:**
- Não colocar os seus pertences no chão;
- Não deixar o bebé sozinho e desamparado na cama;
- Manter sempre as grades da cama elevadas;
- Não deixar o bebé sozinho no quarto;
- Apenas profissionais ou os pais podem sair com o bebé do quarto;
- Não dar o bebé a ninguém que não esteja identificado;
- Acompanhar o bebé a todos os procedimentos;
- Se o bebé cair chamar a enfermeira.

Ensinar: sobre prevenção de quedas

Data de Registo: 2014-12-02 03:00

—Caracterização

Dispositivos e medidas de segurança

Optimizar o ambiente

Transferir-se

Destinatário:

Observações:



## Intervenções de Enfermagem

- **Risco: Cair – Reduzido, Moderado ou Elevado:**
- **Providenciar: Dispositivos de segurança:**
  - Colocar o bebê no berço para dormir;
  - Travar o berço;
  - Não colocar objetos no berço;
  - Quando mãe estiver a amamentar deitada na cama, levantar as grades da cama;
  - Colocar a cama na posição mais baixa e os travões bloqueados;
  - Transportar o bebê para realização de algum procedimento no berço;



DIAGNÓSTICOS	TAB EIXOS
Dor, Presente	
Autocuidado: Transferir-se, Dependente em grau reduzido	
Autocuidado: Eliminação, Independente	
Autocuidado: Alimentar-se, Independente	
Cair (Risco), Risco Reduzido	
Aprendizagem sobre Unidade de Cuidados de Saúde, Ausente	
Autocuidado: Vestir e despir-se, Independente	
Autocuidado: Higiene pessoal, Independente	
TAB INTERVENCOES	TAB EIXOS
<input checked="" type="checkbox"/> Identificar: risco de queda	
<input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar: risco de queda (Morse)	
<input checked="" type="checkbox"/> Optimizar: ambiente	
<input checked="" type="checkbox"/> Providenciar: dispositivos de segurança	
<input type="checkbox"/> Vigiar: lesão por dispositivo de segurança	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

## Intervenções de Enfermagem

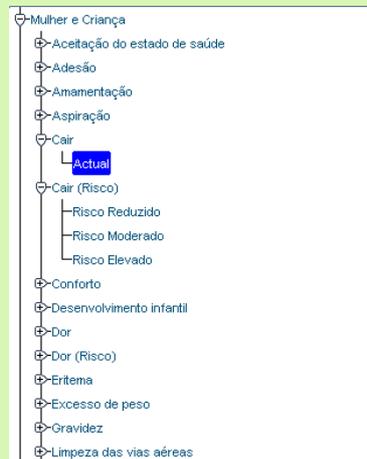
- **Risco: Cair – Reduzido, Moderado ou Elevado:**
- **Otimizar: ambiente**
  - Promover o uso adequado de sinalética na limpeza/manutenção do quarto;
  - Assegurar adequada iluminação no quarto;
  - Manter luz de presença mesmo durante a noite;
  - Remover equipamento e mobiliário desnecessário do quarto – caminho até ao WC livre de obstáculos;
  - Soros e medicações da mãe fora do caminho;
  - Campainha á mão;
  - Otimizar a mesa de cabeceira – pertences pessoais ao alcance da mãe;
  - Durante a noite não dar de mamar na cama, acender a luz e dar de mamar no cadeirão com a televisão ligada.

DIAGNÓSTICOS	TAB EIXOS
Dor, Presente	
Autocuidado: Transferir-se, Dependente em grau reduzido	
Autocuidado: Eliminação, Independente	
Autocuidado: Alimentar-se, Independente	
Cair (Risco), Risco Reduzido	
Aprendizagem sobre Unidade de Cuidados de Saúde, Ausente	
Autocuidado: Vestir e despir-se, Independente	
Autocuidado: Higiene pessoal, Independente	
TAB INTERVENCOES	TAB EIXOS
<input checked="" type="checkbox"/> Identificar: risco de queda	
<input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar: risco de queda (Morse)	
<input checked="" type="checkbox"/> Optimizar: ambiente	
<input checked="" type="checkbox"/> Providenciar: dispositivos de segurança	
<input type="checkbox"/> Vigiar: lesão por dispositivo de segurança	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	



# Intervenções de Enfermagem

- **Cair: Atual**
- **Registrar a queda**
- **Atuar:**
  - Vigiar nível de consciência;
  - Monitorizar sinais vitais;
  - Contactar Neonatologista;
  - Vigilância do recém-nascido;
- **Fim: Registrar a queda**



# Intervenções de Enfermagem

- **Outras intervenções de Enfermagem:**
  - Avaliar o risco de queda da mãe;
  - Avaliar a medicação da mãe;
  - Vigiar nível consciência da mãe;
  - Vigiar o estado de fadiga da mãe;
  - Monitorizar os sinais vitais da mãe;
  - Quando os bebés estão ao colo devem ser vistos em cada 30 minutos;
  - Mães sob sedação, até ao primeiro levante, devem ser acompanhadas quando dão de mamar;
  - Deixar a porta aberta à noite para ir espreitando e não acordar a mãe ao entrar para poder descansar;
  - Mãe encorajada a dormir quando o bebé dorme;
  - Hora da sesta para a mãe poder descansar, sem visitas – pais escolhem se querem participar;
  - Rondas de 1/1h – assistir a colocar o bebé no berço;
  - Promover o descanso materno – balanço entre as visitas...

# Intervenções de Enfermagem

- **Estratégias para os pais:**
  - Informação colocada nos berços dos bebés sobre prevenção de queda e promoção de segurança;
  - Colocar posters no quarto com informação;
  - Dar informação escrita na admissão;
  - Educação nas consultas de preparação para o parto.
- **Estratégias para a profissionais:**
  - Sessões de formação para equipa de enfermagem;
  - Criar escala de avaliação de risco de queda;
  - Criar algoritmo de atuação após a queda.

# Referencias Bibliográficas

- Abike F., Tiras S., Dunder I., Bahtiyar A., Uzun, O., & Demircan, O. (2010). A New Scale for Evaluating the Risks for In-Hospital Falls of Newborn Infants: A Failure Modes and Effects Analysis Study. **International Journal of Pediatrics**. 9.
- Cooper, C., & Nolt, J. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. **Journal of Nursing Care Quality**. 22(2), 107-112.
- Child Health Corporation of America (2009). **Pediatric Falls: State of the Science**. 35(4), 227-31.
- Decesaro, M. & Padilha, K., (2002). Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação de em UTI: queda de pacientes. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. 1(1), 159-162.
- Direção Geral da Saúde (2012). **Prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas**. [em linha]. Acedido em: 14/04/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>.
- Helsley, L., McDonald, J. V. & Stewart, V. T. (2010). Addressing In-Hospital "Falls" of Newborn Infants. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**. 36(7), 327-333.
- Hill-Rodriguez, D., Messmer, P., Williams, P., Zeller, R., Williams, A., Wood, M., & Henry, M. (2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing** . 14(1), 22-32.
- Monson, S. A., Henry, E., Lambert, D. K., Schmutz, N., Henry, E., Lambert, D., Schmutz, N. & Christensen, R. (2008). In-Hospital "Falls" of Newborn Infants: Data from a Multihospital Health Care. **Pediatrics**. 122(2), 277-280.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). CIPE Versão 2 - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros.

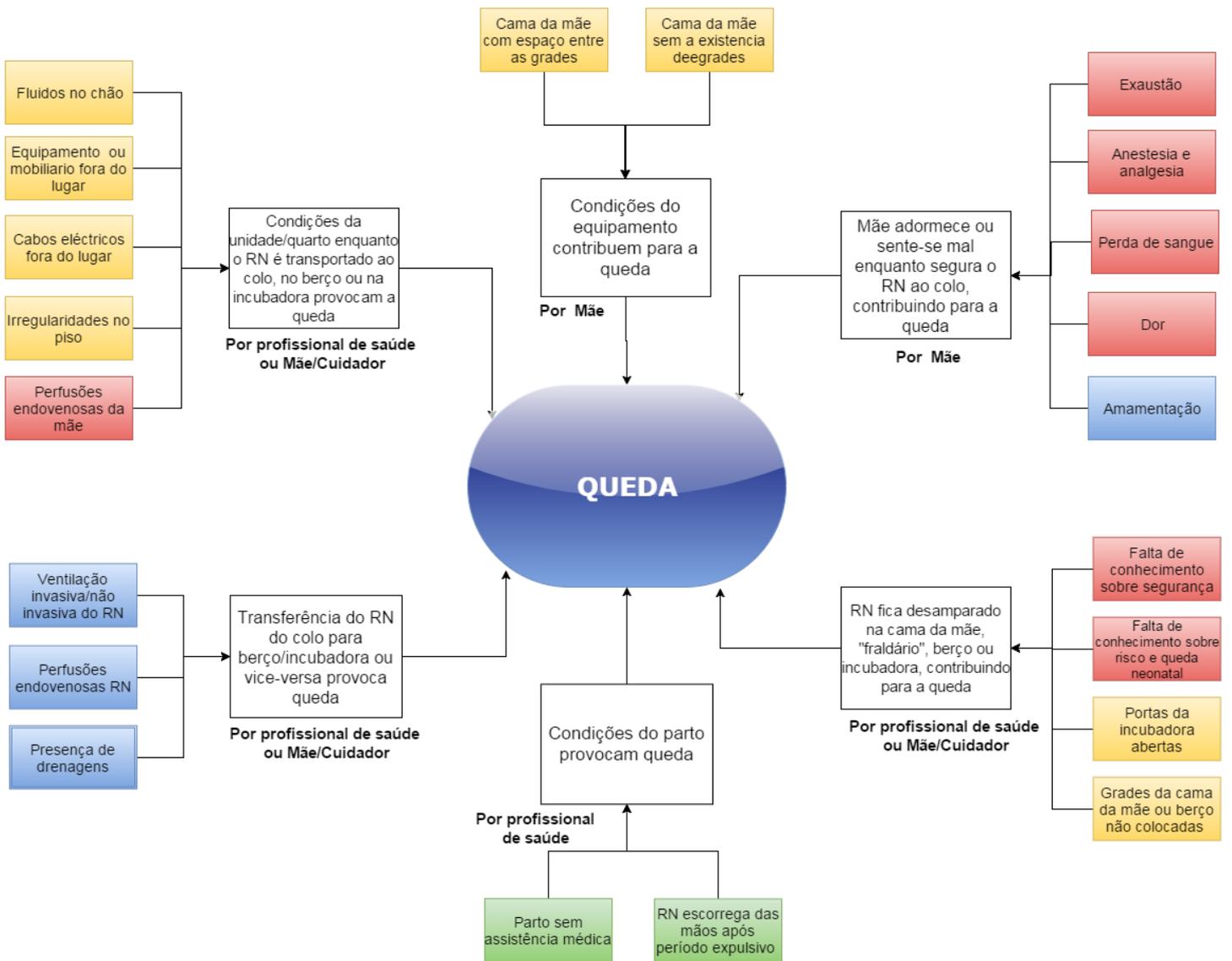
## Referencias Bibliográficas

- Ordem dos enfermeiros. **Tomada de posição sobre segurança do cliente.** [em linha]. (2006). Acedido em: 24/06/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf).
- Organização Mundial da Saúde, UNICEF. **O Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes com Crianças e Adolescentes.** [em linha] (2008). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: [https://www.unicef.pt/18/08\\_12\\_10\\_pr\\_child\\_injury.pdf](https://www.unicef.pt/18/08_12_10_pr_child_injury.pdf).
- Organização Mundial de Saúde. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009.** Geneva (Switzerland). [em linha] (2008). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=931&Itemid=1](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931&Itemid=1).
- Portal da Saúde – **OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo** [em linha]. (Setembro, 2010). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: <http://www.min-saúde.pt/portal/conteúdos/a+saúde+em+Portugal/noticias/arquivo/2010/9/quedas+oms.htm>.
- Razmus, I., Wilson, D., Simth, R., & Newman, E. (2006). Falls in Hospitalized Children. In: **Pediatric Nursing.** 32(6), 568-572.
- Schatkoski, A. Wegner, W., Algeri, S., & Pedro, E. (2009). Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 17(3).
- Slogar, A., Gargiulo, D., & Bodrock, J. (2013). Tracking “Near Misses” to keep Newborns safe from Falls. **Nursing for Women’s Health.** 17(3), 219-223.
- Phalen, A., & Smolenski, J. (2010). Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.** 39, 42-47.



Obrigada pela vossa atenção

**APÊNDICE 10 –  
Fatores de Risco de Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar**



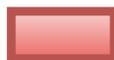
**Legenda:**



Fatores de Risco do Ambiente



Fatores de Risco do Recém-nascido



Fatores de Risco da Mãe/Cuidador



Fatores de Risco do Profissional de Saúde

**APÊNDICE 11 –  
Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal e o respectivo Guia de  
Preenchimento**

## Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal – EARN

Item	Opção de Resposta			
<b>1 - Número de vezes por dia em que o RN sai da incubadora/berço:</b>	4 – Sai 8 ou mais vezes;	3 – Sai entre 4 a 8 vezes;	2 – Sai entre 1 a 3 vezes;	1 – Não sai da incubadora;
<b>2 - Modalidade de alimentação que faz o RN:</b>	4 – Faz amamentação exclusiva nas 24h;	3 – É adaptado à mama pelo menos 1 vez por dia e as restantes alimentações por tetina ou por sonda gástrica;	2 – Faz pelo menos uma alimentação por tetina e as restantes alimentações por sonda gástrica;	1 – Faz alimentações exclusivamente por sonda gástrica, ou encontra-se em pausa alimentar;
<b>3 - Número de dispositivos médicos a que o RN está conectado:</b>	4 – 3 ou mais dispositivos;	3 – 2 dispositivos;	2 – 1 dispositivo;	1 – Sem dispositivos;
<b>4 - Número de vezes por dia que o RN é manipulado, dentro da incubadora/berço:</b>	4 – Manipulado 8 ou mais vezes	3 – Manipulado 6-8 vezes;	2 – Manipulado 4-6 vezes;	1 – Manipulado 4 ou menos vezes;
<b>5 - Modalidade utilizada para o RN se deslocar no serviço, a outro serviço ou outro hospital:</b>	4 – Transportado ao colo dentro do serviço;	3 – Transportado em incubadora/ berço/ cadeira de transporte para fora do hospital;	2 – Transportado em berço/cadeira de transporte dentro do hospital;	1 – Transportado em incubadora dentro do hospital;
<b>6 - Cansaço materno pós-parto:</b>	4 – Parto decorreu até há 3 dias;	3 – Parto decorreu entre 4-6 dias;	2 – Parto decorreu entre 7-14 dias;	1 – Parto decorreu há mais de 14 dias;
<b>7 - Exaustão emocional materna:</b>	4 – Mãe sente-se exausta quando acorda e durante o dia;	3 – Mãe sente-se exausta durante o dia;	2 – Mãe sente-se exausta ao fim do dia;	1 – Mãe não se sente exausta;
<b>8 - Número de vezes por dia que a mãe manipula o RN:</b>	4 – Manipula 4 ou mais vezes;	3 – Manipula 3-4 vezes;	2 – Manipula 1-2 vez;	1 – Não manipula o RN;
<b>9 - Avaliação da presença de dor na mãe e administração de analgesia:</b>	4 – Dor > 5 e é administrada analgesia com intervalos superiores a 4h;	3 – Dor > 5 e é administrada analgesia com intervalos de 4/4h ou menores;	2 – Dor entre 0 a 5;	1 – Sem dor;
<b>10 - Terapêutica materna administrada e associação entre as mesmas:</b> <small>Define-se a seguinte terapêutica: Anticoagulantes, anticonvulsivantes, antihipertensores, antipsicóticos, diuréticos, sedativos/hipnóticos, uso de substâncias narcóticas.</small>	4 – 5 ou mais das terapêuticas referidas;	3 – 3 a 4 terapêuticas referidas;	2 – 1 a 2 terapêuticas referidas;	1 – Não utiliza nenhum tipo de terapêuticas referidas ou utiliza outra terapêutica;
<b>11 - Abuso de substâncias tóxicas maternas:</b>	4 – Análises positivas para substâncias tóxicas;	3 – História de abuso de substâncias tóxicas no último ano;	2 – História de abuso de substâncias tóxicas entre os últimos 2 a 5 anos;	1 – Sem história de abuso de substâncias ou com história há mais de 5 anos.
<b>12 - Conhecimento do cuidador sobre segurança e prevenção do risco de cair do RN:</b>	4 – Não adquiriu conhecimento sobre segurança e não demonstra competências sobre segurança durante os cuidados ao RN;	3 – Adquiriu conhecimento, mas não demonstra competências sobre segurança nos cuidados ao RN;	2 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança mas necessita de supervisão durante cuidados ao RN;	1 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança e demonstra autonomia durante os cuidados ao RN.

A Organização Mundial de Saúde (2008) define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior. A queda do recém-nascido é definida como aquela em que um recém-nascido cai ou desliza das mãos, braços, colo de um profissional de saúde, pai/mãe, membro da família, ou visitante. Pode ocorrer quando o recém-nascido está a ser transferido de uma pessoa para a outra. A queda acontece independentemente da superfície sobre o qual o recém-nascido cai (e.g. cama, cadeira ou chão) e independentemente da existência ou não de lesão, como consequência da queda (The American Nurses Association's National Database of Nursing Quality Indicators©, 2014). Segundo Phalen e Smolenski (2010) é definida como um recém-nascido que cai no hospital acidentalmente.

As quedas do recém-nascido no ambiente hospitalar ocorrem numa taxa de 1.6 a 4.14/10.000 nados vivos, ou seja, cerca de 600 a 1600 recém-nascidos caem anualmente no hospital (Helsley, *et al.*, 2010).

As causas da queda podem estar associadas à equipa hospitalar, aos cuidadores ou fatores ambientais (Phalen & Smolenski, 2010). Os recém-nascidos são uma população vulnerável estando em risco de queda, logo desde o seu nascimento. Dependem exclusivamente dos seus cuidadores para os protegerem das quedas e das lesões provocadas pelas mesmas, criando um ambiente seguro (Monson, *et al.*, 2008).

A maioria das quedas documentadas ocorre quando: a mãe adormece enquanto segura o recém-nascido na cama ou cadeirão, durante o parto, durante o transporte (Helsley, *et al.*, 2010; Abike, *et al.*, 2010).

Quando um recém-nascido cai no ambiente hospitalar, é um problema multifacetado devido a complexidades físicas, emocionais e psicológicas de todos os que estão envolvidos (Monson, *et al.*, 2008). Nos recém-nascidos as lesões físicas associadas às quedas são o edema, o hematoma, a contusão, a fratura do crânio e a morte (Helsley, *et al.*, 2010, Monson, *et al.*, 2008). Os efeitos emocionais e psicológicos nas famílias são a ansiedade, a depressão, a vergonha e a culpa associada à queda (Helsley, *et al.*, 2010), o que faz com que haja relutância em comunicar a queda.

