



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Ângela Maria Reis de Araújo

Porto, setembro de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
INTERNSHIP REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Ângela Maria Reis de Araújo

Sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, setembro de 2025

Resumo

Este relatório final de estágio, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, sintetiza o percurso formativo realizado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, em contexto hospitalar e comunitário. Enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com experiência consolidada em ambiente extra-hospitalar, o estágio representou uma oportunidade para aprofundar competências avançadas, articulando os domínios da gestão, formação, investigação e prestação de cuidados numa prática integrada, reflexiva e baseada em evidências, visando a obtenção do grau de mestre.

A articulação entre os 4 domínios, prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação, permitiu uma abordagem holística ao cuidado de crianças, jovens e famílias, onde a gestão de recursos, a gestão da dor, a comunicação, a parceria de cuidados e o apoio na transição para a parentalidade se entrelaçou com a formação educativa para promover autonomia e prevenção qualificadas e seguras, enriquecidas pela adaptação a contextos de alta complexidade e, ou de promoção da saúde. Particularmente, as competências de investigação emergiram como elemento central, diferenciando a prática de mestre da especialidade, ao fomentar a análise crítica de evidências científicas e a geração de conhecimento novo.

O percurso como um todo, reforçou a capacidade de lidar com questões complexas em ambientes multidisciplinares, incorporando responsabilidades éticas e sociais, e promovendo uma aprendizagem autónoma que posiciona o mestre como agente de inovação.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica, Inteligência Emocional, Competências Investigação, Prática Baseada em Evidências, Articulação de Domínios

Abstract

This final internship report, prepared within the scope of the Master's Degree in Nursing with a Specialization in Child and Pediatric Health Nursing at the Nursing School of Porto, Universidade Católica Portuguesa, synthesizes the training path developed in the curricular unit *Final Internship and Report*, carried out in both hospital and community settings. As a specialist nurse in Child and Pediatric Health Nursing with consolidated experience in extra-hospital environments, the internship represented an opportunity to deepen advanced competencies, articulating the domains of management, education, research, and care delivery within an integrated, reflective, and evidence-based practice, aiming at the attainment of the Master's degree.

The articulation between the four domains—care delivery, care management, education, and research—enabled a holistic approach to the care of children, young people, and families, where resource management, pain management, communication, care partnership, and support during the transition to parenthood intertwined with educational training to promote qualified and safe autonomy and prevention, enriched by adaptation to highly complex and/or health-promoting contexts. Particularly, research competencies emerged as a central element, distinguishing Master's-level practice from specialized practice by fostering the critical analysis of scientific evidence and the generation of new knowledge.

The overall journey reinforced the ability to address complex issues in multidisciplinary environments, incorporating ethical and social responsibilities, and fostering autonomous learning that positions the Master's graduate as an agent of innovation.

Keywords: Pediatric nursing, Emotional Intelligence, Nursing research, Evidence-based practice, Competency integration, Domain Articulation

“Cuida, e tudo que fizeres está certo!”

Professora Doutora Margarida Vieira

Agradecimentos

Terminado este percurso desafiante não posso deixar de agradecer a todos que contribuíram, das mais diversas formas, para que fosse possível. Deste modo dirijo as minhas palavras de gratidão e agradecimento.

À minha professora orientadora, Doutora Professora Isabel Quelhas, pela atenção e disponibilidade, pelo apoio, orientação, paciência e estímulo, ao longo de todo este percurso desafiante.

Às enfermeiras tutoras pela partilha de conhecimentos, disponibilidade e oportunidades de aprendizagem.

Às minhas amigas J, V, F por me apoiarem, ouvirem, incentivarem ao longo esta caminhada.

Ao meu marido e filho pelo apoio incondicional, incentivo, amor, paciência e compreensão.

Agradeço a cada criança, jovem e família que cruzaram o meu percurso, por cada sorriso e partilha, inspirando-me e incentivando-me a continuar a aperfeiçoar a arte de cuidar.

A todos e a cada um a minha mais profunda Gratidão!

Lista de siglas e acrónimos

APA- American Psychological Association

CPLE- Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem

ECMO- ExtraCorporal Membrane Oxygenation

EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

EESIP- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materno Obstétrica

EH- Extra-Hospitalar

ESIP- Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

IE- Inteligência Emocional

INEM- Instituto Nacional Emergência Médica

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

MEEESIP- Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PBE- Prática Baseada na Evidência

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV- Programa Nacional Vacinação

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade Cuidados Comunidade

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULS- Unidade Local de Saúde

USF- Uni Médica dade de Saúde Familiar

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SHEM- Sistema de Helicópteros de Emergência Médica

SIDA- Síndrome da imunodeficiência adquirida

SIE- Sistema Informação em Enfermagem

SIV- Suporte Imediato de Vida

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

1 - Introdução	10
2 - Percurso Académico e Competências Profissionais Prévias	14
2.1 - Percurso Académico	15
2.2 - Percurso Profissional	17
3 - Contextualização do Estágio	22
3.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	22
3.2 - Unidade de Cuidados na Comunidade	24
3.3 - Convergência dos Contextos Formativos	26
4 - Competências Adquiridas em Contexto de Estágio	28
4.1 - Domínio da Prestação de Cuidados	28
4.2 - Domínio da Gestão de Cuidados	43
4.3 - Domínio da Investigação	48
4.4 - Domínio da Formação	58
5 - Conclusão	65
6 - Referências Bibliográficas	67
APÊNDICES	78
Apêndice I - Situações de Urgência e Emergência no Contexto da Educação Pré-Escolar	79
Apêndice II - Emergências Pediátricas- Como Atuar?	107
Apêndice III - Pequenos Grandes Desafios - Respostas a Emergências Pediátricas no 1º ano de Vida	133
Apêndice IV – Poster Científico	159
Apêndice V – Resumo/Abstract da Revisão Integrativa da Literatura	161

1 - Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP), da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa. Constitui um requisito da Unidade Curricular (UC) de Estágio Final e Relatório, integrada no 3.º semestre do curso.

O estágio decorreu em dois contextos distintos da mesma Unidade Local de Saúde do Norte, uma Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria e uma Unidade de Cuidados na Comunidade, no período de 16 de setembro a 20 de dezembro de 2024, sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas.

Visa explicitar o percurso de estágio, articulando os objetivos específicos delineados para o desenvolvimento das competências preconizadas no MEESIP, científicas, técnicas e humanas mediante análise crítica e reflexiva, fundamentada em referenciais profissionais e evidência científica atual. Constitui, assim, um documento demonstrativo das competências adquiridas no estágio realizado e requisito fundamental para a atribuição do Grau de Mestre em ESIP.

Para os devidos efeitos, considera, conforme previsto no plano de estudos do MEESIP, os seguintes objetivos gerais:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização (Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica – ESIP);
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporadas na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da

ESIP, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências;
- Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.

Neste contexto, a seleção dos contextos para o estágio curricular decorreu de uma necessidade premente identificada na prática profissional: a de aprofundar competências especializadas na prestação de cuidados à criança/jovem e família, em situação de saúde ou doença, ao longo do ciclo de todo o ciclo de vida.

Enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) desde 2019, com experiência consolidada em contexto extra-hospitalar (EH), designadamente em Suporte Imediato de Vida (SIV), em Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), este percurso académico visa assim complementar e alargar significativamente a minha experiência, particularmente em dois domínios: os cuidados intensivos pediátricos hospitalares e os cuidados de saúde primários na comunidade.

Por um lado, a experiência prévia em EH evidenciou a importância crítica de uma transição segura e eficiente para o ambiente hospitalar, nomeadamente para Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), quando necessário. Cintra (2022) salienta a singularidade, as particularidades e as necessidades específicas da criança/jovem em contexto de urgência/emergência, sublinhando os desafios inerentes, tais como: a baixa casuística, a ansiedade dos profissionais, as dificuldades de comunicação, as características do desenvolvimento, a angústia dos pais/cuidadores e a complexidade na aplicação de protocolos e administração de medicação pediátrica. Estes fatores aumentam a probabilidade de eventos adversos. Assim, o estágio em UCIP constitui-se como imperativo para consolidar competências técnicas avançadas e decisão clínica fundamentada, essenciais para o manejo seguro da criança/jovem em estado crítico. Este contexto permitirá aprofundar o conhecimento baseado na

melhor evidência científica, assegurando uma prática clínica que salvaguarda os princípios éticos e deontológicos da profissão, com vista a uma prestação de cuidados de excelência e máxima segurança para o utente e profissional.

Por outro lado, e de modo complementar, identificou-se a necessidade imperativa de atualização e desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados na comunidade. Esta área tem registado um franco desenvolvimento e transformações significativas nos últimos anos, assumindo um papel central na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de patologias crónicas na população infantojuvenil. O estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade/Centro de Saúde (UCC/USF) visa, portanto, aprofundar as competências do EEESIP neste contexto específico, capacitando para uma intervenção holística, próxima da família e alinhada com as atuais políticas de saúde e modelos de organização dos cuidados de saúde primários. Pretende-se igualmente fortalecer competências não técnicas, como comunicação eficaz, relacionamento terapêutico, cooperação interdisciplinar, gestão emocional e trabalho em equipa, reconhecidamente cruciais na interação com a criança/jovem e família (Hillage et al., 2002) e cada vez mais valorizadas pelas organizações, independentemente do cenário de prática.

Deste modo, a escolha dos contextos de estágio UCIP e UCC/USF é estrategicamente orientada para um duplo objetivo: consolidar a capacidade de resposta especializada em situações críticas, garantindo a continuidade de cuidados desde o EH até ao ambiente hospitalar intensivo, e simultaneamente, atualizar e expandir a capacidade de intervenção qualificada no âmbito comunitário, onde se processa uma parte substancial do acompanhamento da criança/jovem e família.

Todo este investimento formativo converge para a consolidação de uma prática clínica segura, integrada e baseada em evidência, alicerçada não apenas no "saber-fazer" técnico (Ramos & Bento, 2016), mas também num sólido conjunto de competências relacionais, éticas e deontológicas, essenciais ao exercício diferenciado da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No que diz respeito à organização do presente relatório, após esta nota introdutória, o documento estrutura-se em três capítulos, seguidos de uma avaliação global, considerações finais, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

O segundo capítulo, designado “Percurso Académico e Competências Profissionais Prévias” apresenta uma análise detalhada e crítica das competências desenvolvidas no âmbito da formação académica creditada e da experiência profissional. Este capítulo visa contextualizar o percurso do autor, destacando as bases que sustentam a sua preparação para o estágio.

No terceiro capítulo, intitulado “Contextualização do Estágio”, procede-se à caracterização dos contextos de estágio, nomeadamente a UCIP e a UCC. Esta descrição inclui as especificidades de cada setting, enquadrando as condições e os desafios encontrados durante o período de estágio.

O quarto capítulo, dedicado à “Convergência dos Contextos Formativos”, centra-se nas competências adquiridas durante a UC Estágio Final e Relatório, com particular ênfase nas competências específicas do EESIP. Neste capítulo, as competências são analisadas à luz dos quatro domínios de atuação da enfermagem prestação de cuidados, gestão de cuidados, investigação e formação, evidenciando a sua interligação com os objetivos estabelecidos e as atividades realizadas. Esta análise é suportada por uma reflexão crítica sobre o impacto destas dimensões na prática profissional.

A conclusão do relatório oferece uma análise transversal ao percurso de estágio, destacando as considerações finais sobre as experiências vivenciadas, as limitações do processo e as implicações para a formação e prática profissional. Esta reflexão sublinha a relevância do estágio no desenvolvimento de competências especializadas e na consolidação de uma prática reflexiva.

As referências bibliográficas, elaboradas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA, 7.^a edição), fundamentam teoricamente o relatório. Seguem-se os apêndices, que reúnem os documentos relativos às atividades realizadas durante o estágio, e os anexos, que incluem materiais complementares essenciais para a compreensão do trabalho desenvolvido.

Finalmente, importa sublimar que, para a elaboração deste relatório, foram consideradas as experiências profissionais vivenciadas, complementadas por uma reflexão individual que integrou a discussão com pares e tutores sobre a prática assistencial. A metodologia adotada baseia-se numa abordagem descritiva, crítica e reflexiva, sustentada por pesquisa científica e pela mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo do percurso pessoal, académico e profissional.