Como fatores de risco materno que aumentam o risco de queda do recém-nascido descrevem-se a amamentação, que durante o período da noite, nos 2º e 3º dias, aumenta o risco de queda devido ao facto das mães estarem mais cansadas, podendo a mãe entrar em exaustão, e/ou fadiga pós-parto. Acrescentam-se a estes fatores, as alterações hormonais dos últimos 9 meses, a privação de sono, a anestesia e analgesia, o uso drogas ou metadona, a idade da mãe e a sua experiência anterior com bebés. O *status* mental da

mãe, (orientação, capacidade percepção da informação dada) e a presença de limitação física, a existência de história anterior de quedas materna, o facto de não ter suporte familiar, o seu nível de dor e a perda de sangue são fatores que também potenciam o risco de queda do recém-nascido (Slogar, *et al.*, 2013).

Por pertencerem a uma população tão vulnerável, prevenir ou reduzir o aparecimento de lesões resultantes de quedas que, podem comprometer a vida ou qualidade de vida do recém-nascido, vai contribuir para a manutenção do bem-estar físico, psicológico e social do bebé e da sua família. Para prevenir a queda e reduzir o risco de lesões é necessário avaliar o risco e cada recém-nascido, para que sejam introduzidas intervenções de prevenção adequadas e por isso pretende-se contruir uma escala de avaliação do risco de queda neonatal, denominada de EARN.

Esta escala é constituída por indicadores baseados nos fatores de risco identificados para a ocorrência da queda do recém-nascido no ambiente hospitalar, sendo estes fatores de risco inerentes ao próprio recém-nascido, associados ao profissional de saúde, ao ambiente e à mãe/cuidador.

A escala é constituída por 12 indicadores, cada um com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4), onde os “scores” (somatório) dos indicadores variam entre 6 e 48 pontos, sendo que quanto menor for o somatório da pontuação menor é o risco de queda e vice-versa. Da avaliação desta pontuação sairá a classificação e identificação dos graus de risco de queda de cada recém-nascido (e.g. elevado, moderado ou reduzido).

O **primeiro indicador** da escala caracteriza o **número de vezes por dia, que o recém-nascido sai da incubadora/berço**. Este indicador inclui retirar o recém-nascido da incubadora/berço sempre que necessita de ser alimentado, para lhe serem prestados cuidados de higiene e conforto, (e.g. mudança da fralda, mudança da roupa do bebé, banho e massagem corporal, canguru ou colo dos pais, mudança dos lençóis da incubadora/berço), ou para observação física ou realização de procedimentos invasivos. Quem retira o recém-nascido da incubadora/berço poderá ser a mãe/cuidador ou profissional de saúde, sendo este um fator de risco associado aos mesmos. Segundo Abike *et al.*, (2010) quantas mais vezes por dia o recém-nascido sair da incubadora/berço para lhe serem prestados cuidados, maior é a pontuação, reforçando o facto de este procedimento ser um fator de risco à queda do recém-nascido.

<b>1 - Número de vezes por dia em que o RN sai da incubadora/berço:</b>	4 – Sai 8 ou mais vezes;	3 – Sai entre 4 a 8 vezes;	2 – Sai entre 1 a 3 vezes;	1 – Não sai da incubadora.
---	--------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

O **segundo indicador** da escala caracteriza a **modalidade de alimentação que faz o Recém-nascido**. Segundo Slogar *et al.*, (2013) e Helsey *et al.*, (2010) a amamentação é um fator de risco inerente ao recém-nascido que pode aumentar a probabilidade da queda e por isso é maior a pontuação. Várias quedas registadas acontecem quando a mãe adormece durante amamentação ou quando está a ajeitar as almofadas durante a amamentação, sendo que a segundo Galuska (2011) a amamentação mista também é um fator de risco agravante para a queda.

<b>2 - Modalidade de alimentação que faz o RN:</b>	4 – Faz amamentação exclusiva nas 24h;	3 – É adaptado à mama pelo menos 1 vez por dia e as restantes alimentações por tetina ou por sonda gástrica;	2 – Faz pelo menos uma alimentação por tetina e as restantes alimentações por sonda gástrica;	1 – Faz alimentações exclusivamente por sonda gástrica, ou encontra-se em pausa alimentar.
--	--	--	---	--

O **terceiro indicador** caracteriza o **número de dispositivos médicos que estão conectados ao recém-nascido**. Neste indicador estão incluídos: ventilação invasiva, ventilação não invasiva, soroterapia em cateter central ou em cateter venoso, drenagens vesicais, drenagens torácicas ou perfusão por sonda gástrica e corresponde a um fator de risco inerente ao recém-nascido. Segundo Abike *et al.*, (2010) quanto maior o número de dispositivos que o recém-nascido tiver conectado a si, maior será o risco de queda, quando manipulado pelo profissional de saúde, mãe/cuidador e por isso é maior a pontuação

atribuída. A existência de dispositivos colocados no recém-nascido que não estejam conectados com o exterior não acrescenta risco de queda, como por exemplo a presença de sonda gástrica ou um cateter venoso periférico que esteja obturado.

<b>3 - Número de dispositivos médicos a que o RN está conectado:</b>	4 – 3 ou mais dispositivos;	3 – 2 dispositivos;	2 – 1 dispositivo;	1 – Sem dispositivos.
--	-----------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------

O **quarto indicador** caracteriza o **número de vezes por dia, que o recém-nascido é manipulado dentro da incubadora/berço**, correspondendo a um fator de risco associado à mãe/cuidador ou profissional de saúde. Segundo Abike *et al.*, (2010) quantas mais vezes por dia o recém-nascido for sujeito a manipulações maior é a pontuação, reforçando o facto de este procedimento aumentar o risco de queda do recém-nascido, pois por exemplo, podem ficar as portas da incubadora abertas ou as grades do berço, quando existem, não ficarem elevadas.

<b>4 - Número de vezes por dia que o RN é manipulado, dentro da incubadora/berço:</b>	4 – Manipulado 8 ou mais vezes	3 – Manipulado 6-8 vezes;	2 – Manipulado 4-6 vezes;	1 – Manipulado 4 ou menos vezes.
---	--------------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------------

O **quinto indicador** caracteriza a **modalidade utilizada para o recém-nascido se deslocar no serviço, a nível intra-hospitalar, a outro serviço e a nível inter-hospitalar, a outro hospital**. Segundo Slogar *et al.*, (2013) o recém-nascido que se desloque ao colo da mãe/cuidador ou profissional de saúde tem um risco de queda acrescido, subjacente ao próprio risco de queda do cuidador/profissional e por isso é maior a pontuação. O transporte a nível inter-hospitalar acarreta sempre maior risco que

o intra-hospitalar pela sua maior duração e distancia percorrida. A nível intra-hospitalar, o transporte no berço ou cadeira de transporte, devido à sua fragilidade e instabilidade, acarreta maior probabilidade de queda comparativamente a um transporte na incubara. O mesmo é justificado por Abike *et al.*, (2010), onde estão registadas duas quedas de recém-nascidos transportados no berço durante uma mudança de serviço. Quando o recém-nascido se transporta ao colo, corresponde a um fator de risco associado ao profissional de saúde, à mãe/cuidador, sendo que nos transportes inter e intra-hospitalar os fatores de risco são associados ao ambiente.

<b>5 - Modalidade utilizada para o RN se deslocar no serviço, a outro serviço ou outro hospital:</b>	4 – Transportado ao colo dentro do serviço;	3 – Transportado incubadora/berço/cadeira de transporte para fora do hospital;	2 – Transportado em berço/cadeira de transporte dentro do hospital;	1 – Transportado em incubadora dentro do hospital.
--	---	--	---	--

O **sexto indicador** caracteriza o **cansaço materno após o trabalho de parto e parto.**

O Pós-parto é um período de grandes modificações corporais e psíquicas. Segundo Slogar *et al.*, (2013) a maioria das quedas ocorre entre o segundo e o terceiro dia e Galuska (2011), entre a segunda e a terceira noite, pelo que é neste período atribuída a maior pontuação. É entre o segundo e o terceiro dia que existe um maior nível de fadiga da mãe, muito caracterizada pela fragilidade física, dor, edema... existindo assim nesse período uma maior probabilidade do recém-nascido cair. À medida que o tempo decorre a fadiga tende a melhorar, reduzindo o risco de queda. O cansaço materno corresponde a um fator de risco materno.

<b>6 - Cansaço materno pós-parto:</b>	4 – Parto decorreu até há 3 dias;	3 – Parto decorreu entre 4-6 dias;	2 – Parto decorreu entre 7-14 dias;	1 – Parto decorreu há mais de 14 dias.
---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

O **sétimo indicador** caracteriza respectivamente a **exaustão emocional materna provocada pelo trabalho de parto e parto e pelos cuidados ao recém-nascido**. Existe uma fase imediatamente após o parto denominada de *Blues* pós-parto, em que as mães apresentam alguns sintomas que podem durar até a algumas semanas (Antunes *et al.*, 2007). Esses sintomas podem incluir alterações do humor, choro frequente, tristeza, dificuldade em dormir, irritabilidade, alterações do apetite e problemas de concentração. É uma fase normal do período após o nascimento do recém-nascido, provavelmente causado pelas alterações hormonais que ocorrem após o parto, contudo pode interferir com a capacidade para cuidar do recém-nascido (Figueiredo, 2001). Como consequência, quanto maior for essa exaustão emocional materna, maior é o risco de queda do recém-nascido, sendo atribuída a pontuação 4. Não se deve confundir exaustão emocional com depressão pós-parto, pois apesar de partilharem alguns dos mesmo sintomas, a diferença está na severidade e maior duração dos mesmos no caso da depressão pós-parto (Duarte, 2009).

<b>7 - Exaustão emocional materna:</b>	4 – Mãe sente-se exausta quando acorda e durante o dia;	3 – Mãe sente-se exausta durante o dia;	2 – Mãe sente-se exausta ao fim do dia;	1 – Mãe não se sente exausta.
--	---	---	---	-------------------------------

O **oitavo indicador** caracteriza o **número de vezes por dia que a mãe manipula o recém-nascido**, sendo este também um fator de risco materno. No pós-parto imediato é natural que as mães estejam cansadas, debilitadas fisicamente e emocionalmente, o que terá como consequência a redução do tempo junto ao recém-nascido e a redução do número de cuidados que irá prestar ao seu filho. Naturalmente com o passar dos dias, a participação nos cuidados ao recém-nascido por parte da mãe tem tendência a aumentar. Quanto maior for o número de manipulações a que o recém-nascido é sujeito pela mãe, maior será o seu risco de queda, tendo em conta o cansaço e a exaustão já referidos e o nível de conhecimentos para prestar cuidados ao recém-nascido em segurança.

<b>8 - Número de vezes por dia que a mãe manipula o RN:</b>	4 – Manipula 4 ou mais vezes;	3 – Manipula 3-4 vezes;	2 – Manipula 1-2 vez;	1 – Não manipula o RN.
---	-------------------------------	-------------------------	-----------------------	------------------------

O nono indicador caracteriza a **presença de dor na mãe e administração de analgesia**. Segundo Slogar *et al.*, (2013) e Galuska (2011), um dos motivos de queda de dois recém-nascidos deu-se quando a mãe se encontrava com dor e já não recebia analgesia à mais de 4h. Neste sentido, a dor materna é um fator de risco materno que potencia a queda do recém-nascido.

<b>9 - Avaliação da presença de dor na mãe e administração de analgesia:</b>	4 – Dor >5 e é administrada analgesia com intervalos superiores a 4h;	3 – Dor >5 e é administrada analgesia com intervalos de 4/4h ou menores;	2 – Dor entre 0 a 5;	1 – Sem dor.
--	---	--	----------------------	--------------

O décimo indicador caracteriza a **terapêutica materna administrada e associação entre as mesmas**. Segundo o Departamento de Enfermagem do Hospital John Dempsey (2012), define-se a seguinte terapêutica: anticoagulantes, anticonvulsivantes, antihipertensores, antipsicóticos, diuréticos, sedativos/hipnóticos, uso de substâncias narcóticas; A associação entre estas terapêuticas é um fator de risco materno que potencia o risco de queda do recém-nascido, pelo que quanto maior for a associação entre as mesmas, maior pontuação de risco terá o recém-nascido.

<b>10 - Terapêutica materna administrada e</b>	4 – 5 ou mais das	3 – 3 a 4 terapêuticas referidas;	2 – 1 a 2 terapêuticas referidas;	1 – Não utiliza nenhum tipo de
--	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

<p><b>associação entre as mesmas:</b>  <b>Define-se a seguinte terapêutica:</b>  <b>Anticoagulantes, anticonvulsivantes, antihipertensores, antipsicóticos, diuréticos, sedativos/ hipnóticos, uso de substâncias narcóticas.</b></p>	<p>terapêuticas referidas;</p>			<p>terapêuticas referidas ou utiliza outra terapêutica.</p>
---	--------------------------------	--	--	---

O **décimo primeiro indicador** caracteriza a **história materna de abuso de substâncias tóxicas**. Segundo Slogar *et al.*, (2013) e o Departamento de Enfermagem do Hospital John Dempsey (2012) o uso de drogas e a história recente de dependência de drogas são fatores de risco maternos que podem aumentar o risco de queda do recém-nascido. É atribuída maior pontuação de risco se o abuso de substâncias tóxicas se mantiver durante a prestação de cuidados, diminuindo o risco se o abuso se tiver dado há 1 ano ou mais tempo.

<p><b>11 - Abuso de substâncias tóxicas maternas:</b></p>	<p>4 – Análises positivas para substâncias tóxicas;</p>	<p>3 – História de abuso de substâncias tóxicas no último ano;</p>	<p>2 – História de abuso de substâncias tóxicas entre os últimos 2 a 5 anos;</p>	<p>1 – Sem história de abuso de substâncias ou com história há mais de 5 anos.</p>
---	---	--	--	--

O **décimo segundo e último indicador** caracteriza o **conhecimento do cuidador sobre segurança e prevenção do risco de cair do recém-nascido**. Segundo a Associação Hospitalar de Connecticut (2012), a capacidade da percepção da informação dada por parte

da mãe/cuidador está diretamente relacionada com o risco de queda. Neste sentido, o risco de queda e, correspondentemente, a pontuação é maior quando a mãe/cuidador não adquire os conhecimentos necessários à promoção da segurança e prevenção da queda do recém-nascido e não os demonstra na prestação de cuidados, diminuído o risco à medida que vai integrando os ensinamentos realizados, até que adquire conhecimento e competências e as demonstra na prestação de cuidados.

<p><b>12 - Conhecimento do cuidador sobre segurança e prevenção do risco de cair do RN:</b></p>	<p>4 – Não adquiriu conhecimento sobre segurança e não demonstra competências sobre segurança durante os cuidados ao RN;</p>	<p>3 – Adquiriu conhecimento, mas não demonstra competências sobre segurança nos cuidados ao RN;</p>	<p>2 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança mas necessita de supervisão durante cuidados ao RN;</p>	<p>1 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança e demonstra autonomia durante os cuidados ao RN.</p>
---	--	--	---	--

## Referências bibliográficas:

- Abike, F., Tiras, S., Dunder, I., Bahtiyar, A., Uzun, O., & Demircan, O. (2010). A New Scale for Evaluating the Risks for In-Hospital Falls of Newborn Infants: A Failure Modes and Effects Analysis Study. *International Journal of Pediatrics*, 9;
- Antunes, M. (2007). As perturbações psicológicas do puerpério. *Revista Nursing*, Outubro, 26-28;
- Associação Hospitalar Cunnecticut (2012). *Guidence Related to Infant Falls Prevention and Management*;
- Departamento de Enfermagem do Hospital John Dempsey (2012). *Protocol for: Infant Falls, Risk Identification, Prevention and Management in Labor and Delivery, OB and Newborn Nursery*. Cunnecticut;
- Duarte, L. (2002). Pós-parto. *Revista vida da mulher*. Acedido em 09-01-15. Disponível em: [www.cppoetas.pt/upload/5/fckeditor\\_files/file/HLUZ\\_psiq\\_trab\\_pub\\_pos\\_-\\_parto\\_albuquerque\\_iessos\\_verao.pdf](http://www.cppoetas.pt/upload/5/fckeditor_files/file/HLUZ_psiq_trab_pub_pos_-_parto_albuquerque_iessos_verao.pdf);
- Figueiredo, B (2001). *Perturbações psicopatológicas do puerpério*. In: Canavarro, M. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra, Quarteto Editora:161-170.
- Galuska, L. (2011). Prevention of in-hospital newborn falls. *Nursing for Women's Health*, 15(1), 59-61;
- Helsley, L., McDonald, J., & Stewart, V. (2010). Adressing In-Hospital “Falls” of Newborn Infants. *The Joint Comission Jornal on Quality and Patient Safety*, 36(7), 327-333;
- Monson, S., Henry, E., Lambert, D., Schmutz, N., & Christensen, R. (2008). In-Hospital “Falls” of Newborn Infants: Data from a Multihopital Health Care. *Pediatrics*, 122(2), 277-280;
- Phalen, A., & Smolenski, J. (2010). Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39, 42-47;
- Slogar, A., Gargiulo, D., & Bodrock, J. (2013). Tracking “Near Missies” to keep Newborns safe from Falls. *Nursing for Women's Health*, 17(3), 219-223.

**APÊNDICE 12 –  
Intervenções de Enfermagem para a Prevenção do Risco de Queda do Recém-  
nascido no Ambiente Hospitalar**

## **Estratégias de Prevenção do Risco de Queda:**

Um programa de prevenção de quedas começa com a sensibilização/formação dos profissionais e a disponibilização de um ambiente seguro para o recém-nascido e a sua família. O ambiente é monitorizado pelas diferentes Unidades Funcionais que avaliam sistematicamente os fatores de risco, que poderão contribuir para a queda do recém-nascido, podendo estes ser fatores de risco ambientais, relacionados com o mãe/cuidador, com os profissionais de saúde ou inerentes ao próprio recém-nascido.

As estratégias de prevenção aplicam-se a todos os recém-nascidos e são planeados pelos profissionais de saúde. Visam identificar e modificar os fatores de risco que promovem o risco de queda do recém-nascido e consciencializar os profissionais e os cuidadores para esta problemática.

No recém-nascido é identificado o risco de queda desde o momento do seu nascimento, pelo levantamento dos diagnósticos: “**Risco de Cair: Elevado**” e “**Aprendizagem: Cair**”. Os diagnósticos deverão ser levantados desde o nascimento dos recém-nascidos, tendo em conta os fatores de risco inerentes aos mesmos e deverão enunciar-se em todos os recém-nascidos e não serem encerrados até à alta.

### **Diagnóstico: “Cair: Risco Elevado”:**

Depois do levantamento do diagnóstico, programam-se as medidas preventivas mais adequadas, tendo em conta os fatores de risco identificados. As especificações adequadas devem ser aplicadas às intervenções e estas devem ser introduzidas no plano de cuidados e calendarizadas de modo a individualizar os cuidados.

- **Gerir: a segurança do ambiente:**

O enfermeiro tem em conta um conjunto de precauções, quer ao nível do acolhimento, da higiene, do ambiente e da segurança durante a deambulação do recém-nascido ao colo: remover equipamento ou mobiliário desnecessário, posicionar corretamente soros e medicações da mãe ou recém-nascido, verificar se o chão está seco;

- **Optimizar: o ambiente:**

Manter luz de presença durante a noite no quarto, acender a luz durante a alimentação e na prestação de cuidados ao recém-nascido no quarto ou unidade de Neonatologia;

- **Providenciar: dispositivos de segurança:**

Distribuir: as grades laterais de segurança das camas das mães devem estar sempre elevadas, pelo menos até a mãe fazer o primeiro levante, quando estão com os recém-nascidos ao colo ou a alimentá-los. As camas devem estar reguladas para a posição mais baixa e com as rodas travadas. Colocar o bebê no berço/incubadora para dormir e mantê-los travados.