2 - Percurso Académico e Competências Profissionais Prévias

Este capítulo tem como objetivo contextualizar o percurso académico e profissional que sustenta a formação no âmbito do MEESIP, com ênfase na UC de Estágio Final e Relatório. Através de uma análise reflexiva, pretende-se articular as competências desenvolvidas com os objetivos do curso, destacando a sua relevância para a prática avançada do EESIP nos contextos de estágio: UCIP e UCC/USF.

A prática do EESIP, conforme o Regulamento n.º 140/2019, exige a mobilização integrada de competências científicas, técnicas e humanas, que respondam às particularidades da criança, do jovem e da família em diferentes cenários de saúde e doença. Estas competências, enquadradas nos domínios da prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação, são consolidadas pela experiência, reflexão crítica e incorporação de evidência científica. Benner (2001) destaca que a competência profissional resulta da capacidade de atuar com eficiência e confiança, adaptando intervenções a cada contexto, um princípio que orienta a formação no MEESIP e a prática do EESIP.

Os contextos de estágio UCIP e UCC/USF foram escolhidos para aprofundar competências específicas do EESIP, complementando a experiência em EH. Na UCIP, a prestação de cuidados em situações críticas requer rigor técnico, decisão clínica fundamentada e sensibilidade às dinâmicas familiares em momentos de vulnerabilidade. Na UCC/USF, o foco reside na promoção da saúde, prevenção da doença e acompanhamento longitudinal, fortalecendo competências relacionais e de capacitação comunitária. Ambos os cenários constituíram desafios profissionais, sobretudo pela integração de conhecimentos teóricos com uma prática reflexiva, alinhando intervenções com políticas de saúde e princípios éticos e deontológicos.

O percurso académico e profissional, detalhado nos subcapítulos seguintes, constitui a base para todas as tomadas de decisão nesta UC. A formação académica, proporcionou o alicerce teórico-metodológico para a prática especializada e a experiência profissional reforçou competências de liderança,

gestão de cuidados e comunicação terapêutica. Espera-se descrever como esta trajetória, analisada à luz dos objetivos do MEESIP, alicerça capacidades para lidar com questões complexas, emitir juízos fundamentados e comunicar conclusões claramente, competências centrais para a EESIP.

2.1 - Percurso Académico

O presente subcapítulo descreve o percurso formativo académico, com particular destaque para o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem (CPLE) na área de Saúde Infantil e Pediátrica, concluído em 2010, que constituiu a base para a obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) em 2014 pela Ordem dos Enfermeiros. Todavia, apenas em 2019 tive a oportunidade de integrar na carreira especial de Enfermagem esta categoria profissional.

Todavia, todo este percurso foi determinante para a creditação quase integral das unidades curriculares do presente Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo apenas ser realizada a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, conforme previsto para candidatos já detentores do título de especialista.

Deste modo, o percurso formativo é analisado à luz das competências previstas no plano de estudos do mestrado, articulando-as com as exigências da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, assumindo que as competências fundamentais do EESIP já foram adquiridas e são aprofundadas no âmbito do mestrado.

Não duvido que, o CPLE, concluído em 2010, proporcionou o desenvolvimento de competências específicas na saúde infantil e pediátrica, incluindo a prestação de cuidados centrados na criança e na família, a gestão de cuidados em contextos complexos e a promoção de práticas baseadas em evidência científica, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019. Estas competências, alinhadas com os quatro domínios da enfermagem prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação, permitiram-me atuar com segurança, precisão e sensibilidade às particularidades fisiológicas e emocionais das crianças, promovendo um ambiente terapêutico seguro. A

formação no CPLE consolidou a capacidade de liderar equipas em contextos pediátricos, articular intervenções com as dinâmicas familiares e disseminar conhecimento para a

promoção da saúde, competências que são diretamente aplicáveis aos objetivos do mestrado, como a prática reflexiva e a liderança estratégica.

Em 2016, finalizei a Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde, que aprofundou os meus conhecimentos em organização e liderança de serviços de saúde, reforçando competências de gestão de cuidados e governação clínica. Esta formação foi essencial para consolidar a capacidade de coordenar recursos humanos e materiais, otimizando a qualidade dos cuidados, uma competência geral do enfermeiro especialista que, na área pediátrica, se traduz na integração das necessidades da criança com as dinâmicas familiares. Este conhecimento é aprofundado no mestrado, que visa formar profissionais capazes de liderar estrategicamente em contextos clínicos e comunitários complexos.

E, em 2020, concluí a Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho, ampliando a minha capacidade de promover a saúde e segurança em contextos laborais. Esta formação fortaleceu competências de responsabilidade profissional, ética e legal, garantindo práticas alinhadas com as normas da Ordem dos Enfermeiros e os princípios deontológicos, bem como a promoção de cuidados que respeitam os direitos dos utentes. Na saúde infantil e pediátrica, estas competências manifestam-se na capacidade de assegurar ambientes terapêuticos seguros e de educar famílias e equipas sobre práticas preventivas, um objetivo central do mestrado que valoriza a educação contínua.

Ao longo destes anos de profissão, mantive sempre o meu foco no aperfeiçoamento contínuo das minhas competências, por forma a responder às crescentes exigências da prática profissional. Neste âmbito, a participação em congressos e jornadas científicas, com apresentação de comunicações orais e pósteres, fortaleceu o domínio da investigação, permitindo-me disseminar conhecimento e contribuir para o avanço da prática de enfermagem pediátrica.

Neste contexto, considero que estas atividades se alinham com a UC Estágio Final e Relatório, dado que valoriza a integração de evidência científica na prática clínica e a avaliação crítica de intervenções. Complementarmente, a participação em formações contínuas, como ações sobre vacinação, tratamento de feridas e intervenção junto de pacientes diabéticos, reforçou o domínio da

formação, promovendo o desenvolvimento profissional contínuo e a educação permanente, em linha com o objetivo do mestrado de capacitar profissionais para a disseminação de conhecimento.

Passados estes anos, esta decisão de prosseguir com a formação académica e ingressar no curso com o intuito da obtenção do grau de Mestre nesta área, converge, pois, com toda a minha trajetória profissional, alinhada à experiência profissional e à vontade de desenvolver e consolidar competências específicas na área da ESIP. Representa a oportunidade de consolidar e adquirir conhecimentos e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem nesta área de especialidade, proporcionando uma oportunidade única de integrar estas competências numa prática estratégica e orientada para a investigação.

A Unidade Curricular Estágio Final e Relatório permite avaliar criticamente estas competências, articulando-as com as exigências da prática profissional e reforçando a formação de um profissional mais qualificado, ético e preparado para os desafios da Enfermagem especializada.

2.2 - Percurso Profissional

O presente subcapítulo descreve assim o meu percurso profissional, onde consolidei as competências de Enfermeira Especialista em ESIP, adquiridas através do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem concluído e reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros em 2010 e vinculada pela integração na carreira especial de Enfermagem em 2019. Estas competências, que fundamentaram a creditação de grande parte das unidades curriculares do MESIP, são articuladas com os objetivos do plano de estudos do mestrado, nomeadamente a prestação de cuidados avançados centrados, a liderança estratégica, a promoção da investigação e a formação contínua. Complementando o percurso formativo descrito no subcapítulo anterior, todas estas experiências profissionais permitiram aplicar os conhecimentos académicos, desenvolvendo competências gerais e específicas que se alinham com a prática reflexiva e ética exigida pela Unidade Curricular Estágio Final e Relatório.

Durante 24 anos de exercício profissional, tive oportunidade de trabalhar em diferentes contextos de saúde: desde os cuidados de saúde primários até aos serviços de emergência extra-hospitalar (EH).

Esta diversidade de experiências profissionais permitiu-me adquirir e desenvolver competências em vários domínios da Enfermagem, despertando sobretudo um interesse particular pela ESIP e pela necessidade de exponenciar capacitação académica em MESIP.

Considerando que iniciei o exercício profissional de Enfermagem num centro de saúde, no interior norte de Portugal, onde desempenhei funções no Internamento e no Serviço de Atendimento Permanente, esta preferência era ainda pouco definida, dado que o exercício funcional englobava situações de trauma ou doença súbita, independentemente da faixa etária (criança, jovem ou adulto) ou gravidade clínica. Era, contudo, um contexto em que os primeiros cuidados a serem prestados eram caracterizados pela necessidade de respostas eficientes e eficazes em situações de urgência. De acordo com o Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, o Centro de Saúde funcionava 24 horas por dia, o que já não acontece na atualidade, possuindo um serviço de atendimento permanente ou unidade de internamento e meios humanos e materiais que possibilitassem o seu funcionamento (artigo 12.º). Naquela altura, o setor de enfermagem de internamento e atendimento permanente era “coordenado por um enfermeiro dos graus 2 ou 3 da carreira de enfermagem, de preferência com experiência hospitalar, designado pelo presidente da direção do centro de saúde, sob proposta da chefia do serviço de Enfermagem” (artigo 66.º do Despacho Normativo n.º 97/83). O atendimento permanente era destinado “ao atendimento dos utentes em situação de urgência, por iniciativa própria, recomendação médica, ou para encaminhamento para cuidados diferenciados” (artigo 58.º, do Despacho n.º 97/83). O setor de internamento era, contudo, destinado para internamentos curtos, nomeadamente de doentes do foro da clínica geral, de pós-intervenção cirúrgica e convalescença ou pós-intervenção médica hospitalar em hospital distrital (artigo 55.º).

Neste ambiente desenvolvi, todavia, competências gerais e premissas base da prática de Enfermagem, como a avaliação clínica célere e precisa, a administração segura de medicação, a comunicação eficaz e empática ou a avaliação/monitorização contínua de sinais vitais e estados de saúde/doença.

Na verdade, todas estas práticas, essenciais para garantir a segurança da Pessoa alvo de cuidar, refletem consideravelmente pilares deste curso de mestrado, na busca pela procura de excelência do cuidar e pela promoção de cuidados exponencialmente avançados, neste caso, particularmente vertidos em cenários pediátricos e de elevada complexidade.

Por exemplo, na Unidade de Internamento, a coordenação de planos de cuidados e a articulação com equipas multidisciplinares fortaleceram competências de gestão de cuidados, uma dimensão essencial do enfermeiro especialista. Esta experiência permitiu organizar recursos humanos e materiais, otimizando a qualidade dos cuidados, em linha com o objetivo do mestrado de formar profissionais capazes de liderar estrategicamente em contextos clínicos complexos. No âmbito pediátrico, a gestão de cuidados envolveu a integração das necessidades da criança com as dinâmicas familiares, promovendo uma abordagem holística que hoje aprofundo nesta etapa académica através da prática reflexiva, considerando as especificidades de cada caso clínico e experiência Pessoal e profissional.

Entre 2004 e 2005, sob o modelo de enfermeiro de área geográfica, desenvolvi ações de educação para a saúde junto de comunidades, com foco na prevenção de acidentes infantis e na capacitação de famílias. Conforme o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, a cada enfermeiro eram designados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias em função da área geográfica (n.º 2, artigo 9.º). As funções exercidas durante este período, por todas as características do serviço, um serviço mais próximo da comunidade, permitiu-me desenvolver uma abordagem próxima e contínua das comunidades. Estas iniciativas consolidaram o domínio da formação, uma competência geral do enfermeiro especialista que envolve a disseminação de conhecimento para promover a saúde. Na saúde infantil, estas ações traduzem-se na promoção da parentalidade positiva e da segurança das crianças, objetivos centrais do mestrado que valorizam a capacitação comunitária como estratégia para melhorar os resultados de saúde.

Na área da saúde infantil, estas competências manifestam-se na capacidade de adaptar intervenções às particularidades fisiológicas e emocionais das crianças, promovendo um ambiente terapêutico seguro e centrado na família, um pilar

central tanto do perfil do especialista quanto do mestrado. A necessidade de respostas eficazes em urgências pediátricas, embora menos frequentes, exigiu uma abordagem técnica rigorosa, alinhada com a campanha da Organização Mundial de Saúde (OMS) que enfatiza a segurança terapêutica como prioridade. Deste modo, considero que competências gerais de enfermeiro especialista, como a prestação de cuidados baseados em evidência, a gestão de cuidados e a formação contínua, foram alicerçadas desde este contexto inicial e são diretamente aplicáveis à área pediátrica, onde a segurança, a precisão e a centralidade na criança são fundamentais.