- **Manter: medidas de segurança:**

O Recém-nascido deve dormir preferencialmente no berço/incubadora.

Durante a transferência do recém-nascido (e.g. colo para colo, colo para incubadora/berço ou vice-versa, ou incubadora/berço para incubadora/berço), deve verificar-se: a segurança dos equipamentos; as condições dos dispositivos médicos da mãe ou do recém-nascido (e.g. ventilação, soroterapia, drenagens...) e posicioná-los corretamente; se os cuidadores/profissionais ou equipamentos se encontram ao mesmo nível durante a transferência do recém-nascido.

O transporte do recém-nascido para realização de algum procedimento intra ou inter-hospitalar deverá ser no berço/incubadora. Deve verificar-se: segurança dos equipamentos (e.g. berço ou incubadora ou cama da mãe), se o chão e a plataforma da entrada do elevador não apresenta diferenças de altura...

### **Diagnóstico: “Aprendizagem: Cair”:**

Deverá enunciar-se o diagnóstico Aprendizagem sobre Cair: Ausente, sempre que o cuidador não revelar conhecimento sobre medidas de segurança, uso de dispositivos, adaptação do ambiente físico, transferências e transporte e orientar o cuidador para:

- **Dispositivos e medidas de segurança:**

- Não segurar o recém-nascido ao colo com sono;
- Não dormir com o recém-nascido na cama ou cadeirão;
- Colocar o recém-nascido no berço/incubadora para dormir se estiver com sono

- Até realização do primeiro levante, pedir ajuda aos profissionais para a prestação de cuidados ao recém-nascido (e.g. amamentação, transferência, cuidados de higiene e conforto);
- Manter sempre as grades da cama elevadas até ao primeiro levante ou quando pega no recém-nascido ao colo ou amamenta;
- Fechar sempre as portas da incubadora;
- Antes de deambular com o recém-nascido ao colo no serviço, verificar se as condições de segurança do ambiente e equipamento estão asseguradas;
- Não deixar o recém-nascido sozinho e desamparado na cama, bancada, quarto de banho;
- Não deixar o recém-nascido sozinho no quarto;
- Apenas profissionais ou os pais podem sair com o recém-nascido do quarto;
- Se o recém-nascido cair chamar de imediato o enfermeiro.

- **Otimizar: ambiente:**

- Não colocar objetos ou equipamento fora do lugar, (soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos);
- Durante a alimentação do recém-nascido utilizar sempre a luz de presença acesa ou a televisão ligada, principalmente durante a noite.

- 

- **Transferir-se:**

- Pedir ajuda se estiver muito cansada e/ou não conseguir levantar-se sozinha para colocar ou retirar o recém-nascido no berço/incubadora.
- Não caminhar com o recém-nascido no corredor ou para fora do serviço, utilizar sempre o berço;
- Utilizar calçado adequado durante a deambulação com o recém-nascido ao colo, no quarto ou na unidade de Neonatologia;

**APÊNDICE 13 –**  
**Sessão de Formação – A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Da**  
**Prevenção à Atuação pós-queda**

# A queda do recém-nascido no ambiente hospitalar

## Da prevenção à atuação pós-queda

Enf.ª Ana Rita Parente  
Enf.ª Catarina Pinto  
Enf.ª Inês Azinheira

Cascais, 16 de Abril de 2015

## A queda do recém-nascido no ambiente hospitalar

### Objetivo Geral

Proporcionar aos Enfermeiros os conhecimentos teóricos sobre a queda do recém-nascido no ambiente hospitalar.

### Objetivos Específicos

Transmitir conhecimentos sobre:

- Segurança nos Cuidados;
- Definição de Queda;
- Queda no recém-nascido;
- Prevenção da ocorrência da queda no recém-nascido;
- Atuação pós-queda no recém-nascido.



## Segurança e queda no recém-nascido

### Segurança nos Cuidados

---

4

O Código Deontológico do Enfermeiro adverte que o enfermeiro deverá “assegurar por todos os meios que estão ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam **exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando** através das vias competentes, as **deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados**”.

(Ordem dos Enfermeiros, 1998, p.1756)

## Segurança nos Cuidados

5

Em 2006, a **Ordem dos Enfermeiros** elaborou um documento - Tomada de posição sobre a SEGURANÇA dos DOENTES:

- Os clientes e famílias **têm direito a cuidados seguros;**
- Os enfermeiros têm o dever de assegurar **cuidados em segurança e promover um ambiente seguro;**
- Participam na **identificação, análise e controlo de potenciais riscos** num contexto de prática circunscrita;
- Têm um papel crucial na **identificação de situações de risco** bem como na análise, proposta e **aplicação de soluções** para os problemas encontrados;
- As organizações, os serviços e os profissionais têm a **responsabilidade ética** de promover e salvaguardar a **segurança** dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos.

(Ordem dos Enfermeiros, 2006)



## Segurança nos Cuidados

6

A **Segurança do utente** é um indicador da **qualidade dos cuidados de enfermagem**, sendo uma preocupação mundial **minimizar os eventos adversos** que possam prejudicar o utente.

(Paiva, *et. al.*, 2010, Carneiro *et. al.*, 2011)

**O internamento do utente** para além de ter como objetivo principal a sua cura ou melhoria das condições de saúde prevê-se que seja o **mais breve possível, eficaz, livre de danos e eventos adversos.**

(Decesaro & Padilha, 2002)

Eventos adversos – **Queda** - A sua ocorrência pode causar danos nos utentes, aumentando as complicações clínicas, o tempo de internamento e os custos hospitalares (Tinetti & Kumar, 2010).

## Segurança nos Cuidados

7

- O **enfermeiro** tem um papel fundamental **na implementação de medidas** direcionadas à **segurança** do utente hospitalizado.
- A supervisão direta do enfermeiro junto à equipa de saúde deve mediar a **tomada de decisão**, fundamentada no conhecimento científico e amparada na legislação para **minimizar as repercussões dos eventos adversos na vida e na saúde dos utentes**.

(Schatkosky, *et. al.*, 2009)

- Os **enfermeiros** são os mais despertos, competentes e habilitados, não só para **monitorizar o risco de queda** dos utentes como também **na prevenção da queda e no tratamento de lesões resultantes das mesmas**.

(Muerer, *et al.*, 2006)

## Segurança nos Cuidados

8

A **Organização Mundial de Saúde** lançou um conjunto de Metas e Soluções internacionais para a Segurança do Doente, com a finalidade de promover práticas mais seguras, de entre elas:

- A **“Prevenção de Quedas e Úlceras por Pressão”** - Alguns fatores predispõem o risco de queda do utente, sejam eles **ambientais, educacionais, culturais ou inerentes aos utentes**, todos devem ser **avaliados** para que se possam instituir procedimentos para a sua prevenção.

(OMS, 2008)

## Segurança nos Cuidados

9

A **Direção Geral de Saúde** apresenta várias iniciativas desenvolvidas:

- **Prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas** - Refere que as consequências da **não identificação dos utentes** com risco de queda, a **não avaliação do risco e implementação de intervenções** de prevenção adequadas e personalizadas, reportam a **situações de risco gravemente lesivas** para o utente e para a comunidade.

(DGS, 2012)



## Segurança nos Cuidados

10

A **Joint Commission Internacional** atua na **melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde** prestados ao utente;

Meta 6: Redução do Risco de Lesões  
resultantes de Quedas em Doentes



(JCI, 2007)



## A Queda

11



- A **Organização Mundial de Saúde** define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior.

(Organização Mundial de Saúde, 2008)

- Segundo a **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, cair é a descida de um corpo de um nível superior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.

(CIPE – Versão 2, 2010)

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

## A Queda

12

### Organização Mundial de Saúde

Evento de grande impacto, por se relacionar a elevado índice de **morbilidade, mortalidade e incapacidades**, em especial na população idosa.

As quedas são um problema de **saúde pública**;

São a **segunda principal causa de morte** por lesão acidental no mundo;

Ocorrem cerca de **424 mil** quedas fatais e as graves não fatais são cerca de **37,3 milhões** por ano;

Fatores de risco: **Idade e Género.**



(Portal da Saúde, 2010)

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

## A Queda no recém-nascido

13

A queda intra-hospitalar do recém-nascido é definida como **um recém-nascido que cai no chão do hospital acidentalmente;**

(Phalen & Smolenski, 2010)

As quedas ocorrem numa taxa de 1.6 a 4.14/10.000 nados vivos, cerca de **600 a 1600 recém-nascidos caem anualmente no hospital;**

(Helsley, *et. al.*, 2010)

Os recém-nascidos estão em risco de queda , logo desde o seu nascimento. São uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para os protegerem de lesões.**

(Monson, *et. al.*, 2008)



Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

## A Queda no recém-nascido

14

**A maioria das quedas documentadas ocorreram quando:**

- A mãe adormeceu enquanto segurava o recém-nascido na cama ou no cadeirão;
- Durante a amamentação;
- Durante o parto;
- Durante o transporte da criança;
- Durante a noite;
- 2º/3º dias – quando as mães estão mais cansadas.



(Abike, *et. al.*, 2010, Helsley, *et. al.*, 2010, Slogar, *et. al.*, 2013)

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

## A Queda no recém-nascido

15

### Fatores de risco materno para a queda do recém-nascido:



- Exaustão, fadiga pós-parto;
- Alterações hormonais dos últimos 9 meses;
- Privação de sono;
- Amamentação;
- Anestesia e analgesia;
- Uso drogas ou metadona;
- Idade da mãe;
- Experiencia anterior com bebés;
- Status mental, orientação, capacidade perceção da informação dada;
- Limitação física ou mental;
- Historia de quedas materna/criança;
- Suporte familiar;
- Nível dor;
- Perda sangue.

(Slogar, *et. al.*, 2013)

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

## A Queda no recém-nascido

16



- Quando um recém-nascido cai dentro do ambiente hospitalar é uma questão multifacetada devido às **complexidades físicas, emocionais e psicológicas** de todos os que estão envolvidos; (Monson, *et. al.*, 2008)
- **Lesões** associadas às quedas nos recém-nascidos como **edema, hematoma, fratura do crânio, encefalopatia**;  
(Helsey, *et. al.*, 2010; Monson, *et al*, 2008)
- **Efeitos emocionais** e psicológicos nas famílias como a **ansiedade, depressão e vergonha e a culpa** associada à queda.  
(Helsey, *et al*, 2010)

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

## A Queda no recém-nascido

16

### Com base nos fatores de risco - **Indicadores de avaliação do risco de queda do RN em ambiente hospitalar**

- Número de vezes por dia em que o RN sai da incubadora/berço para se alimentar, cuidados de higiene, observação física ou realização de procedimentos invasivos;
- Modalidade de alimentação que faz o RN;
- Número de dispositivos médicos a que o RN tem conectado;
- Número de vezes que o RN é manipulado dentro da incubadora/berço por turno, de acordo com a sua instabilidade clínica;
- Modalidade utilizada para o RN se deslocar no serviço, ou a outro serviço ou outro hospital;
- Cansaço materno pós-parto;
- Exaustão emocional materna provocada pelo trabalho de parto e parto;
- Exaustão emocional materna provocada pelos cuidados ao bebé;
- Número de vezes que a mãe manipula o RN por turno, de acordo com a sua instabilidade clínica;
- Avaliação da presença de dor na mãe e administração de analgesia;
- Tipo de terapêutica materna administrada e associação entre as mesmas.
- Abuso de substâncias tóxicas maternas;
- Conhecimento do cuidador sobre segurança e prevenção do risco de cair do RN.

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida



Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

**Prevenção da ocorrência  
da queda**

## Prevenção de ocorrência da queda

19

### Estratégias de prevenção de queda

- Começa com a sensibilização/formação dos profissionais e a disponibilização de um ambiente seguro para o recém-nascido e a sua família.
- O ambiente é monitorizado pelas diferentes Unidades Funcionais que avaliam sistematicamente os fatores de risco (ambientais ou relacionados com cuidados ou equipa de saúde), que poderão contribuir para a queda do recém-nascido.

### Medidas Gerais

- Estas medidas aplicam-se a todos os recém-nascidos e são planeados pelos profissionais de saúde. Visam identificar e modificar os fatores de risco que promovem o risco de queda do recém-nascido e consciencializar os profissionais e os cuidadores para esta problemática.

### Medidas específicas

- No recém-nascido é identificado o risco de queda desde o momento do seu nascimento, pelo levantamento dos diagnósticos: **Cair: Risco Elevado, Aprendizagem: Cair e Aprendizagem: Parentalidade.**

## Prevenção de ocorrência da queda

20

### Cair: Risco Elevado

The screenshot displays the 'Processo de Enfermagem WEB' interface for a patient named 'Filho'. The patient's age is listed as '0 meses' and their condition as 'Portador De Cartão Do Sina'. The 'DIAGNÓSTICOS' section shows a table with the following entries:

DIAGNÓSTICOS	TAB EXOS	Diagnósticos Activos
Cair (Risco), Risco Elevado		2015-04-12 22:26
Amamentação, Atual		2015-04-12 01:20
Limpeza das vias aéreas, Comprometida		2015-04-10 15:31   2015-04-10 20:46

The 'TAB INTERVENÇÕES' section shows a list of interventions with checkboxes:

TAB INTERVENÇÕES	TAB EXOS	Int. sem Diag.	Tipo Int.
<input type="checkbox"/> Aprender: dispositivo de chamada			
<input type="checkbox"/> Assistir: o indivíduo no autocuidado: eliminação			
<input type="checkbox"/> Assistir: o indivíduo no posicionamento			
<input type="checkbox"/> Assistir: o indivíduo no transferir-se			
<input type="checkbox"/> Identificar: risco de queda			
<input type="checkbox"/> Monitorizar: risco de queda (Sempre em pé)			
<input type="checkbox"/> Optimizar: ambiente			
<input type="checkbox"/> Optimizar: posição corporal			

## Prevenção de ocorrência da queda

21

### Cair: Risco Elevado

Depois de enunciar o diagnóstico, planeiam-se as medidas preventivas mais adequadas, tendo em conta os fatores de risco identificados.

As intervenções específicas selecionadas devem ser a introduzidas no plano de cuidados e calendarizadas de modo a individualizar os cuidados.

## Prevenção de ocorrência da queda

22

### Cair: Risco Elevado

#### Optimizar: ambiente do recém-nascido:

- Durante a deambulação dos cuidadores/profissionais com o recém-nascido ao colo: remover equipamento ou mobiliário desnecessário, posicionar corretamente sistemas de perfusão da mãe ou recém-nascido e verificar se o chão está seco.

#### Assegurar: iluminação adequada:

- Manter luz de presença durante a noite, acender a luz durante a alimentação e na prestação de cuidados ao recém-nascido.

## Prevenção de ocorrência da queda

23

**Cair: Risco Elevado**

### Providenciar: dispositivos de segurança no recém-nascido:

- Distribuir: as grades laterais de segurança das camas das mães devem estar sempre elevadas, pelo menos até a mãe fazer o primeiro levante.
- As camas devem estar reguladas para a posição mais baixa e com as rodas travadas.
- Colocar o recém-nascido no berço/incubadora para dormir, mantendo-o travado.

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

## Prevenção de ocorrência da queda

24

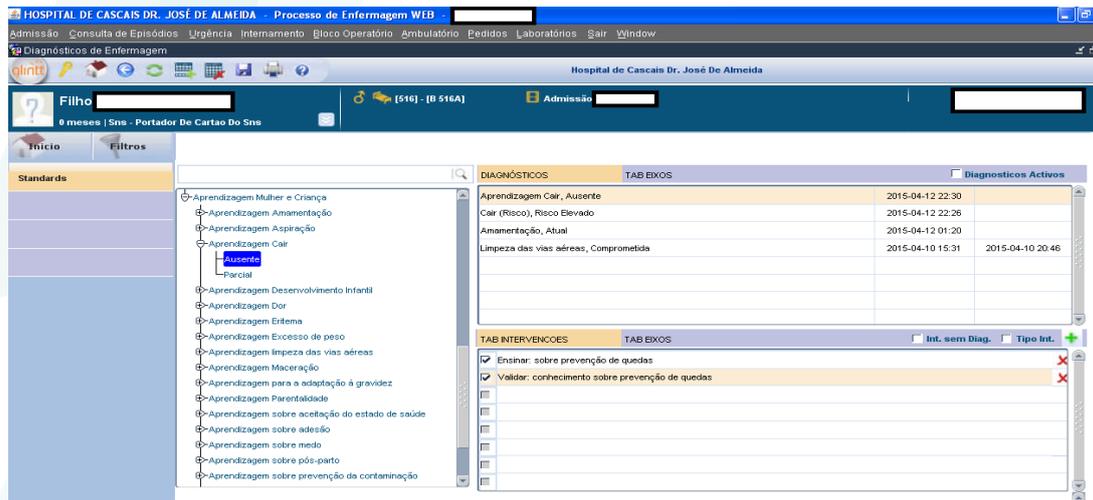
**Cair: Risco Elevado**

### Manter medidas de segurança no recém-nascido:

- Durante a transferência do recém-nascido, deve verificar-se: a segurança dos equipamentos, as condições e correto posicionamento dos dispositivos médicos da mãe ou do recém-nascido e se os cuidadores/profissionais ou equipamentos se encontram ao mesmo nível.
- O transporte do recém-nascido para realização de algum procedimento intra ou inter-hospitalar deverá ser no berço/incubadora. Deve verificar-se: segurança dos equipamentos e se o chão e a plataforma da entrada do elevador não apresenta diferenças de altura.

# Prevenção de ocorrência da queda

## Aprendizagem: Cair



# Prevenção de ocorrência da queda

## Aprendizagem: Cair



## Prevenção de ocorrência da queda

27

Aprendizagem:  
Cair

### Dispositivos e medidas de segurança:

- Não segurar o recém-nascido ao colo com sono;
- Não dormir com o recém-nascido na cama ou cadeirão;
- Colocar o recém-nascido no berço/incubadora para dormir se estiver com sono;
- Até realização do primeiro levante, pedir ajuda aos profissionais para a prestação de cuidados ao recém-nascido (amamentação, transferência, cuidados de higiene e conforto);
- Manter sempre as grades da cama elevadas até ao primeiro levante ou quando pega no recém-nascido ao colo ou amamenta.

## Prevenção de ocorrência da queda

28

Aprendizagem:  
Cair

### Dispositivos e medidas de segurança:

- Fechar sempre as portas da incubadora;
- Antes de deambular com o recém-nascido ao colo no serviço, verificar se as condições de segurança do ambiente e equipamento estão asseguradas;
- Não deixar o recém-nascido sozinho e desamparado na cama, bancada, quarto de banho;
- Não deixar o recém-nascido sozinho no quarto;
- Apenas profissionais ou os pais podem sair com o recém-nascido do quarto;
- Se o recém-nascido cair chamar de imediato o enfermeiro.

## Prevenção de ocorrência da queda

29

Aprendizagem:  
Cair

### Optimizar: ambiente:

- Não colocar objetos ou equipamento fora do lugar, (soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos);
- Durante a alimentação do recém-nascido utilizar sempre a luz de presença acesa ou a televisão ligada, principalmente durante a noite.