Importa, contudo, destacar que, desde 2007, integro o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), exercendo práticas de Enfermagem em meios como Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), Serviço de Helicóptero de Emergência Médica (SHEM) e Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER). Nestes contextos, nas SIV lidero uma equipa e em todos necessito de aplicar conhecimentos e protocolos de Suporte Avançado de Vida (SAV) em ocorrências médicas e de trauma, incluindo em vítimas pediátricas, que, apesar da baixa casuística, exigem elevada precisão técnica devido à complexidade desta faixa etária. Estas funções consolidaram competências gerais de enfermeiro especialista, como a prestação de cuidados baseados em evidência e a gestão de recursos em cenários de alta pressão, traduzindo-se na capacidade de realizar intervenções seguras, adaptadas às especificidades fisiológicas e emocionais de todos os intervenientes no processo de cuidar. Assim, a liderança estratégica, enquanto premissa do plano de estudos de curso de mestrado, é fortalecida pela coordenação de equipas e articulação com serviços hospitalares diários, que objetivam garantia de prontidão operacional, continuidade e a qualidade dos cuidados.

Concomitantemente, desde 2019, integro a *Portuguese Emergency Medical Team*, certificada pela OMS para atuar em cenários extremos como acidentes de massa e cenários de catástrofe. Por exemplo, pela participação em eventos como as Jornadas Mundiais da Juventude, ou a Cimeira da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa em 2023, geri recursos humanos e materiais, assegurando cuidados em contextos excepcionais. Estas experiências reforçaram o domínio da gestão de cuidados.

Como formadora na bolsa do INEM, colaboro em módulos de Emergências Pediátricas e Obstétricas, Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa e auditorias no Plano Nacional de Desfibrilhação Automática Externa, além de participar na Supervisão Clínica e Avaliação de Desempenho. Estas atividades consolidaram competências de formação e liderança, reforçando a educação contínua e a melhoria da prática clínica, objetivos centrais do mestrado.

Importa sublimar que, em todo este percurso, a baixa casuística pediátrica, especialmente no contexto EH desafia continuamente a prática profissional, exigindo um aprofundamento contínuo de conhecimentos e competências específicas na saúde infantil e pediátrica.

Deste modo, considero que as competências gerais de enfermeiro especialista, como a prestação de cuidados baseados em evidência, a gestão de cuidados, a formação contínua e a prática reflexiva, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019, foram consolidadas ao longo deste percurso e são diretamente aplicáveis à saúde infantil e pediátrica, onde a centralidade na criança e na família é fundamental. Como especialista, já detenho estas capacidades, que foram cruciais para a creditação no mestrado. O mestrado, por sua vez, amplia estas competências através de uma abordagem reflexiva, estratégica e orientada para a investigação, permitindo-me contribuir para a melhoria contínua da enfermagem pediátrica. A Unidade Curricular Estágio Final e Relatório proporciona o enquadramento para integrar estas experiências, avaliando criticamente o seu impacto na qualidade dos cuidados à criança e à família em contextos clínicos e comunitários, reforçando a formação de um profissional mais qualificado, ético e preparado para os desafios da enfermagem especializada.

3 - Contextualização do Estágio

A excelência na prática de Enfermagem depende de um processo reflexivo contínuo, que permite avaliar criticamente as intervenções realizadas, identificar áreas de melhoria e garantir cuidados seguros e centrados na Pessoa.

Neste sentido, contextualizar os campos de estágio é crucial para que este relatório constitua um instrumento que permita sistematizar o percurso formativo afeto a esta UC, e validar as competências afetas ao grau de mestre sejam consideradas de forma clara e integrada no ciclo de estudos e respetivos objetivos. A sua descrição, abrangendo as características das instituições, serviços, equipas e atividades, objetiva assim permitir análise dos desafios e contributos para a formação profissional.

3.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O Centro Hospitalar que serviu de campo de estágio é um Hospital do Norte de Portugal reconhecido pela excelência em cuidados especializados e formação profissional.

Nesta unidade hospitalar a UCIP é uma unidade de nível III dedicada à prestação de cuidados intensivos a crianças e jovens (0-17 anos e 364 dias) com condições críticas, como traumatologia grave, queimaduras, pós-operatórios complexos (ex.: cirurgia cardíaca, oncologia pediátrica), cardiopatias, sépsis, síndrome de dificuldade respiratória aguda e doenças metabólicas. A sua estrutura física compreende sete camas de cuidados intensivos, organizadas em cinco camas em *open space*, duas em quartos de isolamento com pressurização negativa/positiva e uma em quarto individual não pressurizado, além de três camas de cuidados intermédios (nível I) para doentes com risco de falência orgânica. A unidade dispõe de gabinetes médicos, sala de trabalho, gabinete da enfermeira gestora, sala de pais e armazéns para material clínico e equipamentos, otimizando a logística assistencial.

A UCIP é equipada com tecnologia avançada, incluindo máquinas de gasimetria, ecógrafos, ecocardiogramas, sistemas de terapêutica renal contínua e

oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) pediátrica, que permitem intervenções especializadas em situações de falência respiratória ou cardíaca grave. A equipa multidisciplinar, composta por médicos intensivistas pediátricos, enfermeiros, assistentes operacionais e especialistas de apoio (ex.: cardiologia pediátrica, neurocirurgia, infeciologia), assegura uma abordagem integrada. No universo da Enfermagem, a UCIP mantém uma dotação mínima de cinco enfermeiros por turno, com um rácio de 1:2 em cuidados intensivos e 1:3 em cuidados intermédios, exceto em casos de ECMO, onde o rácio é 1:1 devido à complexidade dos cuidados. É garantida a presença contínua de dois enfermeiros EESIP por turno, complementados por outros profissionais, sem esta diferenciação.

Os enfermeiros desempenham um papel central promovendo a segurança do utente e a humanização do cuidado. A colaboração com equipas de tratamento de feridas (ex.: vacuoterapia em cirurgia cardiotorácica) e o transporte inter-hospitalar, realizado com o INEM, evidenciam a complexidade e a exigência técnica do trabalho de Enfermagem nesta unidade.

Estas características assistenciais, aliadas à alta acuidade dos doentes e à dinâmica multidisciplinar, tornam a UCIP um cenário formativo excecional para o desenvolvimento de competências técnicas, como a gestão de cuidados intensivos, e não técnicas, como a comunicação empática e a inteligência emocional, fundamentais para o EESIP.

No estágio, participei na monitorização de parâmetros vitais, administração de medicação sob supervisão, procedimentos invasivos (ex.: intubação) e rondas multidisciplinares. Gerir tecnologias como ECMO exigiu precisão, enquanto apoiar famílias em crise reforçou competências de comunicação empática e inteligência emocional. A ansiedade dos cuidadores foi um desafio, exigindo estratégias adaptadas para promover confiança, conforme Coyne et al. (2021).

A alta acuidade da UCIP proporcionou um cenário formativo excecional, consolidando competências técnicas, como gestão de cuidados intensivos, e desenvolvendo a tomada de decisão clínica em contextos de informação incompleta, essencial para o Mestre em Enfermagem (International Council of Nurses, 2020). A complexidade emocional das interações familiares exigiu reflexão contínua para equilibrar técnica e humanização, alinhada com os princípios éticos do EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

3.2 - Unidade de Cuidados na Comunidade

O segundo campo de estágio, correspondeu a uma UCC, integrada na mesma ULS do primeiro campo de estágio, rege-se pelos valores de cooperação, solidariedade e trabalho de equipa, autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, em plena articulação com as outras unidades funcionais e parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras). Integrada na rede de cuidados de saúde primários, apresenta uma gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.

Tem como missão melhorar a saúde da população através de cuidados domiciliários e comunitários, com foco em utentes vulneráveis, dependentes ou com doenças agudas/crónicas, promovendo a autonomia e a continuidade assistencial. Partilha o edifício com duas Unidades de Saúde Familiar (USF), modelo B, que prestam cuidados personalizados à população inscrita, com ênfase na vigilância de saúde infantil e juvenil, promoção da saúde e prevenção primária. A estrutura física da UCC inclui uma sala de amamentação, seis gabinetes, um ginásio, uma sala para cursos e reuniões, copa e duas casas de banho, adaptadas para atividades comunitárias e assistenciais. A equipa da UCC é composta por 15 enfermeiros, incluindo três EESIP, um secretário clínico e um médico, enquanto a USF conta com cinco enfermeiros, cinco médicos, quatro secretários clínicos e dois internos. No âmbito da Enfermagem, a UCC desempenha um papel crucial na prestação de cuidados domiciliários, como a administração de terapêutica, tratamento e gestão de feridas e apoio à gestão de doenças crónicas, além de intervenções comunitárias, como cursos de preparação para a parentalidade e programas de promoção da saúde escolar e da saúde infantil e juvenil. A USF, por sua vez, realiza consultas de vigilância e desenvolvimento de saúde infantil e juvenil, em articulação entre enfermeiros e médicos de família, focando-se na monitorização do desenvolvimento, imunização e educação para a saúde.

A proximidade com a comunidade permite aos enfermeiros da UCC/USF estabelecerem parcerias com as famílias, promovendo a capacitação e a autogestão da saúde, especialmente em contextos de vulnerabilidade social ou limitações funcionais. A articulação com equipas de cuidados na comunidade e núcleos de apoio a crianças e jovens em risco reforça o impacto da Enfermagem na comunidade. Este contexto comunitário, caracterizado pela diversidade de intervenções e pela ênfase na promoção da saúde, complementa a formação em cuidados intensivos, permitindo ao EESIP desenvolver competências em cuidados primários, educação para a saúde e comunicação interprofissional.

Durante o estágio, participei em consultas de Enfermagem pediátrica, ações de educação para a saúde (ex.: prevenção de acidentes infantis) e visitas a escolas. Colaborei na dinamização de workshops para cuidadores e projetos com núcleos de apoio a crianças em risco, fortalecendo competências de educação e comunicação interprofissional. Compreendi claramente que, coordenar equipas prestadoras de cuidados exige organização e liderança, para real promoção de capacitação familiar. Barreiras sociais, como limitações de acesso à saúde, desafiaram as intervenções, exigindo parcerias com associações locais para maximizar resultados.

Neste sentido, este contexto complementou a formação em cuidados intensivos, desenvolvendo competências em cuidados primários, educação para a saúde e comunicação, cruciais para o EESIP (World Health Organization, 2020).

A experiência reforçou a liderança estratégica e a prática reflexiva, competências de Mestre que capacitam para intervir em contextos complexos (Coyne et al., 2021).

3.3 - Convergência dos Contextos Formativos

Os cenários da UCIP e da UCC, selecionados estrategicamente, integraram-se de forma complementar para consolidar competências do EESIP e do Mestre em Enfermagem.

Estes dois cenários de estágio exponenciaram o espectro de cuidados pediátricos: a alta complexidade hospitalar e a promoção da saúde comunitária. A UCIP, com a sua exigência técnica e ambiente crítico, proporcionou um contexto ideal para o domínio de competências especializadas, como a gestão de tecnologias avançadas e a tomada de decisão em situações de alta acuidade, alinhadas com o *Regulamento do Perfil de Competências do EESIP* (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A exposição a patologias graves e a colaboração multidisciplinar fortaleceram a capacidade de resposta a desafios clínicos complexos.

Por outro lado, a UCC/USF ofereceu um cenário privilegiado para a aplicação de competências em cuidados centrados na família, promovendo a saúde infantil através de intervenções preventivas e educativas. A proximidade com a comunidade e a articulação com outros profissionais de saúde permitiram o exercício de competências não técnicas, como a empatia e a comunicação, cruciais para a parceria com as famílias.

A integração de competências técnicas e não técnicas nestes cenários foi fundamental para consolidar o perfil de mestre, capacitando o EESIP para liderar intervenções de elevada qualidade, centradas na criança e na família, ao longo do ciclo vital. Isto porque possibilitaram um desenvolvimento profissional alicerçado numa prática reflexiva que integra o pensamento e a ação. Monteiro et al. (2023) destacam ainda que “o aperfeiçoamento profissional do EESIP resulta de uma reflexão sistemática, que fomenta a autocrítica e a adaptação contínua às necessidades da criança e da família” (p. 48), pelo que estes 2 locais foram selecionados para o devido efeito. Sabendo que possibilitariam contacto com cuidados distintos, mas devidamente estruturados para responder às especificidades da unidade de cuidado, promovendo a capacitação da família para “compreender as suas necessidades, explorar opções, planear estratégias

colaborativas e adotar ações que conduzam a resultados positivos” (Coyne et al., 2021).

4 - Competências Adquiridas em Contexto de Estágio

Toda o contexto de estágio englobou uma série de desafios e de estratégias necessárias para superar obstáculos, mas sobretudo sublimar um compromisso com a excelência e a sensibilidade humana na prática de Enfermagem. Neste âmbito, importa enunciar particularidades dos 4 domínios de competências considerados elementares para fundamentar e traduzir toda a prática reflexiva e baseada em evidências, realizada, sabendo que a Ordem dos Enfermeiros (OE) destaca a importância da integração de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019), incluindo investigação, gestão e formação, para que o especialista atue em parcerias colaborativas, removendo barreiras ao cuidado e promovendo a segurança do cliente em situações de complexidade elevada. Importa assim demonstrar como o estágio, como componente essencial do mestrado, foi espaço privilegiado para o seu desenvolvimento, alinhando-se ao Programa Formativo orientada para resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

4.1 - Domínio da Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados constitui o cerne da prática do EEESIP, ancorada numa filosofia que privilegia os cuidados centrados na criança e na família. Esta abordagem enfatiza as interações e os processos comunicacionais nos diversos contextos, como o hospitalar, os centros de saúde, a comunidade e a escola, promovendo a autonomia familiar e reconhecendo os pais ou cuidadores como os principais prestadores de cuidados. Assim, o estabelecimento de uma parceria flexível e dinâmica surge como modelo teórico implícito ao exercício profissional, conforme delineado pela Ordem dos Enfermeiros (2017). Complementando esta visão, a prestação de cuidados exige a integração de conhecimentos técnico-científicos, o aprofundamento de competências especializadas e o trabalho colaborativo em equipas multidisciplinares, garantindo intervenções seguras e adaptadas às necessidades específicas.

Esta dimensão conecta-se diretamente à gestão de cuidados explorada no subcapítulo seguinte, onde a coordenação assume um papel essencial, mas aqui foca-se na ação direta e reflexiva na prestação assistencial.

Competências:

- Gerir de forma adequada informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada.
- Demonstrar aprofundamento de conhecimentos na área de especialização.
- Demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multi e interdisciplinar.

Objetivos:

- Integrar na prática conhecimentos técnico-científicos na prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família nos diferentes contextos, por exemplo, através da consulta de protocolos ou da aplicação de evidências científicas.
- Compreender o funcionamento, a equipa multidisciplinar e respetiva articulação e documentos (normas e protocolos) das unidades funcionais.
- Participar na equipa multidisciplinar, promovendo uma prática colaborativa com foco na criança, jovem e família, através de reuniões multidisciplinares ou outras formas de coordenação interprofissional.
- Aplicar intervenções baseadas em evidência científica, desenvolvendo uma prática crítico-reflexiva e segura, ajustada às necessidades específicas de cada contexto, por exemplo, através de participação em atividades previstas.
- Elaborar e implementar um plano de desenvolvimento pessoal com metas específicas, baseado na autoavaliação contínua e na integração de feedback da prática, para aprimorar competências técnicas e relacionais.

Reflexão Crítica:

A experiência de estágio nos contextos da UCIP e da UCC/USF permitiu-me integrar competências de gestão de informação, aprofundamento de conhecimentos especializados e trabalho em equipas multidisciplinares, alinhadas com os objetivos propostos. Com esse intuito, **no primeiro dia de cada estágio, realizei a visita às instalações, consultei normas e protocolos e conduzi uma entrevista informal com os enfermeiros tutores**, o que se revelou essencial para compreender o funcionamento das unidades, os recursos disponíveis e as dinâmicas das equipas.

Esta abordagem inicial, suportada pela **consulta de normas e protocolos**, permitiu-me **alinhar as minhas práticas com as orientações técnico-científicas**, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). A minha experiência profissional prévia em contextos extra-hospitalares, já marcada pelo trabalho em equipas multi e interdisciplinares e pela prestação de cuidados sob pressão, facilitou a integração em ambos os contextos, mas particularmente no ambiente dinâmico da UCIP, embora tenha identificado obviamente necessidade de aprofundar competências sobretudo técnicas, muitas vezes superadas através de supervisão orientada e estudo autónomo.

Em boa verdade, a **gestão de situações complexas exigiu rigor técnico e sensibilidade ética**, sobretudo porque a sua efetivação sistemática e criativa para real ajuste de reação a situações imprevistas e tomar decisões fundamentadas, é tão difícil quanto essencial para consolidar a prática como EEESIP e futura MEESIP, nomeadamente quando se objetiva aprimorar métodos de análise crítica e gerir cuidados tendencialmente mais especializados. Neste contexto, o Regulamento das Competências Específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018) sublinha que cuidar da criança/jovem em situações de especial complexidade é uma competência central, e o contexto da UCIP permitiu-me o aprofundamento e desenvolvimento desta habilidade, exigindo mais de mim como pessoa e profissional do que talvez inicialmente esperasse, dado o tempo de exercício profissional que detenho.

Fatores como a imprevisibilidade, vulnerabilidade, stress e pressão foram constantes e barreiras reais ao prestar cuidados especializados a crianças de faixas etárias diferentes, instáveis e em risco de vida. A **UCIP**, enquanto

ambiente complexo caracterizado por múltiplos estímulos, som de alarmes e dispositivos, luzes, equipamentos, atividade excessiva e exposição a procedimentos dolorosos, torna-se avassalador, conduzindo a uma sobrecarga sensorial e emocional significativa. Para a criança, isso pode traduzir-se em ansiedade, agitação, stress, aumento da frequência cardíaca e respiratória, alterações do padrão de sono, choro ou gemido persistente, dor e desconforto, que pode ser de causa não física, como a privação sensorial. Deste modo, **todos os cuidados exigiram atenção primária numa abordagem capaz de minimizar impactos do internamento adversos à criança, respetiva família/cuidadores e profissionais.**

Por exemplo, **a identificação e gestão de sinais de dor/desconforto permitiu-me a aplicação das escalas de dor em uso no serviço (Faces, FLACC, FLACC-R, Visual Analógica e Numérica)**, desafiando-me a interpretar manifestações de dor/desconforto em crianças/jovens incapazes de verbalizar e **a aplicar medidas farmacológicas, administrar analgesia e implementar medidas não farmacológicas**, como o posicionamento para alívio e conforto. A prática foi sempre baseada em evidência, sobretudo em estudos recentes, que destacam a importância de escalas validadas como a FLACC em contextos de cuidados intensivos pediátricos, sublinhando que a sua combinação com observação clínica melhora a precisão na gestão da dor, reduzindo complicações como o delirium (Harris et al., 2021). Concomitantemente, a **reflexão diária** com a enfermeira tutora revelou que, neste contexto, a sedação pode mascarar sinais de dor/desconforto, exigindo uma **avaliação crítica da adequação de qualquer escala** em situações de alta complexidade.

Desta forma, para melhorar a precisão, **combinei escalas com observação clínica**, ajustando sempre que necessário doses de fármacos, de acordo com a prescrição médica e discussão do plano de cuidados com a tutora e/ou outros elementos supervisores da equipa de Enfermagem. Paralelamente, **durante a prestação de cuidados, reduzi sempre ao mínimo a manipulação, otimizei o ambiente na redução de ruído, da luminosidade e visando a manutenção de temperatura corporal, promovendo o conforto e o posicionamento adequado e respeitando de igual modo os períodos de sono e vigília.**

Tive ainda a oportunidade de **prestar cuidados a crianças sob suporte ventilatório**, invasivo e não invasivo, em contexto de pós-operatório de cirurgia

cardíaca, TCE com craniectomia de descompressão, pós-PCR e de **implementar medidas preventivas relativamente a úlceras de pressão, risco de queda e de prevenção e controlo de infeção** (cumprimento integral das Precauções Básicas de Controlo de Infeção e respetivas bundles).

Neste cenário, **cuidar de uma criança em ECMO**, indicada em situações de doença pulmonar ou cardíaca grave com risco iminente de falência destes órgãos, **foi uma experiência nova e desafiadora**. Contudo, o desafio foi superado pela consulta e leitura dos protocolos e procedimentos e pela observação/partilha de conhecimentos da enfermeira tutora, permitindo-me desenvolver competências para cuidar de forma autónoma a criança/jovem nesta condição.

Pude igualmente **aprofundar e aperfeiçoar técnicas instrumentais no manuseamento de cateteres centrais, linhas arteriais, colheitas de sangue, preparação e administração de terapêutica**, respeitando sempre os protocolos, procedimentos e os princípios de assepsia. As exigências da integração de conhecimentos técnicos serviram como fator motivacional e de aprendizagem ímpar. Expor as minhas limitações e superá-las foi tão desafiante quanto necessário e decisivo para maior aprendizagem.

Simultaneamente, **participei em duas reuniões multidisciplinares sobre casos complexos, incluindo o de uma criança em lista de espera para cirurgia cardíaca**, onde claramente a comunicação empática e a articulação interdisciplinar foram fundamentais. Durante uma reunião com os pais, percebi a relevância da comunicação clara e precisa na explicação de cada detalhe acerca da condição clínica da criança e dos desafios associados à impossibilidade de realizar a cirurgia de imediato. Em equilíbrio, a adoção de uma postura de empatia, autocontrolo e consciência do meu papel e conhecimentos, reforçou a minha competência de trabalho em equipa, alinhada com o referido regulamento.

Na UCC, por sua vez, **colaborei em quatro sessões educativas em contexto escolar, dirigidas a crianças do pré-escolar e do primeiro ciclo, promovendo comportamentos saudáveis de alimentação e higiene oral**, o que exigiu competências de comunicação adaptada ao público-alvo, reforçando a minha capacidade de transmitir informação de forma clara e envolvente. De igual forma, **participei na dinamização do Curso de Massagem Infantil**,

colaborando na preparação do espaço e promovendo momentos de esclarecimento de dúvidas e desmistificação de mitos parentais, o que fortaleceu as minhas competências relacionais e de planeamento. **Colaborei ainda na preparação de materiais didáticos para a atividade “Comboio das Emoções”, destinada a promover a literacia emocional em crianças, e participei na comemoração do Dia Mundial contra a SIDA, articulando com outros profissionais para desenvolver iniciativas comunitárias de sensibilização. E, participei ainda, em duas sessões de educação sexual em turmas de diferentes faixas etárias, promovendo comportamentos saudáveis e reforçando a aplicação de intervenções baseadas em evidência científica.** Estas atividades na UCC demonstraram a minha capacidade de integrar conhecimentos técnico-científicos em contextos comunitários, ajustando intervenções às necessidades específicas do público. Na **USF, participei em consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil em parceria com a enfermeira de família**, percebendo claramente como a coordenação eficaz entre médico e enfermeiro otimiza os cuidados, evita desconforto desnecessário à criança e constitui verdadeira prática colaborativa, centrada na criança e na família.

Assim, **avaliei marcos de desenvolvimento na faixa etária entre os 15 dias e 11 anos, interpretei os dados antropométricos, registei resultados no boletim da saúde infantil e juvenil e no Programa Informático SClínico® e efetuei a avaliação do desenvolvimento através da Escala de Mary Sheridan modificada.**

Em todas estas oportunidades, **elaborei e ajustei continuamente o meu plano de desenvolvimento pessoal**, identificando lacunas, como a necessidade de maior confiança, superada com supervisão e estudo dirigido. Foi por tudo isto indubitável que a integração da inteligência emocional (IE) na prática, especialmente em contextos emocionalmente exigentes, facilita a comunicação empática e a construção de relações de confiança com as equipas e as famílias. Todas as experiências consolidaram a minha **capacidade de gerir informação, aprofundar competências técnicas e relacionais e trabalhar colaborativamente**, promovendo uma prática de Enfermagem segura, reflexiva e de elevada qualidade, alinhada com os objetivos do mestrado.

Competências:

- Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, a audiências especializadas e ao público em geral.
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com cliente e família, relacionando-se de forma terapêutica no respeito pelas crenças e cultura.