## Prevenção de ocorrência da queda

30

Aprendizagem:  
Cair

### Transferir-se:

- Pedir ajuda se estiver muito cansada e/ou não conseguir levantar-se sozinha para colocar ou retirar o recém-nascido no berço/incubadora.
- Não caminhar com o recém-nascido no corredor ou para fora do serviço, utilizar sempre o berço;
- Utilizar calçado adequado durante a deambulação com o recém-nascido ao colo, no quarto ou na unidade de Neonatologia.



## Atuação pós-queda

### Atuação pós-queda

32

#### Queda

Quem observa/tem conhecimento da queda deve:

- **Avaliar as circunstâncias do incidente ;**
- **Chamar imediatamente um Enfermeiro e o Neonatologista.**

- ✓ Como
- ✓ Onde
- ✓ Quando
- ✓ Foi ou não presenciada e por quem

## Atuação pós-queda

33



## Atuação pós-queda

34



## Atuação pós-queda

35

**Queda**

➤ **Manifesta sinais e sintomas relacionados com a queda**

- ✓ Manter vigilância intra-hospitalar sistemática;
- ✓ Administração de terapêutica, de acordo com a situação clínica;
- ✓ Gerir oxigenoterapia;
- ✓ Aspiração de secreções;
- ✓ Controlar hemorragia com compressão externa;
- ✓ Realização de novos exames complementares de diagnóstico, se necessário;
- ✓ Pedido de observação por outras especialidades, se necessário;
- ✓ Tratamento sinais e sintomas provenientes da queda;
- ✓ Adequar medidas de segurança do RN/família;
- ✓ Otimizar ambiente;
- ✓ Otimizar dispositivos de segurança;
- ✓ Ensinar os pais sobre: Competências parentais – sinais e sintomas, segurança e prevenção de cair;
- ✓ Registrar a queda.

## Atuação pós-queda

36

**Queda**

➤ **Não manifesta sinais e sintomas relacionados com a queda**

- ✓ Manter vigilância intra-hospitalar entre 12 a 24h após a queda;
- ✓ Dar continuidade ao plano de cuidado prévio do RN;
- ✓ Adequar medidas de segurança do RN/família;
- ✓ Otimizar ambiente;
- ✓ Otimizar dispositivos de segurança;
- ✓ Ensinar os pais sobre: Competências parentais – sinais e sintomas, segurança e prevenção de cair;
- ✓ Registrar a queda.

## Atuação pós-queda

37

### Como Registrar?

Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados → Diagnóstico de Enfermagem → Standard Mulher e criança → Cair actual → Registrar: Queda do recém-nascido.

Diagnósticos de Enfermagem	Eixos	Diagnósticos Activos
Cair, Actual		2013-05-30 11:22
Aprendizagem sobre Unidade de Cuidados de Saúde, Ausente		2013-05-27 20:46
Aprendizagem para a adaptação à gravidez, Ausente		2013-05-27 20:45
Aprendizagem sobre Unidade de Cuidados de Saúde, Ausente		2013-05-27 20:45
Aprendizagem sobre perda sanguínea, Ausente		2013-05-27 20:45
Aprendizagem sobre o autocuidado: eliminação, Ausente		2013-05-27 20:45
Aprendizagem sobre o autocuidado: higiene pessoal, Ausente		2013-05-27 20:45
Aprendizagem sobre autocuidado vestir-se e despir-se, Ausente		2013-05-27 20:45

Intervenções	Eixos	Int. sem Diag.	Tipo Int.
<input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar: sinais vitais			
<input checked="" type="checkbox"/> Vigiar: a dor			
<input type="checkbox"/> Assistir: o indivíduo no transferir-se			X
<input type="checkbox"/> Encorajar: comunicação de emoções			X
<input type="checkbox"/> Monitorizar: a dor			X
<input type="checkbox"/> Monitorizar: o estado de consciência			X
<input checked="" type="checkbox"/> Registrar: queda			
<input type="checkbox"/> Transferir: o indivíduo			X

## Atuação pós-queda

38

### Como Registrar?

Circunstâncias do incidente

Motivos da queda

Grau de severidade

## Atuação pós-queda

39

### Como Registrar?

#### Circunstâncias do incidente

- Como?
- Onde?
- Quando?
- Foi ou não presenciada e por quem?

## Atuação pós-queda

40

### Como Registrar?

#### Motivos da queda

#### **A – Condições ambientais ou de equipamento:**

Quedas que ocorrem durante a deambulação do cuidador ou profissional com o recém-nascido ao colo - chão molhado, objetos ou equipamento fora do lugar, (sistemas de perfusão, fios de campinha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos) ou quedas que ocorram pela falta de segurança dos equipamentos (inexistência de grades ou espaço entre as grades da cama ou berço).

## Atuação pós-queda

41

Como  
Registrar?

Motivos da  
queda

### **B – Condição do cuidador:**

Quedas que ocorrem durante a prestação de cuidados ao recém-nascido por não demonstrar conhecimentos sobre segurança (deixar o recém-nascido na bancada ou na cama sem proteção) ou por cansaço materno (mãe adormece com o recém-nascido ao colo, quando está no cadeirão ou na cama).

## Atuação pós-queda

42

Como  
Registrar?

Motivos da  
queda

### **C – Condições da transferência ou transporte:**

Quedas que ocorrem durante a transferência do recém-nascido (colo do cuidador para o berço ou incubadora, do colo do cuidador para outro cuidador, da incubadora de transporte para outra incubadora ou berço,...) ou durante o transporte do recém-nascido intra ou inter-hospitalar no berço ou incubadora (irregularidades do piso).

## Atuação pós-queda

43

### Como Registrar?

#### Motivos da queda

#### D – Condições do Parto:

Quedas que ocorrem resultante do período expulsivo da mãe (nacer sem assistência profissional, escorregar durante o nascimento).

#### E – Outras Causas:

Não implementação e/ou adequação das medidas de segurança pelo profissional.

## Atuação pós-queda

44

### Como Registrar?

#### Grau de severidade

- **Grau 1** – Não apresenta sinais e sintomas provenientes da queda, mantem apenas cuidados de vigilância.
- **Grau 2** – Apresenta sinais e sintomas provenientes da queda como vômitos, alteração de sinais vitais, alterações neurológicas ou de reflexos, alterações no choro, atividade e tônus muscular ou da pele, fraturas ou perdas sanguíneas, que necessitem de exames complementares de diagnóstico, terapêutica e tratamento das lesões.

## Referências Bibliográficas

- Abike F., Tiras S., Dunder I., Bahtiyar A., Uzun, O., & Demircan, O. (2010). A New Scale for Evaluating the Risks for In-Hospital Falls of Newborn Infants: A Failure Modes and Effects Analysis Study. **International Journal of Pediatrics**. 9.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão 2) - 2010.
- Carneiro, F., et. al. (2011) - Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 204-11;
- Decesaró, M. & Padilha, K., (2002). Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação de em UTI: queda de pacientes. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. 1(1), 159-162.
- Direção Geral da Saúde (2012). **Prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas**. [em linha]. Acedido em: 14/04/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>.
- Helsley L., McDonald J. V., Stewart V. T. (2010). Addressing In-Hospital "Falls" of Newborn Infants. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**. 36(7): 327-333.
- Joint Commission International – Normas Internacionais – IPSPG – 06 Redução do risco de lesão do doente resultante de queda.
- Meurer, J., et. al. (2006) - Medical injuries among hospitalized children. **Qual. Saf. Health Care**. 15: 202-205;
- Monson S. A., Henry E., Lambert D. K., Schmutz N., et. al. (2008). In-Hospital "Falls" of Newborn Infants: Data from a Multihospital Health Care. **Pediatrics**. 122(2): 277-280.
- Ordem dos enfermeiros. **Tomada de posição sobre segurança do cliente**. [em linha]. (2006). Acedido em: 24/06/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf).
- Organização Mundial da Saúde, UNICEF. **O Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes com Crianças e Adolescentes**. [em linha] (2008). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: [https://www.unicef.pt/18/08\\_12\\_10\\_pr\\_child\\_injury.pdf](https://www.unicef.pt/18/08_12_10_pr_child_injury.pdf).
- Organização Mundial de Saúde. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009**. Geneva (Switzerland). [em linha] (2008). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=931&Itemid=1](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931&Itemid=1).
- Paiva, M., Paiva, S., Berti, H. (2010) - Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.44, n.2, p. 287-94;
- Portal da Saúde – **OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo** [em linha]. (Setembro, 2010). Acedido em: 14/04/2014. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+Portugal/noticias/arquivo/2010/9/quedas+oms.htm>.
- Schatkoski, A. Wegner, W., Algeri, S., & Pedro, E. (2009). Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 17(3).
- Slogar, A., Gargiulo, D., & Bodrock, J. (2013). Tracking "Near Misses" to keep Newborns safe from Falls. **Nursing for Women's Health**. 17(3), 219-223.
- Phalen, A., & Smolenski, J. (2010). Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**. 39, 47-47

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

Obrigada

**APÊNDICE 14 –  
Sessão de Formação – Prevenção da Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos na  
Unidade de Neonatologia**

## Meta 6: Reduzir o risco de danos aos utentes resultantes de quedas



# Prevenção de ocorrência de quedas nos recém-nascidos na Neonatologia

Enf.ª Ana Rita Parente  
Enf.ª Catarina Pinto  
Enf.ª Inês Azinheira

Junho 2015

## Prevenção de ocorrência da queda

2

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

**Localização:** Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados → Diagnóstico de Enfermagem → Standard Mulher e criança → Cair: Risco Elevado.

Este diagnóstico deverá ser **sempre levantado em todos os recém-nascidos**, tendo em conta os fatores de risco inerentes ao mesmo e **nunca deverá ser encerrado**. Depois do levantamento do diagnóstico, programam-se as **intervenções específicas adequadas** que devem ser introduzidas no plano de cuidados e calendarizadas de modo a individualizar os cuidados.

## Intervenções de Enfermagem

3

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

#### Optimizar: o ambiente:

- Manter luz de presença, acender a luz durante a alimentação e na prestação de cuidados ao recém-nascido;
- Remover equipamento ou mobiliário desnecessário;
- Posicionar corretamente soros e medicação do recém-nascido, verificar se o chão está seco na deambulação do recém-nascido ao colo;

## Intervenções de Enfermagem

4

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

#### Providenciar: dispositivos de segurança:

- Colocar o recém-nascido no berço/incubadora para dormir e mantê-los travados, com as portas das incubadoras fechadas e a incubadora no nível mais baixo.
- Durante a transferência do recém-nascido para o colo deve verificar-se: a segurança dos equipamentos, as condições e correto posicionamento dos dispositivos médicos do recém-nascido e se os cuidadores/profissionais se encontram ao mesmo nível.
- O transporte do recém-nascido para realização de algum procedimento intra ou inter-hospitalar deverá ser no berço ou incubadora. Deve verificar-se: segurança dos equipamentos e pavimentos e se o chão e a plataforma da entrada do elevador não apresenta diferenças de altura.

## Intervenções de Enfermagem

5

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

**Localização:** Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados → Diagnóstico de Enfermagem → Aprendizagem Mulher e criança → Aprendizagem Cair: Ausente ou Parcial.

Deverá enunciar-se Aprendizagem sobre Cair: **Ausente** sempre que o cuidador não revelar conhecimento sobre **medidas de segurança, uso de dispositivos, adaptação do ambiente físico, transferências e transporte**. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se a intervenção **“Validar conhecimento sobre...”** e só depois se **encerra este diagnóstico de aprendizagem**.

Deverá enunciar-se Aprendizagem sobre Cair: **Parcial** se se pretender **aquisição de competências** sobre o ensino realizado. **Assim que o cuidador as demonstrar deverá encerrar-se o diagnóstico**.

## Intervenções de Enfermagem

6

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Dispositivos e medidas de segurança:

- Colocar o recém-nascido no berço/incubadora se estiver com sono;
- Não adormecer com o recém-nascido ao colo ou em “Canguru” no cadeirão;
- Fechar sempre as portas da incubadora;
- Antes de deambular com o recém-nascido ao colo pelo serviço, verificar se as condições de segurança do pavimento e equipamento estão asseguradas;
- Não deixar o recém-nascido sozinho e desamparado na bancada ou no quarto de banho;
- Se o recém-nascido cair chamar de imediato o enfermeiro.

## Intervenções de Enfermagem

7

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Optimizar o ambiente:

- Não colocar objetos ou equipamento fora do lugar (soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos);
- Durante a alimentação e prestação de cuidados ao recém-nascido utilizar sempre a luz de presença acesa.

## Intervenções de Enfermagem

8

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Transferir-se:

- Pedir ajuda se estiver muito cansado e/ou não conseguir levantar-se sozinho para colocar ou retirar o recém-nascido no berço/incubadora;
- Utilizar calçado adequado durante a deambulação com o recém-nascido ao colo;



Obrigada

**APÊNDICE 15 –  
Sessão de Formação – Prevenção da Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos no  
Serviço de Bloco de Partos**

## Meta 6: Reduzir o risco de danos aos utentes resultantes de quedas



# Prevenção de ocorrência de quedas nos recém-nascidos no Bloco de Partos

Enf.ª Ana Rita Parente  
Enf.ª Catarina Pinto  
Enf.ª Inês Azinheira

Junho 2015

## Prevenção de ocorrência da queda

2

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

**Levantar o diagnóstico no processo de recém-nascido e não no processo da mãe**

**Localização:** Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados →  
Diagnóstico de Enfermagem → Standard Mulher e criança → Cair: Risco Elevado.

Este diagnóstico deverá ser **sempre levantado em todos os recém-nascidos**, tendo em conta os fatores de risco inerentes ao mesmo e **nunca deverá ser encerrado**.

Depois do levantamento do diagnóstico, programam-se as **intervenções específicas adequadas** que devem ser introduzidas no plano de cuidados e calendarizadas de modo a individualizar os cuidados.

## Intervenções de Enfermagem

3

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

#### Optimizar: o ambiente:

- Manter luz de presença, acender a luz durante a alimentação ao recém-nascido;
- Remover equipamento ou mobiliário desnecessário;
- Posicionar corretamente soros e medicações da mãe, verificar se o chão está seco;

## Intervenções de Enfermagem

4

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

#### Providenciar: dispositivos de segurança:

- Colocar o bebê no ressuscitador neonatal/berço se a mãe estiver cansada;
- Durante a transferência do recém-nascido para o colo deve verificar-se: a segurança dos equipamentos e do pavimento e se os cuidadores/profissionais se encontram ao mesmo nível.
- O transporte do recém-nascido intra ou inter-hospitalar (ex: para a Neonatologia) deverá ser na incubadora de transporte. Deve verificar-se: segurança dos equipamento e pavimento e se o chão e a plataforma da entrada do elevador não apresenta diferenças de altura.

## Intervenções de Enfermagem

5

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

**Levantar o diagnóstico no processo de recém-nascido e não no processo da mãe**

**Localização:** Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados →  
Diagnóstico de Enfermagem → Aprendizagem Mulher e criança → Aprendizagem  
Cair: Ausente ou Parcial.

Deverá enunciar-se Aprendizagem sobre Cair: **Ausente** sempre que o cuidador não revelar conhecimento sobre **medidas de segurança, uso de dispositivos, adaptação do ambiente físico, transferências e transporte**. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se a intervenção “**Validar conhecimento sobre...**” e só depois se **encerra este diagnóstico de aprendizagem**.

Pela curta estadia da puerpera no Bloco de partos, não se enuncia a Aprendizagem sobre Cair: **Parcial**

## Intervenções de Enfermagem

6

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Dispositivos e medidas de segurança:

- Não segurar o recém-nascido ao colo com sono;
- Não adormecer com o recém-nascido ao colo na cama após o parto;
- Pedir para colocar o recém-nascido no ressuscitador neonatal/berço se estiver cansada ou com sono;
- Se o recém-nascido cair chamar de imediato o enfermeiro.

## Intervenções de Enfermagem

7

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Optimizar o ambiente:

- Não colocar objetos ou equipamento fora do lugar (soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos);
- Durante a alimentação do recém-nascido utilizar sempre a luz de presença acesa;
- Para prestar cuidados ao bebê, ex: mudança da fralda, chamar o enfermeiro.

## Intervenções de Enfermagem

8

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Transferir-se:

- Aplicável se a mãe realizar o primeiro levante ainda no serviço de bloco de partos e após o mesmo:
  - Pedir ajuda se estiver muito cansada e/ou não conseguir levantar-se sozinha para colocar ou retirar o recém-nascido no ressuscitador/berço.
  - Utilizar calçado adequado durante a deambulação com o recém-nascido ao colo, no quarto.

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

Obrigada

**APÊNDICE 16 –**  
**Sessão de Formação – Prevenção da Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos no**  
**Serviço de Internamento de Obstetrícia**

## Meta 6: Reduzir o risco de danos aos utentes resultantes de quedas



# Prevenção de ocorrência de quedas nos recém-nascidos no Serviço de Obstetria

Enf.ª Ana Rita Parente  
Enf.ª Catarina Pinto  
Enf.ª Inês Azinheira

Junho 2015

## Prevenção de ocorrência da queda

2

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

**Levantar o diagnóstico no processo do recém-nascido e não no processo da mãe**

**Localização:** Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados →  
Diagnóstico de Enfermagem → Standard Mulher e criança → Cair: Risco Elevado.

Este diagnóstico deverá ser **sempre levantado em todos os recém-nascidos**, tendo em conta os fatores de risco inerentes ao mesmo e **nunca deverá ser encerrado**. Depois do levantamento do diagnóstico, programam-se as **intervenções específicas adequadas** que devem ser introduzidas no plano de cuidados e calendarizadas de modo a individualizar os cuidados.

## Intervenções de Enfermagem

3

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

#### Optimizar: o ambiente:

- Manter luz de presença, acender a luz durante a alimentação e na prestação de cuidados ao recém-nascido;
- Remover equipamento ou mobiliário desnecessário no quarto;
- Posicionar corretamente soros e medicação da mãe, verificar se o chão está seco na deambulação do recém-nascido ao colo pelo quarto;

## Intervenções de Enfermagem

4

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

#### Providenciar: dispositivos de segurança:

- Colocar o recém-nascido no berço para dormir e mantê-lo travado;
- Elevar as grades laterais de segurança das camas das mães, pelo menos até a mãe fazer o primeiro levante, quando estão com os recém-nascidos ao colo ou a alimentá-los;
- As camas da mãe devem estar reguladas para a posição mais baixa e com as rodas travadas.
- Durante a transferência do recém-nascido para o colo deve verificar-se: a segurança dos equipamentos e correto posicionamento dos dispositivos médicos da mãe;
- O transporte do recém-nascido para realização de algum procedimento intra ou inter-hospitalar deverá ser no berço ou cadeira de transporte. Deve verificar-se: segurança dos equipamentos e pavimentos e se o chão e a plataforma da entrada do elevador não apresenta diferenças de altura.

## Intervenções de Enfermagem

5

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

**Levantar o diagnóstico no processo do recém-nascido e não no processo da mãe**

**Localização:** Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados →

Diagnóstico de Enfermagem → Aprendizagem Mulher e criança → Aprendizagem

Cair: Ausente ou Parcial.

Deverá enunciar-se Aprendizagem sobre Cair: **Ausente** sempre que o cuidador não revelar conhecimento sobre **medidas de segurança, uso de dispositivos, adaptação do ambiente físico, transferências e transporte**. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se a intervenção “**Validar conhecimento sobre...**” e só depois se **encerra este diagnóstico de aprendizagem**.

Deverá enunciar-se Aprendizagem sobre Cair: **Parcial** se se pretender **aquisição de competências** sobre o ensino realizado. **Assim que o cuidador as demonstrar deverá encerrar-se o diagnóstico**.

## Intervenções de Enfermagem

6

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Dispositivos e medidas de segurança:

- Não segurar o recém-nascido ao colo com sono e coloca-lo no berço;
- Não adormecer com o recém-nascido na cama ou cadeirão;
- Até realização do primeiro levante, pedir ajuda aos profissionais para a prestação de cuidados ao recém-nascido (amamentação, transferência, cuidados de higiene e conforto);
- Antes de deambular com o recém-nascido ao colo no serviço, verificar se as condições de segurança do ambiente e equipamento estão asseguradas;
- Não deixar o recém-nascido sozinho e desamparado na cama;
- Não deixar o recém-nascido sozinho no quarto;
- Se o recém-nascido cair chamar de imediato o enfermeiro.

## Intervenções de Enfermagem

7

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Optimizar o ambiente:

- Não colocar objetos ou equipamento fora do lugar (soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos);
- Durante a alimentação do recém-nascido utilizar sempre a luz de presença acesa e a televisão ligada, principalmente durante a noite.

## Intervenções de Enfermagem

8

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Transferir-se:

- Pedir ajuda se estiver muito cansada e/ou não conseguir levantar-se sozinha para colocar ou retirar o recém-nascido no berço;
- Não caminhar com o recém-nascido no corredor ou para fora do serviço, utilizar sempre o berço;
- Utilizar calçado adequado durante a deambulação com o recém-nascido ao colo;

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

Obrigada

**APÊNDICE 17 –**  
**Sessão de Formação – Prevenção da Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos no**  
**Serviço de Urgência Pediátrica, na Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria**  
**e no Serviço de Internamento de Pediatria**

## Meta 6: Reduzir o risco de danos aos utentes resultantes de quedas



### Prevenção de ocorrência de quedas nos recém-nascidos nos Cuidados Intermédios de Pediatria, Urgência Pediátrica e Internamento de Pediatria

Enf.ª Ana Rita Parente  
Enf.ª Catarina Pinto  
Enf.ª Inês Azinheira

Junho 2015

## Prevenção de ocorrência da queda

2

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

**Localização:** Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados → Diagnóstico de Enfermagem → Standard Mulher e criança → Cair: Risco Elevado.

Este diagnóstico deverá ser **sempre levantado em todos os recém-nascidos**, tendo em conta os fatores de risco inerentes ao mesmo e **nunca deverá ser encerrado**. Depois do levantamento do diagnóstico, programam-se as **intervenções específicas adequadas** que devem ser introduzidas no plano de cuidados e calendarizadas de modo a individualizar os cuidados.

## Intervenções de Enfermagem

3

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

#### Optimizar: o ambiente:

- Internar os recém-nascidos o mais próximo possível do balcão de enfermagem;
- Manter luz de presença, acender a luz durante a alimentação e na prestação de cuidados ao recém-nascido;
- Remover equipamento ou mobiliário desnecessário;
- Posicionar corretamente soros e medicação do recém-nascido;
- Verificar se o chão está seco na deambulação do recém-nascido ao colo;

## Intervenções de Enfermagem

4

### Diagnóstico – Cair: Risco Elevado

#### Providenciar: dispositivos de segurança:

- Colocar o bebê no berço para dormir e mantê-lo travado;
- Elevar as grades laterais de segurança dos berços;
- Durante a transferência do recém-nascido para o colo deve verificar-se: a segurança dos equipamentos, as condições e correto posicionamento dos dispositivos médicos do recém-nascido e se os cuidadores/profissionais se encontram ao mesmo nível.
- O transporte do recém-nascido para realização de algum procedimento intra ou inter-hospitalar deverá ser no berço ou maca (na ambulância). Deve verificar-se: segurança dos equipamentos e pavimentos e se o chão e a plataforma da entrada do elevador não apresenta diferenças de altura.

## Intervenções de Enfermagem

5

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

**Localização:** Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados → Diagnóstico de Enfermagem → Aprendizagem Mulher e criança → Aprendizagem Cair: Ausente ou Parcial.

Deverá enunciar-se Aprendizagem sobre Cair: **Ausente** sempre que o cuidador não revelar conhecimento sobre **medidas de segurança, uso de dispositivos, adaptação do ambiente físico, transferências e transporte**. Quando adquirirem conhecimento, levanta-se a intervenção “**Validar conhecimento sobre...**” e só depois se **encerra este diagnóstico de aprendizagem**.

Deverá enunciar-se Aprendizagem sobre Cair: **Parcial** se se pretender **aquisição de competências** sobre o ensino realizado. **Assim que o cuidador as demonstrar deverá encerrar-se o diagnóstico**.

## Intervenções de Enfermagem

6

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Dispositivos e medidas de segurança:

- Não segurar o recém-nascido ao colo com sono;
- Não dormir com o recém-nascido no cadeirão;
- Colocar o recém-nascido no berço para dormir se estiver cansado ou com sono;
- Elevar sempre as grades do berço quando se afastar;
- Antes de deambular com o recém-nascido ao colo no quarto, verificar se as condições de segurança do ambiente e equipamento estão asseguradas;
- Não deixar o recém-nascido sozinho e desamparado na bancada ou berço;
- Se o recém-nascido cair chamar de imediato o enfermeiro.

## Intervenções de Enfermagem

7

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Optimizar o ambiente:

- Não colocar objetos ou equipamento fora do lugar (soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos);
- Durante a alimentação do recém-nascido utilizar sempre a luz de presença acesa ou televisão ligada, se possível.

## Intervenções de Enfermagem

8

### Diagnóstico – Aprendizagem: Cair

#### Transferir-se:

- Pedir ajuda se estiver muito cansado e/ou não conseguir levantar-se sozinho para colocar ou retirar o recém-nascido no/do berço;
- Utilizar calçado adequado durante a deambulação com o recém-nascido ao colo.



Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

Obrigada

**APÊNDICE 18 –  
Folheto – Prevenção da Queda no Recém-nascido**

## Contactos úteis

- Centro de informação Anti venenos 808 250 143
- Saúde 24: 808 242 400
- SOS Amamentação 213 965 650
- Mama Manter - Associação de Aleitamento Materno em Portugal 919 422 852

Hospital de Cascais Dr. José de Almeida  
Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves - 2755- 009 Alcabi-  
deche Telefone geral: 214653000



Departamento de Pediatria

## Prevenção da queda no recém-nascido



**Sabia que o seu filho está em perigo de cair logo desde o seu nascimento?**

**E que a queda pode trazer consequências graves?**

**O seu filho é um ser vulnerável e depende de si para o proteger dos acidentes e das quedas!**

**Para isso, siga estas recomendações:**

- Não segure o seu filho ao colo quando está com sono, nem adormeça com ele na sua cama ou no cadeirão;
- Deve colocar sempre o seu filho no berço para ambos dormirem mais confortáveis;
- Deve pedir ajuda aos profissionais para a prestação de cuidados ao seu filho (amamentação, cuidados de higiene e conforto) sempre que estiver muito cansada e não o conseguir fazer sozinha;
- Durante a alimentação do seu filho, deve utilizar sempre a luz de presença acesa ou a televisão ligada, principalmente durante a noite.
- Não deixe o seu filho sozinho e desamparado na sua cama quando muda a fralda ou faz outras coisas, levante sempre as grades da sua cama ou coloque o seu filho no berço.
- Antes de pegar no seu filho ao colo, verifique se tem a luz necessária, se todos os objetos estão no lugar correto (soros ou medicação, fios de campainha ou telefone...) e que não existem obstáculos no chão, para se poder deslocar com segurança pelo quarto;
- Não pode caminhar com o seu filho no colo para o corredor ou para fora do serviço, deve utilizar sempre o berço.
- Se o seu filho cair chamar de imediato o enfermeiro.

**APÊNDICE 19 –  
Procedimento – Prevenção de Ocorrência de Quedas nos Recém-nascidos**

## **1. Título**

### **Prevenção de ocorrência de quedas nos recém-nascidos**

## **2. Padrão JCI**

*IPSG 6 - International Patient Safety Goals (Metas Internacionais Segurança dos Doentes).*

*O hospital desenvolve e implementa um processo para reduzir o risco de lesões resultantes de quedas, aos utentes;*

## **3. Objetivo**

Uniformizar os procedimentos relativos à prevenção da queda dos recém-nascidos internados ou em ambulatório.

## **4. Intervenientes**

Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Saúde e Assistentes Operacionais.

## **5. Definições**

A queda intra-hospitalar do recém-nascido é definida como aquela em que um recém-nascido cai ou desliza das mãos, braços, colo de um profissional de saúde, pai/mãe, membro da família, ou visitante. Pode ocorrer quando o recém-nascido está a ser transferido de uma pessoa para a outra. A queda acontece independentemente da superfície sobre o qual o recém-nascido cai (e.g. cama, cadeira ou chão) e independentemente da existência ou não de lesão, como consequência da queda.

A maioria das quedas documentadas ocorreu quando: a mãe adormece enquanto segura o recém-nascido na cama ou cadeirão, durante o parto, durante o transporte.

Como fatores de risco materno que aumentam o risco de queda do recém-nascido descrevem-se a amamentação, que durante o período da noite, nos 2º e 3º dias, aumenta o risco de queda devido ao facto das mães estarem mais cansadas, podendo a mãe entrar em exaustão, e/ou fadiga pós-parto. Acrescentam-se a estes fatores, as alterações hormonais dos últimos 9 meses, a privação de sono, a anestesia e analgesia, o uso drogas ou metadona, a idade da mãe e a sua experiência anterior com bebés. O *status* mental da mãe, (e.g. orientação, capacidade perceção da informação dada) e a presença de limitação física, a existência de história anterior de quedas materna, o facto de não ter suporte

familiar, o seu nível de dor e a perda de sangue são fatores que também potenciam o risco de queda do recém-nascido.

Quando um recém-nascido cai no ambiente hospitalar é um problema multifacetado devido a complexidades físicas, emocionais e psicológicas de todos os que estão envolvidos.

Por pertencer a uma população tão vulnerável, prevenir ou reduzir o aparecimento de lesões resultantes de quedas que, podem comprometer a vida ou qualidade de vida do recém-nascido, vai contribuir para a manutenção do bem-estar físico, psicológico e social do bebé e da sua família.

## **6. Fluxograma**

Não aplicável.

## **7. Procedimento**

Um programa de prevenção de quedas começa com a sensibilização/formação dos profissionais e a disponibilização de um ambiente seguro para o recém-nascido e a sua família. O ambiente é monitorizado pelas diferentes Unidades Funcionais que avaliam sistematicamente os fatores de risco, que poderão contribuir para a queda do recém-nascido, podendo estes ser fatores de risco ambientais, relacionados com a mãe/cuidador, com a equipa de saúde ou inerentes ao recém-nascido.

### **1. Medidas gerais:**

Estas medidas aplicam-se a todos os recém-nascidos e são planeados pelos profissionais de saúde. Visam identificar e modificar os fatores de risco que promovem o risco de queda do recém-nascido e consciencializar os profissionais e os cuidadores para esta problemática.

### **2. Medidas específicas:**

No recém-nascido é identificado o risco de queda desde o momento do seu nascimento, pelo levantamento dos diagnósticos: **“Cair: Risco Elevado”** e **“Aprendizagem: Cair”**.

Os diagnósticos deverão ser levantados desde o nascimento do recém-nascido tendo em conta os fatores de risco inerentes ao próprio e deverão enunciar-se em todos os recém-nascidos e não deverão ser encerrado até à alta do mesmo.

### **Diagnóstico: “Cair: Risco Elevado”:**

O enfermeiro documenta no Processo Clínico Informático a intervenção de enfermagem “Monitorização do Risco de Queda”, através dos passos: Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados → Diagnóstico de Enfermagem → Standard Mulher e criança → Cair: Risco Elevado.

Depois do levantamento do diagnóstico, programam-se as medidas preventivas mais adequadas, tendo em conta os fatores de risco identificados. As intervenções específicas adequadas devem ser aplicadas, introduzidas no plano de cuidados e calendarizadas de modo a individualizar os cuidados.

- **Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico “Cair: Risco Elevado”:**

#### **Gerir: a segurança do ambiente:**

O enfermeiro tem em conta um conjunto de precauções, quer ao nível do acolhimento, da higiene, do ambiente e da segurança durante a deambulação do recém-nascido ao colo: remover equipamento ou mobiliário desnecessário, posicionar corretamente soros e medicações da mãe ou recém-nascido, verificar se o chão está seco;

#### **Otimizar: o ambiente:**

Manter luz de presença durante a noite no quarto, acender a luz durante a alimentação e na prestação de cuidados ao recém-nascido no quarto ou unidade de Neonatologia;

#### **Providenciar: dispositivos de segurança:**

Distribuir: as grades laterais de segurança das camas das mães devem estar sempre elevadas, pelo menos até a mãe fazer o primeiro levante, quando estão com os recém-nascidos ao colo ou a alimentá-los. As camas devem estar reguladas para a posição mais baixa e com as rodas travadas. Colocar o recém-nascido no berço/incubadora para dormir e mantê-los travados.

#### **Manter: medidas de segurança:**

O Recém-nascido deve dormir preferencialmente no berço/incubadora. Durante a transferência do recém-nascido (colo para colo, colo para incubadora/berço ou

vice-versa, ou incubadora/berço para incubadora/berço), deve verificar-se: a segurança dos equipamentos; as condições dos dispositivos médicos da mãe ou do recém-nascido (ventilação, soroterapia, drenagens...) e posicioná-los corretamente; se os cuidadores/profissionais ou equipamentos se encontram ao mesmo nível durante a transferência do recém-nascido.

O transporte do recém-nascido para realização de algum procedimento intra ou inter-hospitalar deverá ser no berço/incubadora. Deve verificar-se: a segurança dos equipamentos (berço ou incubadora ou cama da mãe), se o chão e a plataforma da entrada do elevador não apresenta diferenças de altura...

### **Diagnóstico: “Aprendizagem: Cair”:**

O enfermeiro documenta no Processo Clínico Informático os diagnósticos de enfermagem de Aprendizagem, através dos passos: Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados → Diagnóstico de Enfermagem → Standard Aprendizagem Mulher e criança → Aprendizagem: Cair.

Deverá enunciar-se o diagnóstico Aprendizagem sobre Cair: Ausente, sempre que o cuidador não revelar conhecimento sobre medidas de segurança, uso de dispositivos, adaptação do ambiente físico, transferências e transporte e orientar o cuidador para:

### **• Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico “Aprendizagem: Cair”:**

#### **Dispositivos e medidas de segurança:**

- Não segurar o recém-nascido ao colo com sono;
- Não dormir com o recém-nascido na cama ou cadeirão;
- Colocar o recém-nascido no berço/incubadora para dormir se estiver com sono
- Até realização do primeiro levante, pedir ajuda aos profissionais para a prestação de cuidados ao recém-nascido (amamentação, transferência, cuidados de higiene e conforto);
- Manter sempre as grades da cama elevadas até ao primeiro levante ou quando pega no recém-nascido ao colo ou amamenta;
- Fechar sempre as portas da incubadora;

- Antes de deambular com o recém-nascido ao colo no serviço, verificar se as condições de segurança do ambiente e equipamento estão asseguradas;
- Não deixar o recém-nascido sozinho e desamparado na cama, bancada, quarto de banho;
- Não deixar o recém-nascido sozinho no quarto;
- Apenas profissionais ou os pais podem sair com o recém-nascido do quarto;
- Se o recém-nascido cair chamar de imediato o enfermeiro.

#### **Otimizar ambiente:**

- Não colocar objetos ou equipamento fora do lugar, (soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos);
- Durante a alimentação do recém-nascido utilizar sempre a luz de presença acesa ou a televisão ligada, principalmente durante a noite.

#### **Transferir-se:**

- Pedir ajuda se estiver muito cansada e/ou não conseguir levantar-se sozinha para colocar ou retirar o recém-nascido no berço/incubadora.
- Não caminhar com o recém-nascido no corredor ou para fora do serviço, utilizar sempre o berço;
- Utilizar calçado adequado durante a deambulação com o recém-nascido ao colo, no quarto ou na unidade de Neonatologia;

Quando adquirirem conhecimento, levanta-se sempre a intervenção “Validar conhecimento sobre...” e só depois se encerra este diagnóstico de aprendizagem. Deverá enunciar-se “Aprendizagem Cair: Parcial” se se pretender aquisição de competências sobre o ensino realizado. Assim que as demonstrarem deverá encerrar-se o diagnóstico.

Na ocorrência de uma queda esta deve ser registada no Processo Clínico Informático.

O diagnóstico “**Cair: Atual**” deverá ser enunciado sempre que o recém-nascido cair e implica documentar a queda. Deverá ser encerrado imediatamente após a queda e respetiva documentação.