Objetivos:

- Desenvolver competências na promoção da transição e do desempenho da parentalidade.
- Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde nas áreas de doença súbita e Suporte Básico de Vida Pediátrico.
- Aperfeiçoar habilidades de comunicação, assegurando interações com a criança e família que respeitem crenças e valores culturais, promovendo uma relação terapêutica eficaz.
- Fomentar a capacitação da criança, jovem e família.

Reflexão Crítica:

Todas as experiências de estágio consolidaram competências de comunicação de informação complexa e de relacionamento terapêutico com crianças, jovens e famílias, respeitando crenças e valores culturais, alinhadas com os objetivos de promover a parentalidade. Tendo como base o princípio de que a comunicação, entendida como um processo interativo que integra comportamentos verbais e não verbais, é essencial para estabelecer relações de confiança e promover cuidados centrados na criança e na família (Potter et al., 2020), conforme o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018), aproveitei todas as hipóteses de **participação ativa na capacitação pessoal**, quer em momentos simples de comunicação diária, quer em projetos bem definidos, como em **momentos de educação para a saúde em doença súbita ou Suporte Básico de Vida (SBV) Pediátrico**.

Em todos os segundos, percebi que **aperfeiçoei habilidades de comunicação**, fosse pelo desafio de fazer cumprir um objetivo inicialmente delineado, fosse

pela vontade de ser cada vez melhor profissional e assim reconhecida por mim e pelos outros.

Posso inclusive destacar que, na **UCIP**, **sempre que acolhi ou comuniquei com as crianças ou famílias, primei por uma abordagem empática e linguagem acessível para criar um ambiente seguro**. Esta prática, inspirada por estudos que enfatizam a comunicação como pilar do cuidado centrado na família (Coyne et al., 2020), foi realizada com contacto visual e tom tranquilizador, **permitindo a expressão de dúvidas e emoções**, o que **aparentou reduzir a ansiedade parental e facilitou a recolha de informações** sobre a criança, como preferências pessoais e dinâmicas familiares, fortalecendo a relação terapêutica.

Incentivei sempre o contacto físico e verbal dos pais, sendo que destaco a experiência numa situação pós-paragem cardiorrespiratória, **orientando os pais para tocar e falar com o filho após os momentos de estabilização clínica**, objetivando com esta intervenção, baseada em evidências que apontam para a redução do stress familiar através do envolvimento parental (Hill et al., 2022), potenciar laços afetivos e contribuir para a transição parental em contextos de crise. Contudo, a gravidade clínica limitou o envolvimento parental em alguns momentos, desafiando-me a **gerir dilemas éticos e a respeitar limites emocionais**, o que **aprofundou a minha resiliência emocional e sensibilidade cultural**.

Confesso que, existiram situações de especial complexidade, nomeadamente a **morte de três crianças de faixas etárias diferentes, e todos os casos em que acompanhei processos de luto**. Bem se sabe que, na pediatria, a morte tem maior impacto, é um fim de vida precoce, contudo é uma realidade na prática do EEESIP e, neste contexto, a fragilidade e a vulnerabilidade da vida estão mais presentes. A abordagem desta temática requer uma profunda sensibilidade e ética, e conhecimento teórico, mas sobretudo a **capacidade de gerir o choque emocional na ocorrência deste tipo de situação avassaladora**.

Nas situações complexas que presenciei e acompanhei na UCIP, as crianças/jovens estavam sedoanalgesiadadas e com VMI, pelo que a família experienciou uma dificuldade em gerir emoções difícil de mensurar. Pelo que, qualquer atitude que pudesse minimizar a sensação de falta de controlo da situação, pela culpa, dificuldade em despedir-se adequadamente ou até por

alguma dificuldade de comunicação com a equipa de saúde, foi sempre norte da minha ação. **Considere sempre que o luto é uma experiência individual e que a maneira como cada sistema familiar responderá à perda, ou à ameaça desta, dependerá da sua estrutura prévia, da relação estabelecida entre os membros, da relação com a equipa de saúde, da condição clínica, entre outros fatores** (Monteiro et al., 2023).

No último turno na UCIP, **vivenciei uma situação particularmente impactante que demonstrou essa importância do apoio no luto: deu entrada na UCIP um jovem pós-PCR, com prognóstico reservado, em que o médico na sala de emergência já tinha comunicado que a situação era irreversível.** Perante este cenário, o irmão gémeo, que presenciou a PCR, manifestou vontade de o ver. A equipa de saúde ficou dividida quanto a permitir esta visita, debatendo os “benefícios ou malefícios” que poderia causar. Após discussão entre todos, foi decidido autorizar a entrada do irmão. Foi um momento emocionalmente muito intenso para todos. O irmão aproximou-se, olhou e tocou-lhe, aproximando-se ainda mais e falou-lhe ao ouvido, antes de sair. Pude constatar que aquele jovem, apesar da tristeza, revolta ou raiva que pudesse estar a sentir, valorizou de forma única aquele momento como de extrema importância. Afinal, foi-lhe permitido despedir-se do irmão. Esta situação reforçou a importância e a minha compreensão de que, mesmo em cenários de alta complexidade e com prognósticos desfavoráveis, permitir e proporcionar um momento para a despedida, seja em ambiente hospitalar ou extra-hospitalar, pode fazer a diferença. Sem dúvida que a difícil decisão da equipa demonstrou uma enorme **sensibilidade para as necessidades emocionais** da família, alinhando-se com abordagens que defendem o **apoio ao luto como componente essencial dos cuidados paliativos pediátricos** (Snaman et al., 2020).

Com a vivência desta situação em particular, constatei ainda a relevância da abordagem destas questões complexas com **recurso a análises anterógradas, sobretudo, quanto a tomadas de decisão fundamentadas**, considerando interrogar sempre se a sincronia e sinergia necessárias entre o cuidar clínico, a dimensão psicossocial e ética estiveram sempre presentes ou poderiam de alguma forma ser exponenciadas. Percebi que, importa nunca esquecer que a própria equipa de saúde, para além de profissionais, são também seres humanos. E, ao vivenciar a morte de uma criança, podem experienciar exaustão

emocional, tristeza, frustração e até sentimentos de falha. Neste caso em particular, a **reflexão realizada** com a enfermeira tutora **permitiu** constatar esta máxima e **valorizar a importância do suporte psicológico entre pares e da existência de espaços físicos para a partilha e processamento de sentimentos/emoções.**

No entanto, neste percurso de aprendizagens, o estágio na **UCC/USF** despertou igualmente em mim grandes desafios para além das expectativas iniciais e particular interesse pelas diferenças estimadas e imaginadas, mas só depois realmente conhecidas. Com o início do estágio, constatei que, na área da saúde infantil, os **cuidados antecipatórios são efetivamente também norteadores da ação** e apresentam inclusive uma aposta efetiva pelas equipas das unidades em que estaguei, por exemplo, no apoio à parentalidade. Manifestada, por exemplo, na **implementação de programas estruturados de educação para a saúde e respetivas sessões de capacitação para pais** de crianças, alicerçados em orientações teórico-práticas capazes de **gerar processos de exponenciar conhecimento e empoderamento parental.** Esta aposta em programas estruturados de educação em saúde revelou-se fundamental para capacitar os pais, promovendo não só a adesão às intervenções propostas, mas também a confiança na gestão de cuidados gerais, doenças crónicas e emergências. Segundo Hockenberry et al. (2022), programas liderados por enfermeiros, como os implementados na UCC/USF, são eficazes na melhoria do conhecimento parental sobre doenças crónicas, como asma ou diabetes, através de sessões que integram teoria e prática.

Em todos os projetos e momentos, segundo informação verbal recolhida no final de cada sessão ou por *debriefing* com os meus tutores, aparentemente a educação para a saúde facilita a adaptação das famílias às necessidades psicossociais e emocionais associadas ao cuidado, fortalecendo a parceria entre a equipa de saúde e os pais.

Deste modo, **objetei dar continuidade a todas as ações e cenários formativos em vigor, pertencentes ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) em Portugal,** estruturado em momentos essenciais ao longo das diferentes etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, social, alimentar e escolar, em articulação com o Plano Nacional de Vacinação (PNV). Considerando que o programa capacita pais e cuidadores com conhecimentos e

ferramentas para uma parentalidade consciente, promovendo a adesão à vacinação, a vigilância de alterações comportamentais e a prevenção de eventos adversos, considerou-se que qualquer abordagem interdisciplinar, baseada na capacitação e coordenação entre entidades, contribui para assegurar o bem-estar e o desenvolvimento harmonioso de crianças e jovens, consolidando competências parentais (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No âmbito da saúde escolar, **colaborei em atividades de educação para a saúde, promovendo estilos de vida saudáveis, como alimentação adequada à faixa etária, prática de exercício físico, medidas de segurança e gestão do stress** (Direção-Geral da Saúde, 2012), capacitando pais com informações sobre sinais e sintomas de doenças comuns e medidas a adotar. E, em nenhum momento descurei a oportunidade para criar espaços para partilha de dúvidas, utilizando perguntas abertas e linguagem adaptada para fortalecer a confiança parental, promovendo a capacitação e o desempenho da parentalidade. Promovi assim e igualmente cuidados antecipatórios, esclarecendo dúvidas, medos e anseios de pais, incentivando a parceria de cuidados e a capacitação parental para um desenvolvimento saudável e harmonioso. Esta constatação reforça-se pela evidência de que programas de educação em saúde liderados por enfermeiros, como os descritos por Smith et al. (2021), promovem resultados positivos em cuidados primários pediátricos, ao capacitar famílias com conhecimentos sobre cuidados gerais, como nutrição e prevenção de doenças, e ao facilitar a gestão de situações psicossociais complexas.

Da mesma forma, **na administração de vacinas do Plano Nacional de Vacinação em sessões semanais, esclareci benefícios e efeitos adversos com base em recomendações da OMS (2022)**. Relembro um caso em que o **diálogo empático com uma mãe hesitante, utilizando escuta ativa e exemplos concretos sobre segurança vacinal, resultou na melhor aceitação da vacinação**. Esta abordagem evidenciou a importância da paciência e da comunicação terapêutica para superar barreiras culturais, alinhada com estratégias que demonstram a eficácia da escuta ativa na redução da hesitação vacinal em pediatria (Opel et al., 2021). Simultaneamente, **adotei estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como manter a criança no colo dos pais, usar técnicas de distração (brinquedos, tablet ou vídeos)**

e, quando aplicável, permitindo vacinação durante amamentação ou sucção não nutritiva, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2013). Essas estratégias reduziram ansiedade e medo, promovendo uma experiência menos traumática, e estudos recentes confirmam que intervenções não farmacológicas, como a distração, diminuem significativamente a dor associada à vacinação em crianças (Birnie et al., 2023).

Em todos os momentos, tenho consciência de que sublimei a importância da comunicação, monitorizando necessidades identificáveis para devido planeamento de intervenções de Enfermagem a curto, médio e longo prazo, com base na individualidade necessária a cada plano de cuidados, de acordo com a faixa etária da criança e respetivas medidas a adotar perante a realidade do núcleo familiar.

Simultaneamente, **sempre que participei na dinamização do Curso de Massagem Infantil na UCC**, com base em evidências que associam o toque ao fortalecimento de laços afetivos (Field, 2022), associei o toque ao fortalecimento de laços afetivos. Para superar resistências culturais, **expliquei benefícios fisiológicos, como melhoria do sono, com demonstrações práticas**, resultando em maior adesão e confiança parental, o que reforçou a minha competência em comunicação adaptada a contextos culturais diversos. Investigação recente sublinha que a massagem infantil melhora o vínculo parental, reduzindo o stress materno e promovendo interações positivas (Afand et al., 2021).

Na mesma linha orientadora, **participei e colaborei em sessões do Projeto +Contigo no 3.º ciclo e ensino secundário, focadas na prevenção do suicídio na adolescência. Observei dinâmicas de grupo e materiais visuais para promover a capacitação emocional dos jovens, incentivando a partilha de sentimentos**, o que fortaleceu a relação terapêutica e a autonomia emocional num grupo em que algum jovem apresentou sinais de isolamento social: **participei na dinâmica de grupo com perguntas abertas para fomentar a partilha emocional**, baseada em abordagens que defendem programas escolares para a prevenção do suicídio (Gould et al., 2022; Moen & Jacobsen, 2022). Esta intervenção foi desafiante devido à sensibilidade do tema e à heterogeneidade do grupo, mas a supervisão da tutora permitiu-me avaliar a

adequação da dinâmica, ajustando-a para incluir atividades de *role-playing* que promoviam empatia.