## **8. Elementos Mensuráveis**

1. *O Hospital executa um processo para avaliar todos os utentes internados e utentes externos cujas condições, diagnóstico, situação ou local os identifica como de alto risco de queda;*
2. *O Hospital implementa um processo para avaliação inicial e contínua, reavaliação e intervenção de utentes internados e utentes externos identificados como estando sujeitos a risco de quedas com base em critérios documentados;*
3. *As medidas implementadas para reduzir o risco de quedas para utentes, situações e locais identificados e avaliados como sujeitos a risco.*

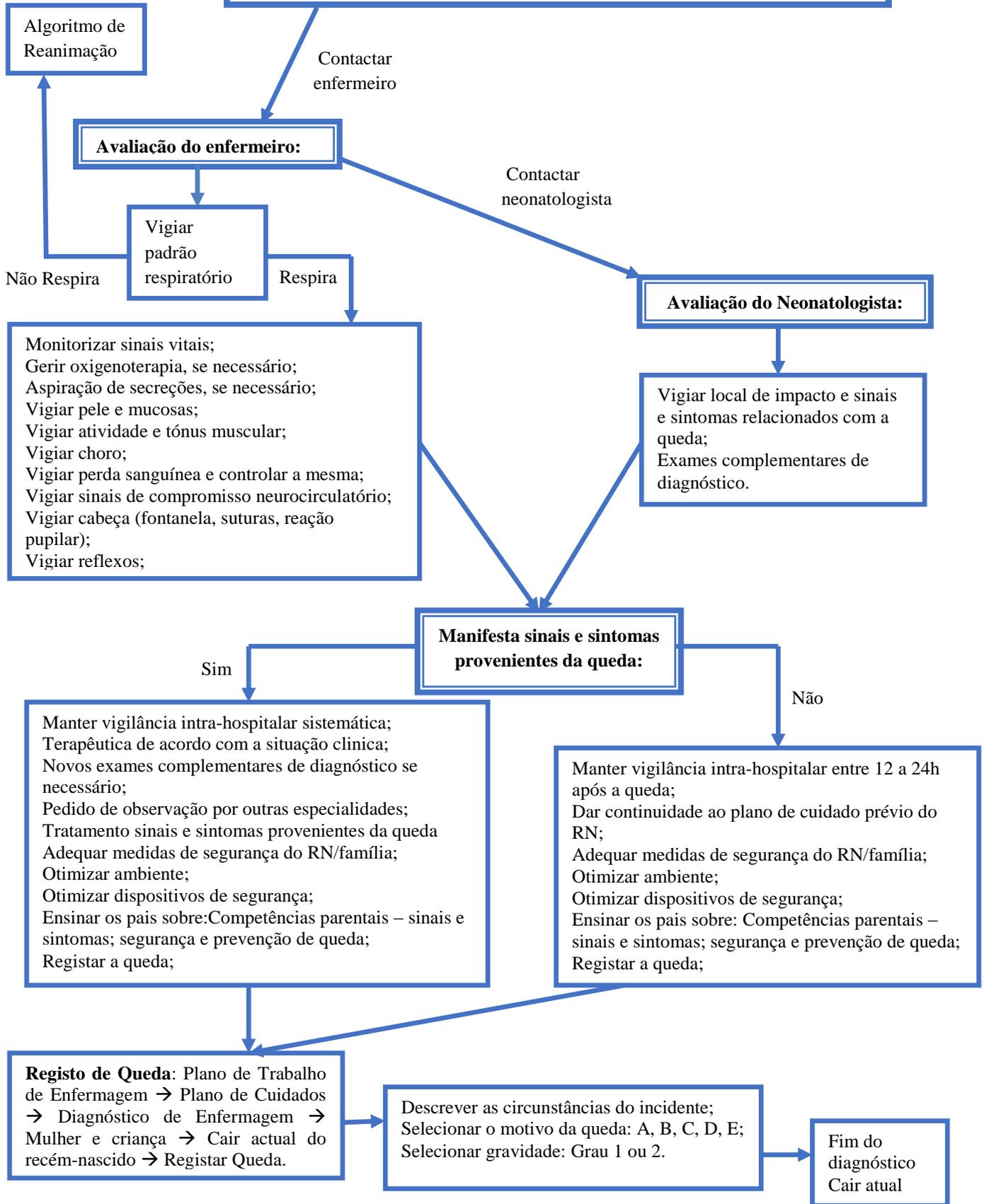
## **9. Referências Bibliográficas**

- Associação Hospitalar Connecticut (2012). *Guidence Related to Infant Falls Prevention and Management*;
- Departamento de Enfermagem do Hospital John Dempsey (2012). *Protocol for: Infant Falls, Risk Identification, Prevention and Management in Labor and Delivery, OB and Newborn Nursery*. Connecticut;
- Helsley, L., McDonald, J., & Stewart, V. (2010). Addressing In-Hospital “Falls” of Newborn Infants. *The Joint Comission Jornal on Quality and Patient Safety*. 36(7), 327-333;
- Joint Commission International (2015). Normas Internacionais – IPSG – 06 Redução de lesão do doente resultante de queda;
- Manual do Suporte Básico de Vida;
- Monson, S., Henry, E., Lambert, D., Schmutz, N., & Christensen, R. (2008). In-Hospital “Falls” of Newborn Infants: Data from a Multihospital Health Care. *Pediatrics*, 122(2), 277-280;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (tradução do original do inglês ICNP® Version 2 - International Classification for Nursing Practice, 2010);
- Phalen, A., & Smolenski, J. (2010). Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39, 42-47;

- Slogar, A., Gargiulo, D., & Bodrock, J. (2013). Tracking “Near Misses” to keep Newborns safe from Falls. *Nursing for Women’s Health*, 17(3), 219-223;
- The American Nurses Association’s National Database of Nursing Quality Indicators©. (2014).

**APÊNDICE 20 –  
Algoritmo – Atuação Pós-queda**

# Queda do Recém-nascido (RN) em Ambiente Hospitalar



**APÊNDICE 21 –  
Motivos de Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar e Graus de  
Severidade**

Definem-se os seguintes motivos de queda do recém-nascido no ambiente hospitalar e graus de severidade:

### **Motivos de Queda:**

#### **A – Condições ambientais ou de equipamento:**

Quedas que ocorrem durante a deambulação do cuidador ou profissional com o recém-nascido ao colo - chão molhado, objetos ou equipamento fora do lugar, (e.g. soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos) ou quedas que ocorram pela falta de segurança dos equipamentos (e.g. inexistência de grades ou espaço entre as grades da cama ou berço).

#### **B – Condição do cuidador:**

Quedas que ocorrem durante a prestação de cuidados ao recém-nascido por mãe/cuidador não demonstrar conhecimentos sobre segurança (e.g. deixar o recém-nascido na bancada ou na cama sem proteção) ou por cansaço materno (e.g. mãe adormece com o recém-nascido ao colo, quando está no cadeirão ou na cama).

#### **C – Condições da transferência ou transporte:**

Quedas que ocorrem durante a transferência do recém-nascido (e.g. colo do cuidador para o berço ou incubadora, do colo do cuidador para outro cuidador, da incubadora de transporte para outra incubadora ou berço,...) ou durante o transporte do recém-nascido intra ou inter-hospitalar no berço ou incubadora (e.g. irregularidades do piso).

#### **D – Condições do Parto:**

Quedas que ocorrem resultante do período expulsivo da mãe (e.g. nascer sem assistência profissional, escorregar durante o nascimento).

#### **E – Outras Causas:**

Não implementação e/ou adequação das medidas de segurança pelo profissional.

**Graus de severidade:****Grau 1:**

O recém-nascido não apresenta sinais e sintomas provenientes da queda, mantém apenas cuidados de vigilância.

**Grau 2:**

O recém-nascido apresenta sinais e sintomas provenientes da queda como vômitos, alteração de sinais vitais, alterações neurológicas ou de reflexos, alterações no choro, atividade e tônus muscular ou da pele, fraturas ou perdas sanguíneas, que necessitem de exames complementares de diagnóstico, terapêutica e tratamento das lesões.

**APÊNDICE 22 –  
Procedimento – Atuação Pós-Queda no Recém-nascido**

## **1. Título**

### **Atuação pós-queda no recém-nascido**

## **2. Padrão JCI**

*IPSG 6 - International Patient Safety Goals (Metas Internacionais Segurança dos Doentes).*

*O hospital desenvolve e implementa um processo para reduzir o risco de lesões resultantes de quedas, aos utentes;*

## **3. Objetivo**

Uniformizar a prestação de cuidados de saúde no período pós-queda do recém-nascido, de modo a garantir que todos os recém-nascidos que sofram uma queda intra-hospitalar sejam adequadamente avaliados.

## **4. Intervenientes**

Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Saúde e Assistentes Operacionais.

## **5. Definições**

A queda intra-hospitalar do recém-nascido é definida como aquela em que um recém-nascido cai ou desliza das mãos, braços, colo de um profissional de saúde, pai/mãe, membro da família, ou visitante. Pode ocorrer quando o recém-nascido está a ser transferido de uma pessoa para a outra. A queda acontece independentemente da superfície sobre o qual o recém-nascido cai (e.g. cama, cadeira ou chão) e independentemente da existência ou não de lesão, como consequência da queda.

Quando um recém-nascido cai, dentro do ambiente hospitalar, é um problema multifacetado devido às complexidades físicas, emocionais e psicológicas de todos os que estão envolvidos. As lesões físicas associadas às quedas nos recém-nascidos são o edema, hematoma, contusão, fratura do crânio, entre outros. Os efeitos emocionais e psicológicos nas famílias são a ansiedade, depressão e vergonha e a culpa associada à queda.

Prevenir ou reduzir o aparecimento de lesões resultantes de quedas que podem comprometer a vida ou qualidade de vida do recém-nascido, vai contribuir desta forma para a manutenção do bem-estar físico, psicológico e social do recém-nascido e da sua família.

## **6. Fluxograma**

Não aplicável.

## **7. Procedimento**

Após queda os recém-nascidos deverão ser avaliados pelo Enfermeiro ou Técnico de Saúde que visualize a queda e deve contactar de imediato o enfermeiro e o Neonatologista.

### **1. O enfermeiro ou quem contacta com a queda deve avaliar:**

As circunstâncias do incidente:

- Como;
- Onde;
- Quando;
- Foi ou não presenciada e por quem.

### **2. A Avaliação Inicial do doente após queda deve ser feita pelo enfermeiro:**

- Vigiar padrão respiratório, avaliar e assegurar a permeabilidade da via aérea;
- Monitorizar sinais vitais;
- Gerir oxigenoterapia, mantendo oxigenação adequada com administração de O<sub>2</sub>;
- Aspiração de secreções;
- Vigiar pele e mucosas;
- Vigiar atividade e tónus muscular;
- Vigiar choro;
- Vigiar perda sanguínea e controlar hemorragia com compressão externa;
- Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Vigiar cabeça (e.g. fontanela, suturas, reação pupilar);
- Vigiar reflexos;
- Vigiar o vómito.

### **3. A Avaliação Secundária deve ser efetuada pelo Neonatologista:**

- Vigiar local de impacto detalhadamente e procurar sinais e sintomas relacionados com a queda;

- Realização de exames complementares de diagnóstico;

#### **4. Se o recém-nascido manifestar sinais e sintomas relacionados com a queda:**

- Manter vigilância intra-hospitalar sistemática;

- Administração de Terapêutica de acordo com a situação clínica;

- Realização de novos exames complementares de diagnóstico, se necessário;

- Pedido de observação por outras especialidades, se necessário;

- Tratamento sinais e sintomas provenientes da queda;

- Adequar medidas de segurança do RN/família;

- Otimizar ambiente;

- Otimizar dispositivos de segurança;

- Ensinar os pais sobre: Competências parentais – sinais e sintomas, segurança e prevenção de queda;

- Registrar a queda;

#### **5. Se o recém-nascido não manifestar sinais e sintomas relacionados com a queda:**

- Manter vigilância intra-hospitalar entre 12 a 24h após a queda;

- Dar continuidade ao plano de cuidado prévio do RN;

- Adequar medidas de segurança do RN/família;

- Otimizar ambiente;

- Otimizar dispositivos de segurança;

- Ensinar os pais sobre: Competências parentais – sinais e sintomas, segurança e prevenção de queda;

- Registrar a queda;

#### **6. Proceder aos registos:**

- **No Processo Clínico Informático o enfermeiro valida a intervenção de enfermagem em Registo de Queda**, através dos passos: Plano de Trabalho de Enfermagem → Plano de Cuidados → Diagnóstico de Enfermagem → Standard Mulher e criança → Cair atual do recém-nascido → Registrar: Queda.

- **No Registo de Queda é obrigatório documentar:**

- As circunstâncias do incidente:

Como, Onde, Quando, Foi ou não presenciada e por quem, Terapêutica administrada e quais os exames complementares de diagnóstico realizados;

- Motivos da Queda (selecionar um único motivo):

**A – Condições ambientais ou de equipamento:**

Quedas que ocorrem durante a deambulação do cuidador ou profissional com o recém-nascido ao colo - chão molhado, objetos ou equipamento fora do lugar, (e.g. soros ou medicação, fios de campainha ou telefone, fichas elétricas dos equipamentos) ou quedas que ocorram pela falta de segurança dos equipamentos (e.g. inexistência de grades ou espaço entre as grades da cama ou berço).

**B – Condição do cuidador:**

Quedas que ocorrem durante a prestação de cuidados ao recém-nascido por mãe/cuidador não demonstrar conhecimentos sobre segurança (e.g. deixar o recém-nascido na bancada ou na cama sem proteção) ou por cansaço materno (e.g. mãe adormece com o recém-nascido ao colo, quando está no cadeirão ou na cama).

**C – Condições da transferência ou transporte:**

Quedas que ocorrem durante a transferência do recém-nascido (e.g. colo do cuidador para o berço ou incubadora, do colo do cuidador para outro cuidador, da incubadora de transporte para outra incubadora ou berço,...) ou durante o transporte do recém-nascido intra ou inter-hospitalar no berço ou incubadora (e.g. irregularidades do piso).

**D – Condições do Parto:**

Quedas que ocorrem resultante do período expulsivo da mãe (e.g. nascer sem assistência profissional, escorregar durante o nascimento).

**E – Outras Causas:**

Não implementação e/ou adequação das medidas de segurança pelo profissional.

- Grau de Severidade (selecionar um único motivo):

**Grau 1:**

O recém-nascido não apresenta sinais e sintomas provenientes da queda, mantém apenas cuidados de vigilância.

**Grau 2:**

O recém-nascido apresenta sinais e sintomas provenientes da queda como vômitos, alteração de sinais vitais, alterações neurológicas ou de reflexos, alterações no choro, atividade e tônus muscular ou da pele, fraturas ou perdas sanguíneas, que necessitem de exames complementares de diagnóstico, terapêutica e tratamento das lesões.

**9. Elementos Mensuráveis**

- 1. O Hospital executa um processo para avaliar todos os utentes internados e utentes externos cujas condições, diagnóstico, situação ou local os identifica como de alto risco de queda;*
- 2. O Hospital implementa um processo para avaliação inicial e contínua, reavaliação e intervenção de utentes internados e utentes externos identificados como estando sujeitos a risco de quedas com base em critérios documentados;*
- 3. As medidas implementadas para reduzir o risco de quedas para utentes, situações e locais identificados e avaliados como sujeitos a risco.*

**10. Referências Bibliográficas**

- Helsley, L., McDonald, J., & Stewart V. (2010). Addressing In-Hospital “Falls” of Newborn Infants. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 36(7), 327-333;
- Joint Commission International (2015). Normas Internacionais – IPSCG – 06 Redução do risco de lesão do doente resultante de queda;
- Monson, S., Henry, E., Lambert, D., Schmutz, N., & Christensen, R. (2008). In-Hospital “Falls” of Newborn Infants: Data from a Multihospital Health Care. *Pediatrics*, 122(2), 277-280;

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (tradução do original do inglês ICNP® Version 2 - International Classification for Nursing Practice, 2010);
- Phalen, A., & Smolenski, J. (2010). Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39, 42-47;
- The American Nurses Association's National Database of Nursing Quality Indicators©. (2014).

**APÊNDICE 23 –**  
**Sessão de Formação – A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Da**  
**Prevenção à Atuação Pós-Queda (Encontro de Neonatologia)**

II Encontro Enfermeiros Neonatologia da Área de Lisboa

# A queda do recém-nascido no ambiente hospitalar

## Da prevenção à atuação pós-queda

Enf<sup>a</sup> Ana Rita Parente  
Enf<sup>a</sup> Dulce Cachata  
Prof<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Alice Curado

Lisboa, 13 de Novembro de 2015

## Da prevenção à atuação pós-queda do Recém-nascido

2

A queda intra-hospitalar do recém-nascido é definida como **um recém-nascido que cai no hospital acidentalmente** (Phalen & Smolenski, 2010).

### Prevenção

Escala de  
Avaliação do  
risco

Registo de  
intervenções  
enfermagem



### Atuação

Algoritmo de  
atuação

Registo sobre  
o episódio

## A Queda

3

**Evento adverso** – A sua ocorrência pode **causar danos** nos utentes, aumentando as **complicações clínicas, o tempo de internamento e os custos hospitalares** (Tinetti & Kumar, 2010).

- Os enfermeiros têm um papel crucial na **identificação de situações de risco** bem como na **aplicação de soluções;**  
(Ordem dos Enfermeiros, 2006)
- Estão mais **despertos, competentes e habilitados**, não só para **monitorizar o risco de queda** dos utentes como também no **tratamento de lesões** resultantes das mesmas.  
(Muerer, et al., 2006)

## A Queda

4

**Organização Mundial de Saúde** - Fatores que predisõem ao risco de queda do utente - **ambientais, educacionais, culturais ou inerentes aos utentes** - devem ser **avaliados** para que se possam instituir procedimentos para a prevenção do risco de queda (OMS, 2008).

**Direção Geral de Saúde** - A **não identificação dos utentes** com risco de queda, a **não avaliação do risco e a não implementação de intervenções** adequadas e personalizadas para a prevenção, reportam a **situações de risco gravemente lesivas** para o utente e para a comunidade (DGS, 2012).

**Joint Commission Internacional** - **Melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde** prestados ao utente – **Meta 6**: Redução do Risco de Lesões resultantes de Quedas em Doentes (JCI, 2007).

## A Queda no recém-nascido

5

As quedas ocorrem numa taxa de 1.6 a 4.14/10.000 nados vivos, cerca de **600 a 1600 recém-nascidos caem anualmente no hospital;**

(Helsley, et. al., 2010)

Os recém-nascidos estão em risco de queda desde o seu nascimento. São uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para estarem protegidos de lesões.**

(Monson, et. al., 2008)



## A Queda no recém-nascido

6



A maioria das **quedas documentadas ocorreram** quando a **mãe adormeceu** enquanto segurava o recém-nascido, durante a **amamentação**, durante o **parto**, durante o **transporte**, durante a **noite** e no **2º/3º dias** – quando as mães estão mais cansadas.

(Abike, et. al., 2010, Helsley, et. al., 2010, Slogar, et. al., 2013)

Os **fatores de risco materno** são: exaustão, fadiga pós-parto, alterações hormonais, privação de sono, anestesia e analgesia, o uso de drogas ou metadona, idade da mãe, experiência anterior com bebés, capacidade de percepção da informação dada, suporte familiar, o nível de dor ou perda de sangue (Slogar, et. al., 2013).



## A Queda no recém-nascido

7

- Quando um recém-nascido cai no ambiente hospitalar é um **problema** multifacetado devido às **complexidades físicas, emocionais e psicológicas** de todos os que estão envolvidos; (Monson, *et. al.*, 2008)
- **Lesões** associadas às quedas nos recém-nascidos como **edema, hematoma, fratura do crânio, encefalopatia**; (Helsey, *et. al.*, 2010; Monson, *et al.*, 2008)
- **Efeitos emocionais** e psicológicos nas famílias como a **ansiedade, depressão e vergonha e a culpa** associada à queda. (Helsey, *et al.*, 2010)



## Prevenção – Aplicação da Escala EARN

8

### Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal

- Construção da escala – **Identificação dos indicadores** baseados nos **fatores de risco** que queda do recém-nascido;
- Constituída por **12 indicadores** - cada um com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4).
- Teoricamente os primeiros 6 itens correspondem ao RN/Cuidador/Ambiente e os seguintes à mãe.
- Os “scores” (somatório) dos indicadores variam entre **6 e 48 pontos**, sendo que quanto **menor for a pontuação menor é o risco** de queda e quanto **maior a pontuação, maior o risco** de queda

## Prevenção – Aplicação da Escala EARN

9

1 - Número de vezes por dia em que o RN sai da incubadora/berço	4 – Sai 8 ou mais vezes;	3 – Sai entre 4 a 8 vezes;	2 – Sai entre 1 a 3 vezes;	1 – Não sai da incubadora;
2 - Modalidade de alimentação que faz o RN	4 – Faz amamentação exclusiva nas 24h;	3 – É adaptado à mama pelo menos 1 vez por dia, fazendo as restantes alimentações por tetina ou por sonda gástrica;	2 – Faz pelo menos uma alimentação por tetina, fazendo as restantes alimentações por sonda gástrica;	1 – Faz alimentações exclusivamente por sonda gástrica, ou encontra-se em pausa alimentar;
3 - Número de dispositivos médicos a que o RN tem conectado	4 – 3 ou mais dispositivos;	3 – 2 dispositivos;	2 – 1 dispositivo;	1 – Sem dispositivos;
4 - Número de vezes que o RN é manipulado, por dia, dentro da incubadora/berço, de acordo com a sua instabilidade clínica	4 – Pouco instável, é manipulado 8 ou mais vezes	3 – Alguma instabilidade pelo que é manipulado 6-8 vezes;	2 – Instável à manipulação pelo que é manipulado 4-6 vezes;	1 – Muito instável à manipulação pelo que é manipulado 4 ou menos vezes.