Reforçando a estratégia de apostar no aproveitar máximo de oportunidades, **contribuí para que o Curso de Preparação para a Parentalidade, já implementado pelos profissionais da unidade de estágio de saúde comunitária, estabelecesse uma nova temática: emergências pediátricas.**

Sabendo que este curso oferecia já um conjunto de sessões que visavam a preparação e apoio à parentalidade, permitindo acompanhar as famílias desde a gravidez até aos primeiro ano de vida da criança e evidenciando o papel do EEESIP na promoção e apoio no desenvolvimento da família na comunidade, identifiquei aqui uma oportunidade de melhoria e não demorei a efetivá-la, sabendo que na UCC esta preparação é realizada pela Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e pela EEESIP. Sabendo que nas sessões pré-parto, realizadas pela EESMO, são abordadas temáticas específicas, como o choro do bebé onde são apresentadas as diferentes necessidades do recém-nascido, fornecendo aos pais conhecimentos para o desempenho informado e seguro no exercício da parentalidade (Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2012) e abordadas as necessidades básicas, como a alimentação e o conforto, e apresentadas estratégias para as satisfazer e a segurança rodoviária onde são apresentados diferentes tipos de retenção rodoviária e realizada uma demonstração prática das diferentes maneiras de instalar e utilizar esses sistemas, e que no pós-parto o curso tem outras atividades/ações de educação, nomeadamente o Curso de Massagem Infantil, ministrado pela EEESIP, no qual colaborei com a enfermeira tutora (responsável por este curso), identifiquei então a oportunidade de contributo e **desenvolvi e realizei duas sessões sobre emergências pediátricas** (Apêndice I) **uma sessão Suporte Básico de Vida e desobstrução de via aérea numa creche/Infantário/ATL aos funcionários**, orientando-os sobre técnicas, de desobstrução da Via aérea e reanimação, com base nas diretrizes do European Resuscitation Council (2023) (Apêndice II).

Pelo facto de ter constatado existirem pais que identificam e expressam claramente ansiedade extrema sobre a possibilidade de engasgamento ou obstrução grave da via aérea, e inserido ainda no Curso de Preparação para a Parentalidade, **planeei e realizei uma sessão de educação sobre**

emergências pediátricas e desobstrução da via aérea dirigido aos pais (Apêndice III). **Nesta sessão que conduzi sobre desobstrução de via aérea**, utilizei demonstrações práticas com manequins.

Todas estas atividades e oportunidades, sustentadas pelo feedback positivo dos participantes e *debriefings* com a tutora, evidenciaram a importância de integrar educação teórica com prática simulada, promovendo uma parentalidade mais segura e autónoma, em linha com as melhores práticas da Enfermagem pediátrica, de forma a complementar, como demonstrado por Lee et al. (2023). Assim, **abordei competências técnicas puras associadas à ansiedade parental face ao risco de engasgamento e de situações de PCR pediátrico, ensinando práticas de desobstrução e de SBV pediátrico, através de práticas individualizadas, realizadas em pequenos grupos para maior interação, com manequins e demonstrações práticas para ensinar técnicas, garantindo clareza e confiança.** A participação neste curso reforçou a importância da educação para a saúde e condução ao bem-estar e desenvolvimento saudável da comunidade, permitindo-me desenvolver as minhas competências na promoção da capacitação parental para cuidado à criança/jovem. **Simultaneamente, considero que, estas atividades consolidaram a minha competência em comunicar informação complexa a públicos leigos, adaptando-a a contextos culturais diversos, promovendo uma prática educativa inclusiva e reflexiva,** indo de encontro às evidências recentes indicam que o treino de SBV para pais e cuidadores melhora a confiança e a prontidão em emergências, reduzindo a mortalidade infantil evitável (Vaillancourt et al., 2023).

Acompanhei ainda a EEESIP responsável pelo Programa Regional de Educação Sexual em Saúde da Região Norte em duas sessões de educação para a saúde, dirigidas a alunos do 8.º e 9.º ano de escolaridade, no contexto do Dia Mundial da SIDA, percebendo que nestas sessões são abordadas a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (VIH), vias de transmissão e alguns mitos, com o principal objetivo de aumentar os fatores de proteção e diminuir os comportamentos de risco relacionados com a sexualidade, de acordo com a Lei n.º 60/2009 (2009). Neste âmbito, **participei também na preparação e sinalização do Dia Mundial da SIDA no espaço físico da UCC, criando e colocando os materiais informativos e visuais na**

entrada do edifício, na área comum às USF e UCC de forma a atrair a atenção dos utentes sobre a importância da prevenção e rastreio. Com a realização desta atividade, constatei a importância da **promoção da saúde em ambiente comunitário**, através da comunicação visual como estratégia para abranger um público mais vasto e sensibilizá-lo para determinadas temáticas de saúde pública. Por outro lado, permitiu-me reforçar as minhas competências na prestação de cuidados de Enfermagem em contexto de saúde comunitária, evidenciando a **capacidade de interligar projetos e programas em benefício da comunidade, especialmente da comunidade escolar.**

Estas atividades, ancoradas em evidências, exigiram equilíbrio entre rigor técnico e sensibilidade relacional, respeitando crenças culturais, conforme modelos que enfatizam a competência cultural na enfermagem (Purnell & Fenkl, 2022). Em todos estes momentos, a prática reflexiva, segundo Benner (1984), permitiu-me avaliar e ajustar continuamente as minhas abordagens, consolidando uma prática de Enfermagem que considero inovadora, segura e preparada para contribuir como mestre no MEESIP.

4.2 - Domínio da Gestão de Cuidados

Complementando a prestação de cuidados centrados na criança e família explorada anteriormente, a gestão de cuidados assegura a coordenação e continuidade assistencial, um pilar essencial da prática do EEESIP, conforme o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019).

Esta competência envolve organizar recursos humanos e materiais, priorizar intervenções e utilizar SIE para documentar práticas, promovendo qualidade em contextos como a UCIP e a UCC/USF (Fonseca et al., 2021).

No MEESIP, a gestão é aprofundada pela reflexão crítica e investigação, que potenciam competências não técnicas, como liderança e comunicação interprofissional, cruciais para o grau de mestre. A minha investigação sobre competências não técnicas na qualidade assistencial destacou a importância de articular equipas e otimizar recursos para responder às necessidades familiares, alinhando-se com os padrões da OE (2015). Nos estágios, a orientação tutorial e a interação com equipas multidisciplinares fortaleceram uma gestão estratégica, conectando-se à prática reflexiva iniciada no domínio anterior.

Competências:

- Demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multi e interdisciplinar.
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados.
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de especialização.

Objetivos:

- Compreender a metodologia de trabalho da multidisciplinar e respetiva articulação.
- Identificar estilo de liderança predominante e percebido nas dinâmicas da equipa,

Reflexão Crítica:

Na gestão de cuidados, orientei-me pelas necessidades da criança e família, articulando recursos e sistemas informáticos para a prática de Enfermagem (SIE) com apoio de equipas multidisciplinares. Deste modo, os estágios representaram um espaço para aperfeiçoar competências de gestão profissional, desenvolvimento de atitudes, valores e competências especializadas, preparando-me ainda mais para uma prática autónoma e reflexiva (Stephen et al., 2020).

Na UCIP, inicialmente tive a oportunidade de realizar uma visita guiada à unidade para compreender a estrutura física e os circuitos da criança, desde a admissão até à transferência, permitindo antecipar fluxos e coordenar intervenções. Esta fase inicial, associada à **consulta de normas e protocolos do serviço,** permitiram-me atualizar e integrar acerca de diretrizes de segurança, assegurando conformidade com premissas do exercício profissional qualificado (OE, 2015).

Utilizei o SIE B-simple para registar cuidados, como administração de terapêutica e monitorização de sinais vitais, garantindo documentação precisa e acessível. Inicialmente, a complexidade SIE exigiu esforço de adaptação, mas, com orientação da tutora, otimizei os registos, contribuindo para efetivação e futura monitorização de indicadores de qualidade. Esta experiência reforçou a minha competência tecnológica, uma habilidade igualmente essencial.

Geri recursos materiais, verifiquei sistematicamente a operacionalidade adequada de equipamentos como ventiladores e bombas de infusão, e **priorizei tarefas em todos os turnos, mas sobretudo nos mais intensos, ora pela gravidade clínica das crianças ora pela dotação de profissionais afeta à gestão de cuidados.**

Num caso de múltiplas admissões simultâneas, **participei na recolha de informação e práticas com médicos e assistentes operacionais** para otimizar o atendimento, sendo que em momentos de sobrecarga dotacional desafiei o estabelecimento congruente de prioridades de intervenção. Este desafio ensinou-me a delegar com clareza e a comunicar assertivamente, competências não técnicas que refinei e que considero vitais para a liderança no perfil de mestre.

Mas sobretudo, **geri cuidados considerando as necessárias adaptações** de crianças e pais à experiência e estado clínico, considerando seriamente mudanças do foro emocional e funcional. Considero que os geri com confiança e estabelecimento de prioridade clínicas, mas igualmente conciliadoras do apoio à transição do estado saúde-doença.

A gestão das intervenções de Enfermagem é estruturada por dois métodos de trabalho complementares, mas distintos, que promovem a continuidade de cuidados e a relação terapêutica com a família. O primeiro método, de cariz individual, baseia-se na atribuição de um enfermeiro de referência, permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia, adaptada às particularidades de cada situação. Este método garante uma abordagem personalizada, centrada nas necessidades específicas da família, reforçando a adesão às intervenções e a qualidade da relação terapêutica. Contudo, verifica-se a presença de um segundo método de trabalho, de natureza colaborativa, que envolve a coordenação estruturada considerando equipas multi e interdisciplinares, onde a partilha de responsabilidades e a articulação de tarefas entre profissionais otimizam a prestação de cuidados. Esta abordagem colaborativa assegura a integração de diferentes perspetivas profissionais, promovendo a continuidade e a coerência das intervenções, sem descuidar a singularidade de cada caso. Ambos os métodos, embora distintos, convergem para fortalecer a confiança da família no sistema de saúde e para garantir cuidados centrados na Pessoa, alinhados com as melhores práticas.

Confirmei que, perceber o sofrimento, a angústia dos pais e a dificuldade de gerir adversidades exige por parte do enfermeiro maturidade emocional, estratégias para gerir as próprias emoções de forma a apoiar e dar suporte na transição saúde/doença à família em momentos difíceis, pelo que na UCIP, a complexidade organizacional exigiu resiliência e comunicação clara, mas o apoio da equipa facilitou claramente toda a minha aprendizagem.

Na UCC/USF, **utilizei o SIE SClinico para registar consultas de saúde infantil**, incluindo avaliações antropométricas e vacinação, articulando com o médico de família para planos de cuidados integrados, assim como agendar e registar as atividades desenvolvidas na comunidade escolar. A interface intuitiva do SClinico agilizou a documentação, mas a sobrecarga de registos em dias de maior afluência exigiu maior eficiência. Esta limitação motivou-me a otimizar o

uso do sistema, uma aprendizagem que pretendo explorar em projetos futuros sobre gestão de cuidados.

Organizei o espaço e agendamentos para sessões do Curso de Massagem Infantil, coordenando com a EEESIP para garantir acessibilidade às famílias. Esta tarefa exigiu planeamento logístico e comunicação com a comunidade, fortalecendo a minha capacidade de gerir recursos.

Identifiquei que, na USF o **método de trabalho em uso** é de **enfermeiro de família** e que as consultas de saúde infantil eram realizadas quase que em simultâneo pelo enfermeiro e médico, dada partilha de espaço ou contiguidade do mesmo, permitindo a circulação fácil. Percebi claramente que esta organização contribuía para maior conforto da criança, diminuindo o tempo em que estava despida, a manipulação, a repetição de alguns procedimentos (avaliação antropométrica, avaliação de reflexos do recém-nascido, etc.). Proporcionava igualmente uma dupla observação e atenção sobre qualquer alteração menos evidente e que passasse despercebida a um dos elementos da equipa.