## Prevenção – Aplicação da Escala EARN

10

5 - Modalidade utilizada para o RN se deslocar no serviço, a outro serviço ou outro hospital	4 – Transportado ao colo dentro do serviço;	3 – Transportado em incubadora/berço para fora do hospital;	2 – Transportado em berço dentro do hospital;	1 – Transportado em incubadora dentro do hospital;
6 - Cansaço materno pós-parto	4 – Parto decorreu até há 3 dias;	3 – Parto decorreu entre 4-6 dias;	2 – Parto decorreu entre 7-14 dias;	1 – Parto decorreu há mais de 14 dias.
7 - Exaustão emocional materna	4 – Mãe sente-se exausta quando acorda e durante o dia;	3 – Mãe sente-se exausta durante o dia;	2 – Mãe sente-se exausta ao fim do dia;	1 – Mãe não se sente exausta;
8 - Número de vezes que a mãe manipula o RN, por dia, de acordo com a sua instabilidade:	4 – Pouco instável, manipula o RN 4 ou mais vezes;	3 – Alguma instabilidade pelo que manipula o RN 3-4 vezes;	2 – Instável pelo que manipula o RN 1-2 vez;	1 – Completamente instável pelo que não manipula o RN;
9 - Avaliação da presença de dor na mãe e administração de analgesia:	4 – Dor >5 e é administrada analgesia com intervalos superiores a 4h;	3 – Dor >5 e é administrada analgesia com intervalos de 4/4h ou menores;	2 – Dor entre 0 a 5;	1 – Sem dor;

## Prevenção – Aplicação da Escala EARN

11

<b>10 - Tipo de terapêutica materna administrada e associação entre as mesmas:</b> Define-se a seguinte terapêutica: Anticoagulantes, anticonvulsivantes, antihipertensores, antipsicóticos, diuréticos, sedativos/hipnóticos, uso de substâncias narcóticas.	4 – 5 ou mais das terapêuticas referidas;	3 – 3 a 4 terapêuticas referidas;	2 – 1 a 2 terapêuticas referidas;	1 – Não utiliza nenhum tipo de terapêuticas referidas ou utiliza outra terapêutica;
<b>11 - Abuso de substâncias psicoativas (álcool, drogas, opiáceos, benzodiazepinas):</b>	4 – Relato ou análises positivas para substâncias psicoativas;	3 – História de abuso de substâncias psicoativas no último ano;	2 – História de abuso de substâncias psicoativas entre os últimos 2 a 5 anos;	1 – Sem história de abuso de substâncias ou com história há mais de 5 anos.
<b>12 - Conhecimento do cuidador sobre segurança e prevenção do risco de cair do RN:</b>	4 – Não adquiriu conhecimento sobre segurança e não demonstra competências sobre segurança durante os cuidados ao RN;	3 – Adquiriu conhecimento, mas não demonstra competências sobre segurança nos cuidados ao RN;	2 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança mas necessita de supervisão durante cuidados ao RN;	1 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança e demonstra autonomia durante os cuidados ao RN;

## Prevenção – Intervenções de Enfermagem

12



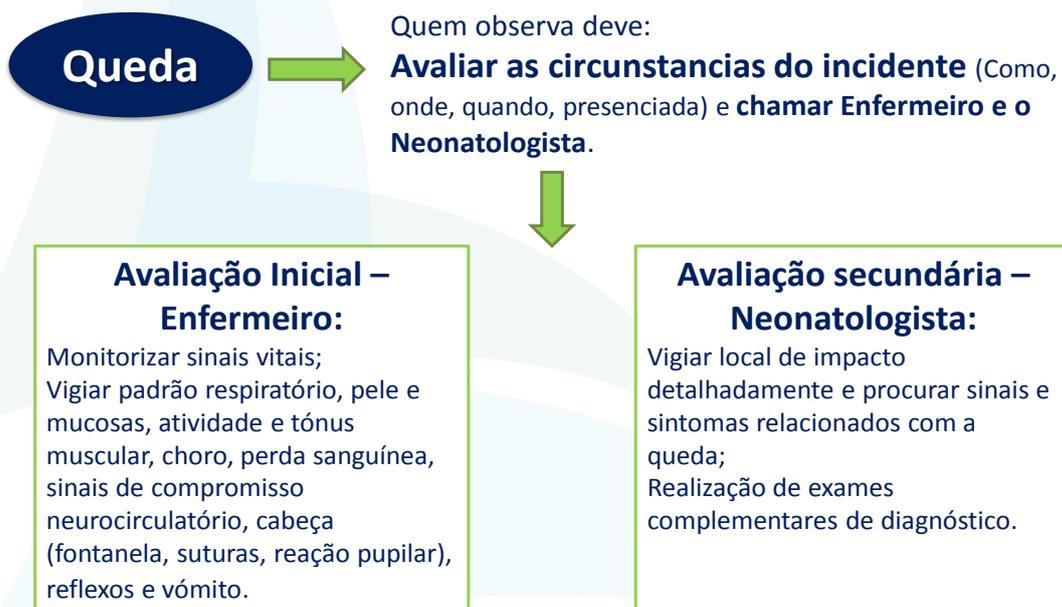
## Prevenção – Intervenções de Enfermagem

13



## Atuação pós-queda – Algoritmo

14



## Atuação pós-queda – Algoritmo

15



### **Não manifesta sinais e sintomas:**

Manter vigilância entre 12 a 24h após a queda;  
Dar continuidade ao plano de cuidados prévio do RN;  
Adequar medidas de segurança do RN/família;  
Otimizar ambiente e dispositivos de segurança;  
Ensinar os pais sobre: Competências parentais – segurança e prevenção de cair;  
Registrar a queda.

### **Manifesta sinais e sintomas:**

Manter vigilância sistemática;  
Administração de terapêutica;  
Gerir oxigenoterapia;  
Aspiração de secreções;  
Controlar hemorragia;  
Realização de novos exames complementares de diagnóstico;  
Observação por outras especialidades, se necessário;  
Otimizar ambiente e dispositivos de segurança;  
Ensinar os pais sobre: sinais e sintomas, segurança e prevenção de cair;  
Registrar a queda.

## Atuação pós-queda – Registo

16

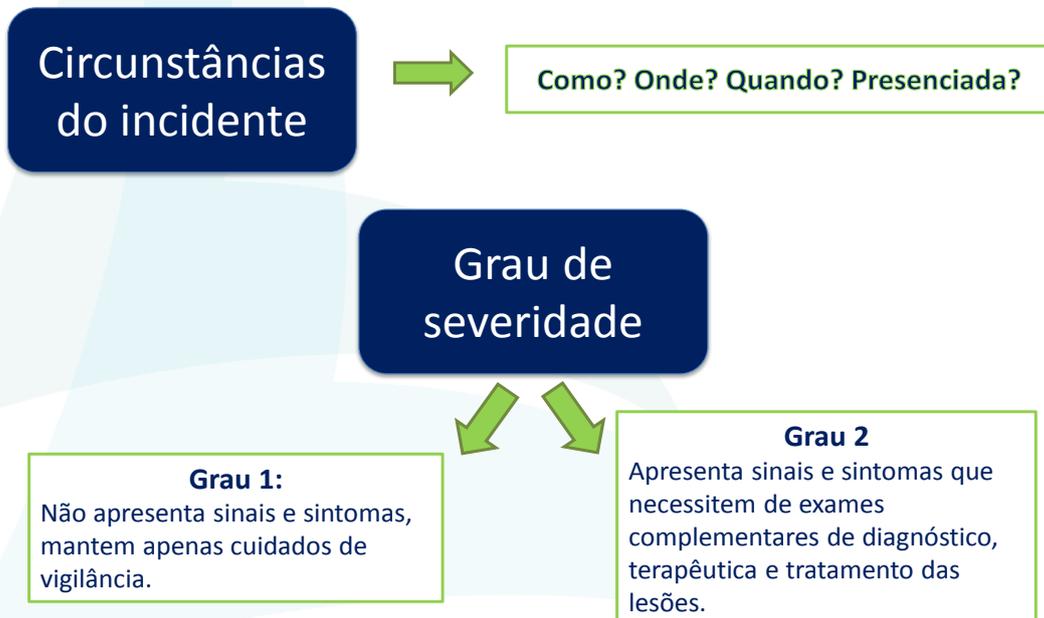
Circunstâncias  
do incidente

Grau de  
severidade

Motivos de  
queda

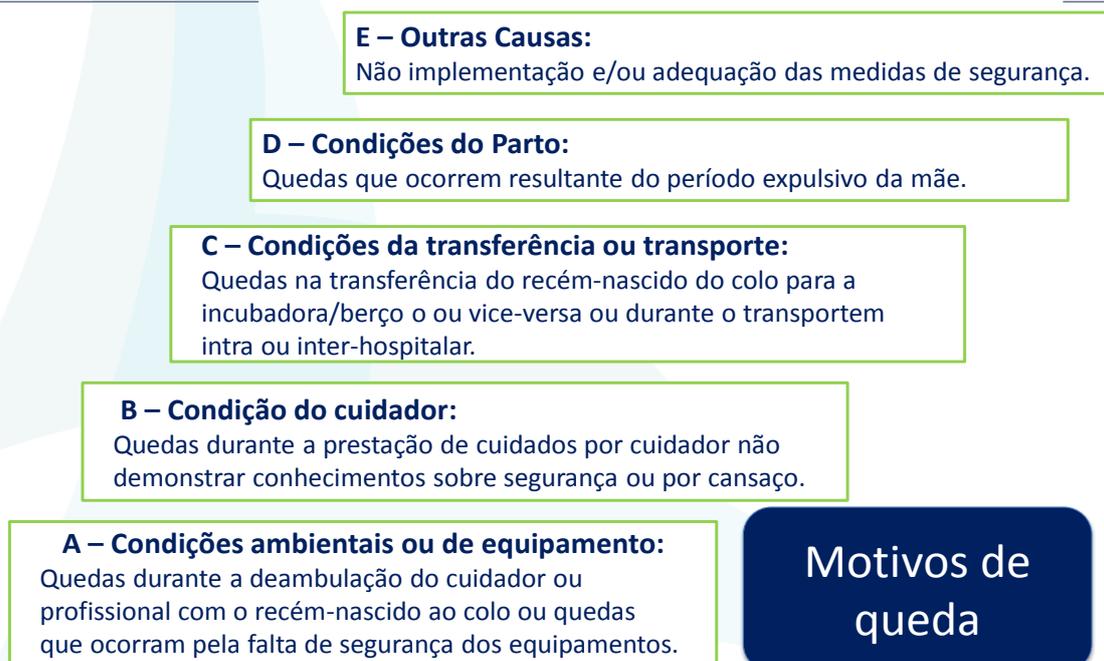
## Atuação pós-queda – Registo

17



## Atuação pós-queda – Registo

18



## Considerações Finais

19

Os enfermeiros devem **identificar situações de risco de queda** nos utentes e **aplicar intervenções** de prevenção ou redução das lesões;

Os recém-nascidos são uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para estarem protegidos de lesões** – Familiares e Profissionais.

**Na prevenção** – A utilização da **Escala de Avaliação** que irá identificar os graus de risco de queda de cada recém-nascido:

Definição de indicadores → Pre-teste → Validação estatística

**Na atuação** – A utilização do **Algoritmo** que irá permitir a redução do risco de lesões.



Obrigada

**APÊNDICE 24 –**  
**Sessão de Formação – Desenvolvimento da Escala de Avaliação do Risco de Cair**  
**Neonatal**

## 6.º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria

Auditório Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo  
Évora // 26 e 27 de novembro de 2015



### (Novos) Cenários em Pediatria

Prevenção do risco de queda e redução de lesões de queda no hospital  
Desenvolvimento da Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal



26 de Novembro de 2015

Ana Rita Parente, Dulce Cachata, Mª Alice Curado

## Queda

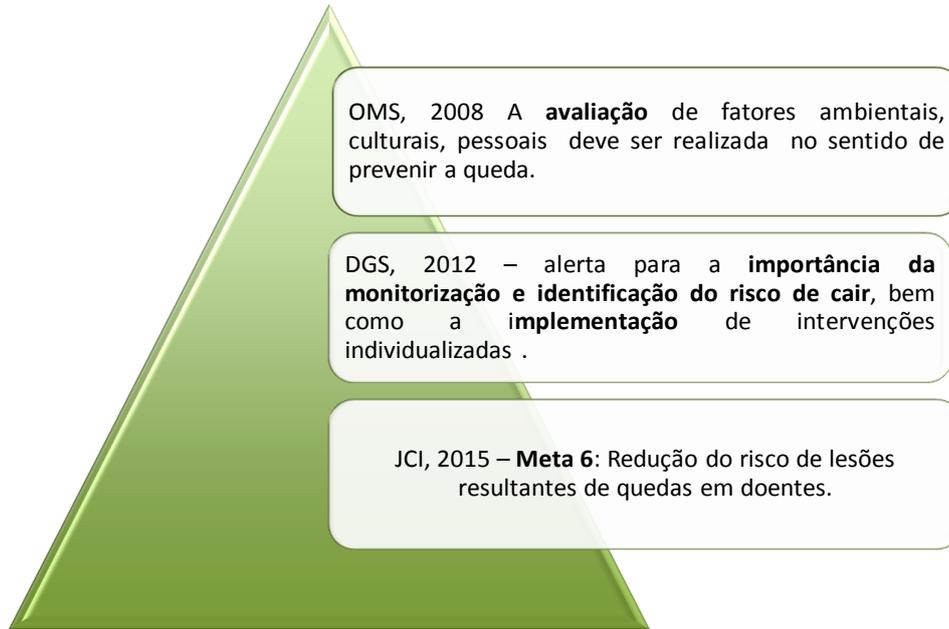
3

Evento adverso – A sua ocorrência pode causar danos nos utentes, aumentando as complicações clínicas, o tempo de internamento e os custos hospitalares

Tinetti & Kumar, 2010

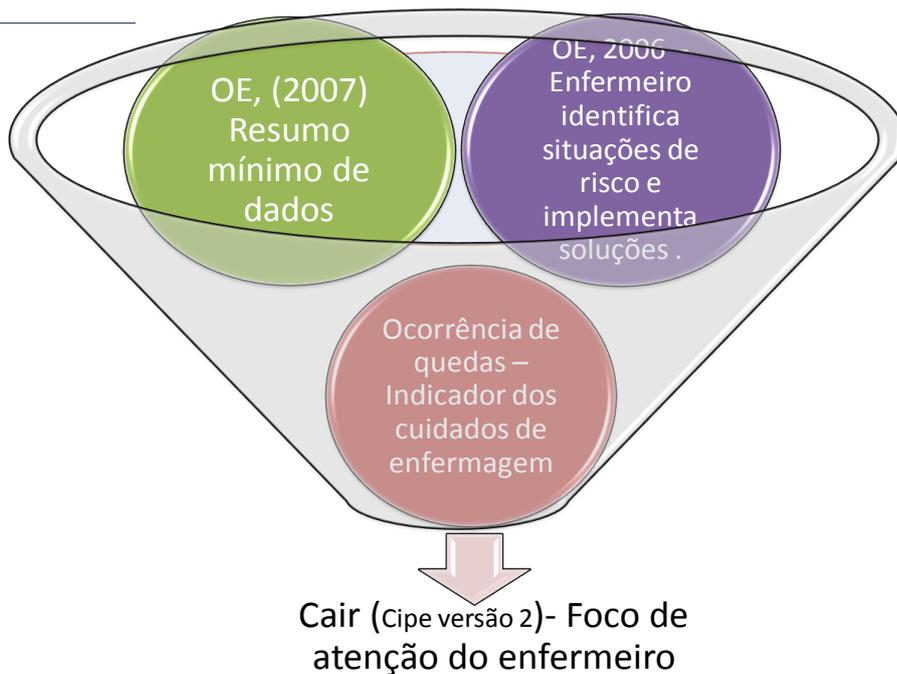
## Queda

4



## Queda

3



## A Queda no recém-nascido

5

As quedas ocorrem numa taxa de 1.6 a 4.14/10.000 nados vivos, cerca de **600 a 1600 recém-nascidos caem anualmente no hospital;**

(Helsley, *et. al.*, 2010)

Os recém-nascidos estão em risco de queda desde o seu nascimento. São uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para estarem protegidos de lesões.**

(Monson, *et. al.*, 2008)



## Como ocorre a queda?

6



A maioria das **quedas documentadas ocorreram** quando a **mãe adormeceu**, enquanto segurava o recém-nascido, durante a **amamentação**, durante o **parto**, durante o **transporte**, durante a **noite** e no **2º/3º dias** – quando as mães estão mais cansadas.

(Abike, *et. al.*, 2010, Helsley, *et. al.*, 2010, Slogar, *et. al.*, 2013)

Os **fatores de risco materno** são: exaustão, fadiga pós-parto, alterações hormonais, privação de sono, anestesia e analgesia, o uso drogas ou metadona, idade da mãe, experiencia anterior com bebés, capacidade percepção da informação dada, suporte familiar, o nível de dor ou a perda de sangue (Slogar, *et. al.*, 2013).



## Consequências da queda...

7



Queda no hospital  
Problema multifatorial:  
físico, emocional  
e psicológico.

(Monson, *et al.*, 2008)

Lesões resultantes  
da queda –  
Hematoma,  
fraturas do  
craneio,  
encefalopatia .

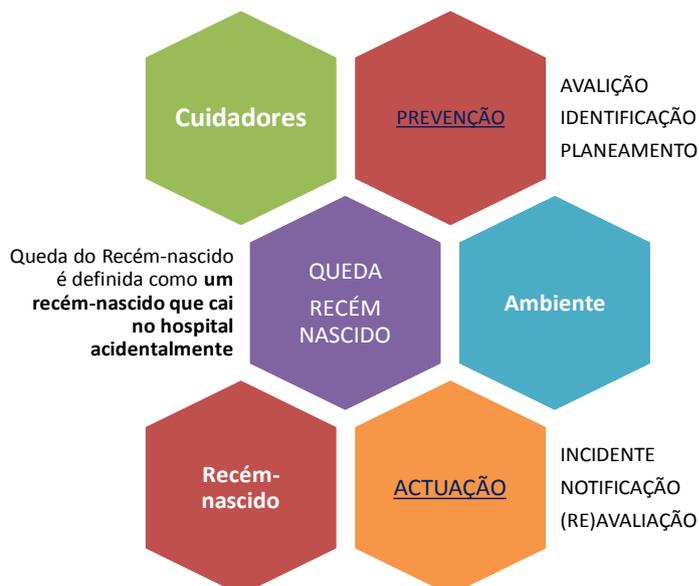
(Helsey, *et al.*, 2010; Monson,  
*et al.*, 2008 )

Efeitos  
emocionais:  
culpa, vergonha,  
depressão e  
ansiedade.