Observei que a enfermeira de família da USF, sempre que diagnosticava algum potencial problema ou sinal de alarme relacionado com amamentação, ou ainda no casal “grávido” referenciava para a EEESIP ou EESMO da UCC de forma a integrar no curso de preparação para a parentalidade e existir um acompanhamento mais próximo destes casos.

Neste sentido, adotei o mesmo modelo de trabalho, cumprindo com estas premissas nas consultas, o que reduziu manipulações à criança e otimizou o tempo das famílias, conforme Mendes et al. (2022).

A reflexão crítica que agora realizo revela que efetivamente a gestão de cuidados era eficaz e dependente da integração entre SIE, equipas multidisciplinares e sensibilidade às necessidades familiares. Considerando que garantia que os EESIP mais experientes assumiam a assistência das situações mais complexas.

Presenciei ainda claramente o papel e a responsabilidade assumida na liderança da equipa de cada profissional, **nomeadamente no apoio emocional, neste contexto da família** (pais, irmãos).

Na UCC/USF, a necessidade de adaptação de resposta ágil às necessidades das famílias, através da articulação entre profissionais e da adaptação às particularidades individuais, aliada à sobrecarga de tarefas (decorrente da

elevada procura de cuidados e da complexidade das intervenções interdisciplinares), evidenciou a necessidade da implementação de estratégias de liderança específicas para otimizar a organização do trabalho e respetiva eficácia. Uma liderança transformacional, promoveu a motivação dos profissionais através da definição de objetivos claros e do incentivo à colaboração, mas a implementação sistemática de uma liderança situacional, permitiu adaptar um estilo de gestão às competências e necessidades de cada elemento da equipa. Estas abordagens, em complementaridade, permitiram gerir a sobrecarga de tarefas ao priorizar atividades com base em critérios de urgência e impacto, delegar responsabilidades de forma equitativa e promover a comunicação eficaz entre os membros da equipa. Se por exemplo, momentos de liderança transformacional foram aplicados para alinhar os profissionais com os objetivos da UCC/USF, como a promoção da saúde comunitária, outros houve em que uma liderança situacional facilitou a adaptação às flutuações na carga de trabalho, garantindo a continuidade dos cuidados sem comprometer a qualidade. Constatei indubitavelmente que, a implementação destas estratégias fortaleceu a resiliência de todos os envolvidos, face aos desafios operacionais, assegurando uma gestão mais eficiente e centrada nas necessidades.

Estas aprendizagens, conectadas à minha investigação sobre competências não técnicas, consolidaram uma prática reflexiva e estratégica, preparada para contribuir para a inovação na organização de cuidados pediátricos no MEESIP. A comunicação eficaz, o trabalho em equipa interdisciplinar e a resolução de problemas, fortaleceram uma prática de Enfermagem reflexiva e estratégica. Estas competências, desenvolvidas através da análise crítica das dinâmicas de equipa e da aplicação de métodos de trabalho colaborativos, permitiram-me consolidar uma abordagem estruturada para responder aos desafios da prestação de cuidados, contribuindo para a inovação na organização dos cuidados pediátricos de forma contínua. Por exemplo, a aplicação de competências não técnicas, como a comunicação clara com os pais e a coordenação entre profissionais, otimizou a qualidade dos cuidados e apoiou a implementação de intervenções inovadoras, alinhadas com as necessidades das crianças e das suas famílias. Adicionalmente, a competência de resolução de problemas permitiu identificar e ultrapassar barreiras operacionais, como a gestão de conflitos de agenda entre profissionais, promovendo uma articulação

mais fluida entre a USF e a UCC. Simultaneamente, facilitou a criação de planos de cuidados personalizados, integrando as perspectivas das famílias e dos profissionais de saúde, o que resultou em maior adesão às intervenções e numa melhoria contínua dos processos de cuidados. A prática reflexiva, apoiada por estas competências, permitiu ainda avaliar criticamente a eficácia das intervenções implementadas, ajustando-as dinamicamente às necessidades emergentes das crianças e das suas famílias, contribuindo assim para a inovação sustentada no MEESIP.

4.3 - Domínio da Investigação

A Investigação é o alicerce de qualquer disciplina científica e só adquire relevância quando partilhado e debatido (Polit & Beck, 2021).

No contexto da EESIP, a investigação assume um papel central na consolidação da prática baseada em evidências (PBE), promovendo cuidados centrados na criança, no jovem e na família, que sejam seguros, éticos e inovadores (Melnik & Fineout-Overholt, 2020).

Este domínio é particularmente pertinente para o grau de mestre, uma vez que fomenta o desenvolvimento de competências avançadas de análise crítica, síntese de conhecimento e produção científica, essenciais para o avanço da enfermagem pediátrica e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2018). A PBE, enquanto abordagem sistemática que integra as melhores evidências científicas com a expertise clínica e as preferências do utente, é um pilar da prática especializada em Enfermagem (Melnik & Fineout-Overholt, 2020).

No âmbito da EESIP, a investigação permite identificar lacunas no conhecimento, desenvolver intervenções baseadas em evidências e avaliar os resultados dos cuidados prestados, contribuindo para a redução de variabilidades na prática e para a promoção de *out comes* positivos em saúde (Stevens, 2017). Por exemplo, estudos recentes destacam a importância da investigação em Enfermagem pediátrica para o desenvolvimento de estratégias de gestão da dor em crianças submetidas a procedimentos invasivos, resultando em práticas mais humanizadas e eficazes (Twycross & Smith, 2021).

Além disso, o domínio da investigação capacita o enfermeiro especialista a liderar projetos de melhoria contínua, a influenciar políticas de saúde e a contribuir para o corpo de conhecimento da profissão (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2018).

No contexto do mestrado, este domínio é particularmente visado, pois representa a oportunidade de demonstrar competências avançadas na geração e aplicação de conhecimento científico, diferenciando a prática especializada da prática generalista (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Assim, a investigação em EESIP não só reforça a autonomia profissional e a capacidade de tomada de decisão fundamentada, como também posiciona a enfermeira especialista como agente de mudança no sistema de saúde, promovendo cuidados inovadores e centrados nas necessidades específicas da população pediátrica e das suas famílias (Twycross & Smith, 2021).

Logo, o domínio da investigação constituiu ao longo de todo o processo uma oportunidade ímpar de aprofundar e desenvolver sobretudo competências de análise e produção de conhecimento capazes de sustentar a PBE e a melhoria contínua dos cuidados. Para o efeito foram considerados:

Competências:

- Comunicar informação de âmbito complexa e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara,
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim com outras evidências,
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência,
- Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização.

Objetivos:

- Prestar cuidados de Enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.

- Desenvolver competências na integração da evidência científica na assistência prestada.

Reflexão crítica:

Alinhada com os objetivos da Unidade Curricular prestar cuidados de Enfermagem com base na mais recente evidência científica e desenvolver competências na integração dessa evidência na assistência prestada, esta abordagem consolidou a minha capacidade de análise crítica, autodesenvolvimento profissional e promoção de cuidados de qualidade, centrados na segurança e no bem-estar da criança e família. As **consultas regulares de literatura científica** mitigaram limitações temporais, fortalecendo a minha capacidade de integrar evidências na prática e de manter o autodesenvolvimento profissional.

Neste contexto tive oportunidade de **participar nas atividades** a decorrer e que contribuíram para o desenvolvimento crítico-reflexivo e de práticas sustentadas em evidência científica. Paralelamente, a prática foi alicerçada no desenvolvimento de competências não técnicas, reconhecidas como essenciais para estabelecer parcerias eficazes com crianças, jovens e famílias, promovendo a adesão às intervenções e a humanização dos cuidados (Codier & Codier, 2020).

Na UCC, **pesquisei literatura científica** para fundamentar intervenções clínicas, focando a aplicação de diretrizes atualizadas em contextos de cuidados preventivos e educação para a saúde. Esta atividade reforçou a **competência de integrar evidências científicas na prática**, promovendo **decisões informadas e parcerias eficazes** com a criança/jovem e famílias. visando a aplicação de diretrizes atualizadas em contextos de cuidados preventivos e educação para a saúde de acordo com Melnyk & Fineout-Overholt, 2020. Especificamente, foram adotadas diretrizes baseadas em evidências para a promoção da adesão à vacinação infantil, seguindo as recomendações do Programa Nacional de Vacinação (Direção-Geral da Saúde, 2020), e para a implementação de programas de educação para a saúde focados nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021).

Concomitantemente, a aposta no investimento e desenvolvimento de sessões de promoção da saúde, com base numa pesquisa sistemática de literatura científica, enquadrada no domínio da investigação (Melnik & Fineout-Overholt, 2020) permitiram abordar cuidados de vida diários e a preparação para situações de urgência/emergência, como convulsões e suporte básico de vida (SBV) pediátrico, promovendo a capacitação das famílias, a prevenção de complicações e a melhoria dos outcomes de saúde. A consulta de artigos recentes, permitiu fundamentar as intervenções educativas com evidências científicas, reforçando a qualidade dos cuidados e a minha própria autonomia profissional enquanto enfermeira especialista e futura mestre em Enfermagem. Com base em estudos que destacam a eficácia de programas educativos na redução de lesões não intencionais em idade pediátrica (Kendrick et al., 2021), foram desenvolvidos ensinamentos dirigidos a medidas de segurança doméstica, como a instalação de barreiras em escadas e a remoção de objetos perigosos, utilizando materiais visuais e linguagem acessível. Embora não tenha sido efetuada uma avaliação formal da eficácia das intervenções, constatou-se que os momentos de interação e esclarecimento com os pais permitiram o reforço de medidas e comportamentos de prevenção. Na USF, a efetividade das intervenções educativas é aferida nas consultas seguintes, de forma sequencial e indireta, através da observação de mudanças de comportamentos e atitudes dos pais.

Além disso, a abordagem pontual a temas como a educação para a higiene do sono foi sustentada por evidências que associam rotinas consistentes a melhores padrões de sono e desenvolvimento cognitivo em crianças (Mindell & Williamson, 2020), despertando curiosidade e sensibilidade para a importância de propostas de melhoria contínua na unidade, com sessões práticas que orientem os pais na criação de ambientes propícios ao descanso.

As sessões coletivas, planeadas e estruturadas, permitiram a capacitação dos pais e cuidadores para situações clínicas, referidas anteriormente. O planeamento, preparação e fundamentação destas sessões exigiu uma revisão da literatura, focada em estudos recentes que evidenciam a importância da educação parental para a resposta adequada a situações de doença súbita. Deste modo, o domínio da investigação constitui a base, não só na pesquisa e análise crítica da evidência científica, mas sobretudo na sua conversão em

estratégias educativas, sustentadas e adaptadas ao perfil sociocultural da comunidade.

Em todos os momentos a pesquisa científica orientou a seleção de conteúdos e métodos pedagógicos, garantindo que as sessões fossem culturalmente sensíveis, em linha com as competências da EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Esta abordagem reforçou a competência de integrar evidências científicas na prática clínica, promovendo a prestação de cuidados seguros, éticos e centrados na Pessoa, em linha com os princípios da prática baseada em evidências (Stevens, 2017).

De igual forma, na UCIP, a **análise de literatura científica** orientou a prestação de cuidados em contextos de alta complexidade, garantindo intervenções seguras e personalizadas. A **integração de evidências permitiu decisões clínicas fundamentadas**, embora o ritmo intenso dos contextos clínicos tenha representado um desafio à pesquisa em tempo real.

Em boa verdade, a necessidade de uma rápida integração ao serviço exigiu o desenvolvimento de competências técnicas específicas, como a gestão de ventilação mecânica, sedoanlagesia, oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO), monitorização invasiva, administração de medicamentos de alto risco e uso de vasopressores, bem como competências não técnicas, como a comunicação em processos de luto e o suporte psicológico aos pais, com ênfase no toque terapêutico.

No âmbito do ritmo intenso da UCIP e da relevância de pesquisa em tempo real, a consulta sistemática de artigos científicos permitiu (mesmo quando realizada à posteriori, por exemplo no final de um dia ou turno) decisões clínicas informadas e alinhadas com as melhores práticas.