(Helsey, *et al.*, 2010)

## Desenvolvimento da Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal

2



Phalen & Smolenski, 2010

## Prevenção – “Desenho” da EARN

8

### Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal

- Construção da escala – **Identificação dos indicadores** baseados nos **fatores de risco** que queda do recém-nascido;
- Constituída por **12 itens** - cada um com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4).
- Teoricamente os primeiros 6 itens correspondem ao RN/Cuidador/Ambiente e os seguintes à mãe.
- Os “scores” (somatório) dos itens variam entre **6 e 48 pontos**, sendo que quanto **menor for a pontuação menor é o risco** de queda e quanto **maior a pontuação, maior o risco** de queda

## Prevenção – Aplicação da Escala EARN

9

1 - Número de vezes por dia em que o RN sai da incubadora/berço	4 – Sai 8 ou mais vezes;	3 – Sai entre 4 a 8 vezes;	2 – Sai entre 1 a 3 vezes;	1 – Não sai da incubadora;
2 - Modalidade de alimentação que faz o RN	4 – Faz amamentação exclusiva nas 24h;	3 – É adaptado à mama pelo menos 1 vez por dia, fazendo as restantes alimentações por tetina ou por sonda gástrica;	2 – Faz pelo menos uma alimentação por tetina, fazendo as restantes alimentações por sonda gástrica;	1 – Faz alimentações exclusivamente por sonda gástrica, ou encontra-se em pausa alimentar;
3 - Número de dispositivos médicos a que o RN tem conectado	4 – 3 ou mais dispositivos;	3 – 2 dispositivos;	2 – 1 dispositivo;	1 – Sem dispositivos;
4 - Número de vezes que o RN é manipulado, por dia, dentro da incubadora/berço, de acordo com a sua instabilidade clínica	4 – Pouco instável, é manipulado 8 ou mais vezes	3 – Alguma instabilidade pelo que é manipulado 6-8 vezes;	2 – Instável à manipulação pelo que é manipulado 4-6 vezes;	1 – Muito instável à manipulação pelo que é manipulado 4 ou menos vezes.

## Prevenção – Aplicação da Escala EARN

10

5 - Modalidade utilizada para o RN se deslocar no serviço, a outro serviço ou outro hospital	4 – Transportado ao colo dentro do serviço;	3 – Transportado em incubadora/berço para fora do hospital;	2 – Transportado em berço dentro do hospital;	1 – Transportado em incubadora dentro do hospital;
6 - Cansaço materno pós-parto	4 – Parto decorreu até há 3 dias;	3 – Parto decorreu entre 4-6 dias;	2 – Parto decorreu entre 7-14 dias;	1 – Parto decorreu há mais de 14 dias.
7 - Exaustão emocional materna	4 – Mãe sente-se exausta quando acorda e durante o dia;	3 – Mãe sente-se exausta durante o dia;	2 – Mãe sente-se exausta ao fim do dia;	1 – Mãe não se sente exausta;
8 - Número de vezes que a mãe manipula o RN, por dia, de acordo com a sua instabilidade clínica:	4 – Pouco instável, manipula o RN 4 ou mais vezes;	3 – Alguma instabilidade pelo que manipula o RN 3-4 vezes;	2 – Instável pelo que manipula o RN 1-2 vez;	1 – Completamente instável pelo que não manipula o RN;
9 - Avaliação da presença de dor na mãe e administração de analgesia:	4 – Dor >5 e é administrada analgesia com intervalos superiores a 4h;	3 – Dor >5 e é administrada analgesia com intervalos de 4/4h ou menores;	2 – Dor entre 0 a 5;	1 – Sem dor;

## Prevenção – Aplicação da Escala EARN

11

10 - Tipo de terapêutica materna administrada e associação entre as mesmas: Define-se a seguinte terapêutica: Anticoagulantes, anticonvulsivantes, antihipertensores, antipsicóticos, diuréticos, sedativos/hipnóticos, uso de substâncias narcóticas.	4 – 5 ou mais das terapêuticas referidas;	3 – 3 a 4 terapêuticas referidas;	2 – 1 a 2 terapêuticas referidas;	1 – Não utiliza nenhum tipo de terapêuticas referidas ou utiliza outra terapêutica;
11 - Abuso de substâncias tóxicas maternas:	4 – Análises positivas para substâncias tóxicas;	3 – História de abuso de substâncias tóxicas no último ano;	2 – História de abuso de substâncias tóxicas entre os últimos 2 a 5 anos;	1 – Sem história de abuso de substâncias ou com história há mais de 5 anos.
12 - Conhecimento do cuidador sobre segurança e prevenção do risco de cair do RN:	4 – Não adquiriu conhecimento sobre segurança e não demonstra competências sobre segurança durante os cuidados ao RN;	3 – Adquiriu conhecimento, mas não demonstra competências sobre segurança nos cuidados ao RN;	2 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança mas necessita de supervisão durante cuidados ao RN;	1 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança e demonstra autonomia durante os cuidados ao RN;

## A aplicação da EARN na prevenção da queda...

2



## Considerações Finais

14

Os enfermeiros devem **identificar situações de risco de queda** nos utentes e **aplicar intervenções** de prevenção ou redução das lesões;

Os recém-nascidos são uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para estarem protegidos de lesões** – Familiares e Profissionais.

**Na prevenção** – A utilização da **Escala de Avaliação** que irá identificar os graus de risco de queda de cada recém-nascido:

Definição de indicadores → Pre-teste → Validação estatística

**APÊNDICE 25 –**  
**Sessão de Formação – A Queda do Recém-nascido no Ambiente Hospitalar – Da**  
**Prevenção à Atuação Pós-Queda (Seminário de Pediatria)**

## SEMINÁRIO

# ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

Antecipar para melhor cuidar

### A queda do recém-nascido no ambiente hospitalar

Da prevenção à atuação pós-queda

Enfª Ana Rita Parente  
Enfª Dulce Cachata  
Profª Mª Alice Curado

Cascais, 3 de Fevereiro de 2015

## A Queda

**Evento adverso** – A sua ocorrência pode **causar danos** nos utentes, aumentando as **complicações clínicas, o tempo de internamento e os custos hospitalares** (Tinetti & Kumar, 2010).



## A Queda

**OMS,  
2008**

Fatores que predisõem ao risco de queda do utente - **ambientais, educacionais, culturais ou inerentes aos utentes** - devem ser **avaliados** para que se possam **instituir procedimentos para a prevenção** do risco de queda

**DGS,  
2012**

A **não identificação dos utentes** com risco de queda, a **não avaliação do risco** e a **não implementação de intervenções** adequadas e personalizadas para a prevenção, reportam a **situações de risco gravemente lesivas** para o utente e para a comunidade

**JCI,  
2015**

**Melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde** prestados ao utente – **Meta 6: Redução do Risco de Lesões resultantes de Quedas em Doentes** (JCI, 2007).

## A Queda

**Cair - Foco de atenção do enfermeiro**

Ocorrência de queda – **Indicador dos Cuidados de Enfermagem**  
**Resumo mínimo de dados** (OE, 2007)

Estão mais **despertos, competentes e habilitados**, não só para **monitorizar o risco de queda** dos utentes como também no **tratamento de lesões**;  
(Muerer, *et al.*, 2006)

Os enfermeiros têm um papel crucial na **identificação de situações de risco** bem como na **aplicação de soluções**;  
(Ordem dos Enfermeiros, 2006)

## A Queda no Recém-nascido

As quedas ocorrem numa taxa de 1.6 a 4.14/10.000 nados vivos, cerca de **600 a 1600 recém-nascidos caem anualmente no hospital;**

(Helsley, et. al., 2010)

Os recém-nascidos estão em risco de queda desde o seu nascimento. São uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para estarem protegidos de lesões.**

(Monson, et. al., 2008)



## Ocorrência da queda no Recém-nascido



A maioria das **quedas documentadas ocorreram** quando a **mãe adormeceu**, enquanto segurava o recém-nascido, durante a **amamentação**, durante o **parto**, durante o **transporte**, durante a **noite** e no **2º/3º dias** – quando as mães estão mais cansadas.

Os **fatores de risco materno** são: exaustão, fadiga pós-parto, alterações hormonais, privação de sono, anestesia e analgesia, o uso de drogas ou metadona, idade da mãe, experiência anterior com bebés, capacidade de percepção da informação dada, suporte familiar, o nível de dor ou a perda de sangue (Slogar, et. al., 2013).



## Consequências da Queda no Recém-nascido

A queda do recém-nascido é um **problema** multifatorial devido às **complexidades físicas, emocionais e psicológicas** de todos os que estão envolvidos (Monson, *et. al.*, 2008);

**Lesões resultantes da queda** – Hematoma, fraturas do crânio, encefalopatia;  
(Helsey, *et. al.*, 2010; Monson, *et al*, 2008 )



**Efeitos emocionais:** culpa, vergonha, depressão e ansiedade.

(Helsey, *et al*, 2010)



## Desenvolvimento da Escala de Avaliação do Risco e Algoritmo de Atuação



# Prevenção – “Desenho” da EARN

## Escala de Avaliação do Risco de Cair Neonatal

- Construção da escala – **Identificação dos indicadores** baseados nos **fatores de risco** de queda do recém-nascido;
- Constituída por **12 indicadores** - cada um com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4).
- Teoricamente os primeiros 6 itens correspondem ao RN/Cuidador/Ambiente e os seguintes à mãe.
- Os “scores” (somatório) dos indicadores variam entre **6 e 48 pontos**, sendo que quanto **menor for a pontuação menor é o risco** de queda e quanto **maior a pontuação, maior o risco** de queda

# Prevenção – “Desenho” da EARN

1 - Número de vezes por dia em que o RN sai da incubadora/berço	4 – Sai 8 ou mais vezes;	3 – Sai entre 4 a 8 vezes;	2 – Sai entre 1 a 3 vezes;	1 – Não sai da incubadora;
2 - Modalidade de alimentação que faz o RN	4 – Faz amamentação exclusiva nas 24h;	3 – É adaptado à mama pelo menos 1 vez por dia, fazendo as restantes alimentações por tetina ou por sonda gástrica;	2 – Faz pelo menos uma alimentação por tetina, fazendo as restantes alimentações por sonda gástrica;	1 – Faz alimentações exclusivamente por sonda gástrica, ou encontra-se em pausa alimentar;
3 - Número de dispositivos médicos a que o RN tem conectado	4 – 3 ou mais dispositivos;	3 – 2 dispositivos;	2 – 1 dispositivo;	1 – Sem dispositivos;
4 - Número de vezes que o RN é manipulado, por dia, dentro da incubadora/berço, de acordo com a sua instabilidade clínica	4 – Pouco instável, é manipulado 8 ou mais vezes	3 – Alguma instabilidade pelo que é manipulado 6-8 vezes;	2 – Instável à manipulação pelo que é manipulado 4-6 vezes;	1 – Muito instável à manipulação pelo que é manipulado 4 ou menos vezes.

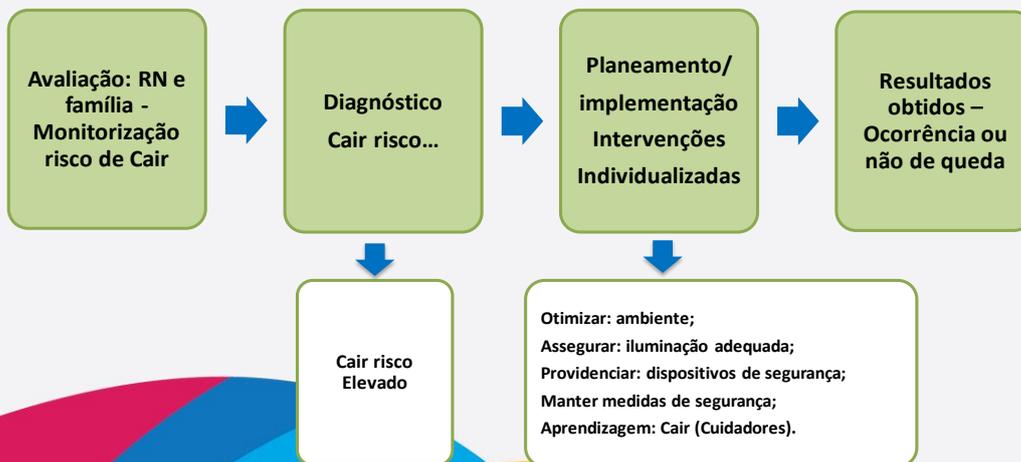
## Prevenção – “Desenho” da EARC

<b>5 - Modalidade utilizada para o RN se deslocar no serviço, a outro serviço ou outro hospital</b>	4 – Transportado ao colo dentro do serviço;	3 – Transportado em incubadora/berço para fora do hospital;	2 – Transportado em berço dentro do hospital;	1 – Transportado em incubadora dentro do hospital;
<b>6 - Cansaço materno pós-parto</b>	4 – Parto decorreu até há 3 dias;	3 – Parto decorreu entre 4-6 dias;	2 – Parto decorreu entre 7-14 dias;	1 – Parto decorreu há mais de 14 dias.
<b>7 - Exaustão emocional materna</b>	4 – Mãe sente-se exausta quando acorda e durante o dia;	3 – Mãe sente-se exausta durante o dia;	2 – Mãe sente-se exausta ao fim do dia;	1 – Mãe não se sente exausta;
<b>8 - Número de vezes que a mãe manipula o RN, por dia, de acordo com a sua instabilidade clínica:</b>	4 – Pouco instável, manipula o RN 4 ou mais vezes;	3 – Alguma instabilidade pelo que manipula o RN 3-4 vezes;	2 – Instável pelo que manipula o RN 1-2 vez;	1 – Completamente instável pelo que não manipula o RN;
<b>9 - Avaliação da presença de dor na mãe e administração de analgesia</b>	4 – Dor >5 e é administrada analgesia com intervalos superiores a 4h;	3 – Dor >5 e é administrada analgesia com intervalos de 4/4h ou menores;	2 – Dor entre 0 a 5;	1 – Sem dor;

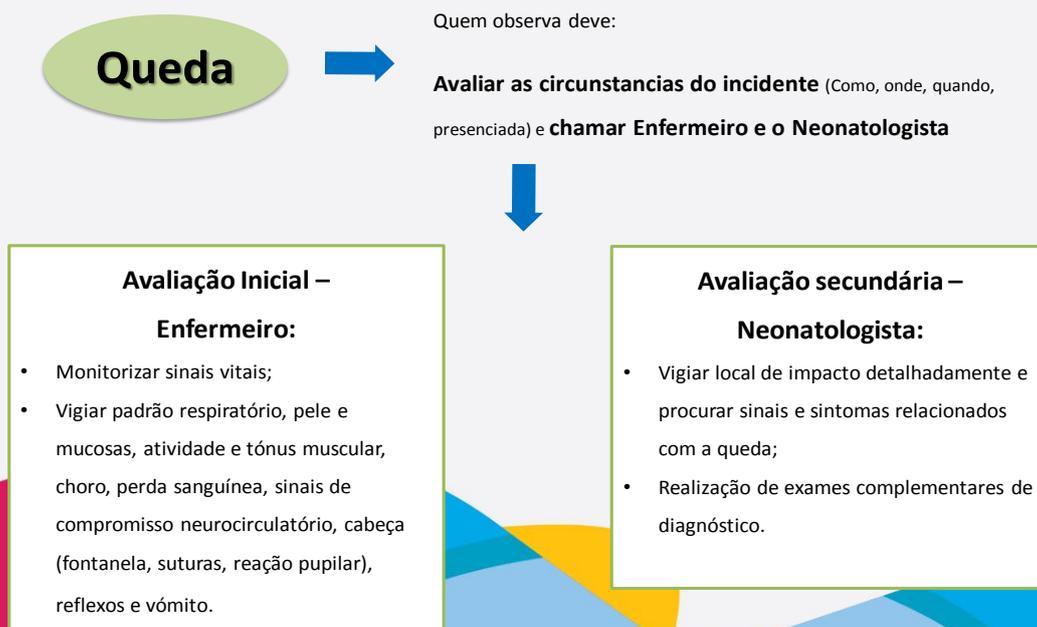
## Prevenção – “Desenho” da EARC

<b>10 - Tipo de terapêutica materna administrada e associação entre as mesmas:</b> Define-se a seguinte terapêutica: Anticoagulantes, anticonvulsivantes, antihipertensores, antipsicóticos, diuréticos, sedativos/hipnóticos, uso de substâncias narcóticas.	4 – 5 ou mais das terapêuticas referidas;	3 – 3 a 4 terapêuticas referidas;	2 – 1 a 2 terapêuticas referidas;	1 – Não utiliza nenhum tipo de terapêuticas referidas ou utiliza outra terapêutica;
<b>11 - Abuso de substâncias tóxicas maternas:</b>	4 – Análises positivas para substâncias tóxicas;	3 – História de abuso de substâncias tóxicas no último ano;	2 – História de abuso de substâncias tóxicas entre os últimos 2 a 5 anos;	1 – Sem história de abuso de substâncias ou com história há mais de 5 anos.
<b>12 - Conhecimento do cuidador sobre segurança e prevenção do risco de cair do RN:</b>	4 – Não adquiriu conhecimento sobre segurança e não demonstra competências sobre segurança durante os cuidados ao RN;	3 – Adquiriu conhecimento, mas não demonstra competências sobre segurança nos cuidados ao RN;	2 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança mas necessita de supervisão durante cuidados ao RN;	1 – Adquiriu conhecimento e competências sobre segurança e demonstra autonomia durante os cuidados ao RN;

## Aplicação da EARN na prevenção da queda...



## Atuação pós-queda – Algoritmo



## Atuação pós-queda – Algoritmo

### Não manifesta sinais e sintomas:

- Manter vigilância entre 12 a 24h após a queda;
- Dar continuidade ao plano de cuidados prévio do RN;
- Adequar medidas de segurança do RN/família;
- Otimizar ambiente e dispositivos de segurança;
- Ensinar os pais sobre: Competências parentais – segurança e prevenção de cair;
- Registrar a queda.

### Registo da queda:

- Circunstância do acidente;
- Motivo de queda;
- Grau de severidade.

### Manifesta sinais e sintomas:

- Manter vigilância sistemática;
- Administração de terapêutica;
- Gerir oxigenoterapia;
- Aspiração de secreções;
- Controlar hemorragia;
- Realização de novos exames complementares de diagnóstico;
- Observação por outras especialidades, se necessário;
- Otimizar ambiente e dispositivos de segurança;
- Ensinar os pais sobre: sinais e sintomas, segurança e prevenção de cair;
- Registrar a queda.

## Considerações Finais

Os enfermeiros devem **identificar situações de risco de queda** nos utentes e **aplicar intervenções** de prevenção ou redução das lesões;

Os recém-nascidos são uma **população vulnerável e dependem exclusivamente dos seus cuidadores para estarem protegidos de lesões** – Familiares e Profissionais.

**Na prevenção** – A utilização da **Escala de Avaliação** que irá identificar os graus de risco de queda de cada recém-nascido:

Definição de indicadores ➡ Pre-teste ➡ Validação estatística

**Na atuação** – A utilização do **Algoritmo** que irá permitir a redução do risco de lesões.

SEMINÁRIO  
**ENFERMAGEM EM PEDIATRIA**  
Antecipar para melhor cuidar

Hospital  
**Cascais**  
Dr. José de Almeida

**OBRIGADA**