Por exemplo, na gestão de ventilação mecânica, foram aplicadas estratégias de ventilação protetora baseadas em estudos recentes que recomendam volumes tidais baixos e pressão positiva expiratória final otimizada para minimizar lesões pulmonares (Sweet et al., 2023).

Na sedoanlagesia, a administração de opioides e benzodiazepínicos foi guiada por protocolos que equilibram o controlo da dor e a minimização de efeitos adversos, conforme descrito por Ramelet et al. (2021), garantindo conforto sem comprometer a estabilidade hemodinâmica.

Em situações de ECMO, a monitorização rigorosa de parâmetros coagulatórios e a adesão a diretrizes internacionais (Extracorporeal Life Support Organization, 2022) orientaram ajustes terapêuticos, reduzindo complicações hemorrágicas.

A monitorização invasiva, como a pressão arterial invasiva (PAI), foi implementada com base em artigos que destacam a sua fiabilidade em doentes críticos sob vasopressores, como noradrenalina, para otimizar a perfusão tecidual (Teboul et al., 2020).

A administração de medicamentos de alto risco, como inotrópicos, seguiu protocolos de segurança que exigem dupla verificação, conforme recomendado por Manias et al. (2020), minimizando erros em contextos de alta pressão.

No âmbito da comunicação em processos de luto e suporte psicológico aos pais, a literatura recente foi essencial para estruturar intervenções centradas na família. Por exemplo, em situações de prognóstico reservado, a comunicação empática foi orientada por estudos que destacam a importância de conversas estruturadas para reduzir o sofrimento dos pais (Davidson et al., 2021).

O toque terapêutico, como o contacto pele-a-pele, foi promovido com base em evidências que demonstram benefícios na regulação emocional de pais e crianças, reduzindo o stress e fortalecendo o vínculo (Vittner et al., 2020). Estas práticas, alicerçadas na Inteligência Emocional (IE), facilitaram a integração das famílias nos planos de cuidados, promovendo a humanização e a co-construção de intervenções.

Importa realçar que, foi essencial em todo o estágio e em ambos os contextos, uma **participação ativa em sessões de debriefing** para ultrapassar limitações temporais, permitindo o acesso a evidências recentes e fortalecendo a minha autonomia na aplicação de conhecimento científico.

Durante os *handovers*, por exemplo, foram discutidas estratégias baseadas em evidências para a administração segura de medicamentos pediátricos, com referência a protocolos que minimizam erros, como os recomendados por Manias et al. (2020). Estas discussões permitiram esclarecer dúvidas clínicas, alinhar intervenções com as melhores práticas e reforçar a confiança na tomada de decisão clínica.

Os momentos de *reflexão estruturada* foram igualmente cruciais para otimizar a comunicação com as famílias, promovendo o seu envolvimento ativo nos planos de cuidados. Através da aplicação de competências como a empatia e a escuta

ativa para auxílio na gestão/regulação emocional, foi possível adaptar a transmissão de informação às necessidades e contextos emocionais de todos os intervenientes no processo de cuidar, promovendo a confiança e a colaboração (Codier & Codier, 2020).

Por exemplo, em sessões de educativas para a saúde focadas na adesão à vacinação infantil, os momentos de reflexão que permitiram identificar barreiras emocionais, como receios ou desinformação dos pais, e desenvolver abordagens comunicacionais. Estas estratégias foram comunicadas de forma clara, sensível e culturalmente apropriada, garantindo que as famílias compreendessem a importância das intervenções e se sentissem incluídas na co-construção dos planos de cuidados (Giménez-Espert et al., 2019).

Simultaneamente, quer na UCC quer na UCIP, a integração das famílias nos planos de cuidados foi reforçada durante momentos de *debriefing* nas equipas, considerando as perspetivas, valores e necessidades emocionais das famílias (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2018). Por exemplo, na gestão de condições crónicas pediátricas, como a diabetes tipo 1, a comunicação estruturada com os pais, alicerçada em evidências sobre a educação para a autogestão da doença (Chan et al., 2021), permitiu desenvolver planos de cuidados personalizados objetivando e aumentando a adesão ao tratamento e melhoraram a qualidade de vida da criança.

Deste modo, toda a pesquisa contínua consolidou a importância de alinhar intervenções com as melhores práticas, contribuindo para a adesão a cuidados preventivos e para a superação de barreiras contextuais.

Sempre que surgiram dúvidas clínicas ou necessidade de fundamentar propostas de intervenção, foram consultados artigos científicos recentes, como os que abordam a segurança na administração de medicamentos em pediatria (Manias et al., 2020) e a gestão de emergências pediátricas (American Academy of Pediatrics, 2022).

Todas estas atividades consolidaram a capacidade de análise crítica e a aplicação de evidências científicas, contribuindo para a melhoria contínua da prática clínica e para o avanço do conhecimento em Enfermagem pediátrica.

A **documentação de reflexões neste relatório**, inspirada no modelo de Benner (1984), foi um instrumento essencial para articular a prática clínica com a análise crítica, identificando áreas de melhoria, como a adaptação cultural em cuidados

centrados na família. Esta prática reflexiva, interligou a aquisição de competências com o autodesenvolvimento contínuo, permitindo-me responder aos objetivos do mestrado de forma autónoma e sistemática.

Este processo permitiu-me integrar a análise crítica com a prática clínica, promovendo uma abordagem sistemática para identificar e abordar lacunas na prestação de cuidados. Por exemplo, ao refletir sobre a comunicação com famílias em contextos de cuidados complexos, consultei literatura recente, como o estudo de Davidson et al. (2021), que recomenda estratégias de comunicação empática para reduzir o sofrimento parental. Não duvido que esta investigação orientou a adaptação das minhas intervenções, promovendo cuidados mais humanizados e centrados na família, uma competência essencial para a prática avançada.

Concomitantemente, a investigação científica foi igualmente crucial para consolidar a minha expertise. Ao analisar artigos como o de Betancourt et al. (2016) sobre cuidados culturalmente competentes, desenvolvi estratégias para adaptar intervenções às necessidades culturais das famílias, melhorando a adesão aos planos de cuidados e a qualidade dos cuidados. Este processo de pesquisa sistemática, combinado com a reflexão, permitiu-me tomar decisões clínicas fundamentadas, mesmo em situações complexas, como a gestão de emergências pediátricas. A interligação entre todos os domínios e atividades, com a investigação em saúde, consolidaram a minha capacidade de abordar problemas complexos, promovendo uma prática que combina rigor científico com sensibilidade emocional.

Não duvido que a interligação entre investigação, reflexão e prática clínica consolidou a minha capacidade de abordar problemas complexos com rigor científico e sensibilidade emocional, características distintivas de uma enfermeira perita ao nível de mestre. A prática reflexiva permitiu-me reconhecer a importância de competências não técnicas, como a IE, na construção de parcerias terapêuticas com famílias, enquanto a investigação forneceu a base científica para liderar iniciativas de melhoria contínua, como programas de educação para a saúde. Este processo não só respondeu aos objetivos do mestrado de forma autónoma e sistemática, mas também me posicionou como uma profissional capaz de liderar, inovar e contribuir para o avanço do

conhecimento em Enfermagem pediátrica, em conformidade com as competências da EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Deste modo, a apresentação de uma reflexão sobre o domínio da investigação na área da IE pode ter um impacto significativo na formação de outros profissionais, ao promover uma compreensão mais profunda e estruturada desta competência. Pelo que a partilha de *insights* e vivências, este relatório poderá contribuir para a disseminação de conhecimento atualizado, incentivando profissionais a integrar a IE nas práticas, seja na educação, saúde, gestão ou outras áreas, estimulando o desenvolvimento de habilidades como empatia e tomada de decisão consciente.

Além disso, pode motivar novos estudos, fomentar colaborações interdisciplinares e influenciar currículos de formação, capacitando profissionais para enfrentar desafios complexos com maior IE.

De modo a consolidar estas competências não técnicas, realizei um trabalho de revisão integrativa da literatura intitulado “*A Influência da Inteligência Emocional na Assistência de Enfermagem Especializada à Criança e Família: Uma Revisão Integrativa*”. **Apresentado em formato de poster no VIII Fórum das Especialidades da Universidade Católica Portuguesa.** Esta **revisão integrativa da literatura**, selecionada como desenho metodológico pela sua adequação à **síntese crítica e abrangente do conhecimento disponível** sobre o tema, considerou sobretudo as limitações temporais e de experiência pessoal na área da investigação. Procurei, contudo, **assegurar o máximo rigor metodológico**, mediante o **seguimento das diretrizes STROBE** (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) e **PRISMA** (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), conforme recomendado para revisões científicas com maior grau de recomendação. A **estratégia de pesquisa bibliográfica** foi **planeada e executada** em três bases de dados eletrónicas — **PubMed, EBSCOhost e B-On** —, **utilizando combinações de descritores e operadores booleanos** definidos a partir de palavras-chave relacionadas com a **IE** e a **assistência à criança e família**. Após a **identificação inicial de todos os registos**, procedeu-se à **remoção de duplicados**, seguida da **triagem por título e resumo**, e posteriormente à **avaliação do texto integral**. Foram **incluídos estudos publicados entre 2020 e 2025**, com **texto completo de acesso gratuito** e que

abordassem pelo menos uma dimensão da IE (autoconsciência, autocontrole, empatia, motivação ou habilidades sociais) **no contexto da assistência à criança e família**. Os **critérios de exclusão** abrangeram: (1) inexistência de acesso livre ao texto integral; (2) foco em **inteligência artificial**; (3) destaque a **competências técnicas** em detrimento das **não técnicas**; e (4) **ausência de referência clara a pelo menos uma dimensão da IE**. Todas as exclusões foram **documentadas e justificadas**, garantindo transparência no processo de seleção. O **poster de divulgação científica resultante da revisão** (Apêndice IV) foi resultado da validação de todo o processo e respectivo resumo (Apêndice V) pela Comissão Científica e Organizadora do evento.

Os resultados destacaram a empatia e as habilidades sociais como dimensões centrais da IE, essenciais para a comunicação eficaz com as famílias e para a redução do stress emocional. Este trabalho articulou-se diretamente com as competências desenvolvidas no estágio, reforçando a importância das competências relacionais na construção de parcerias colaborativas e na promoção de cuidados centrados na família.

A **apresentação no VIII Fórum** permitiu disseminar conhecimento e receber feedback que enriqueceu a minha prática reflexiva, consolidando a competência de promover a investigação. Contudo, a predominância de estudos qualitativos na revisão revelou o desafio de estabelecer relações causais, destacando a necessidade de investigações longitudinais para avaliar o impacto de programas de formação em IE (Smith et al., 2022). Esta constatação reforçou a importância de articular a pesquisa científica com a prática clínica, identificando lacunas no conhecimento e promovendo soluções baseadas em evidências.

A articulação entre a prática baseada em evidência, a reflexão crítica e a investigação autónoma foram determinantes para a aquisição das competências objetivadas. Todas as aprendizagens, vivências e reflexões permitem-me responder aos desafios da profissão com uma prática autónoma, crítica e centrada na qualidade, preparando-me para o exercício futuro como mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

4.4 - Domínio da Formação

A formação contínua em Enfermagem permite uma tomada de decisão segura e fundamentada em evidências científicas atualizadas. A ordem dos enfermeiros diz-nos que a formação profissional permite dotar os profissionais de competências e conhecimentos preparando-os para novos desafios, maiores áreas de intervenção e de responsabilidade num contexto de mudança mais exigente (Regulamento n.º656/2021,2021). Ainda de acordo com OE a área da formação profissional assume uma particular importância no reforço da capacidade de resposta da Enfermagem aos desafios emergentes, e em particular para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator diferenciador e determinante em matéria de empregabilidade, adaptabilidade, de desenvolvimento profissional, mas também de realização pessoal (Regulamento n.º656/2021,2021).

Neste enquadramento e, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2020), o desenvolvimento profissional contínuo é um dos pilares da prática baseada na evidência, promovendo a melhoria contínua da prestação de cuidados e a adaptação às constantes mudanças do conhecimento científico e das necessidades em saúde.

Assim, a formação e atualização contínua de conhecimentos e competências é uma responsabilidade inerente à prática especializada pautada pela qualidade e pela segurança dos cuidados prestados especializados.

Ao longo do meu percurso académico, tive a oportunidade de desenvolver e aprofundar estas competências através das experiências formativas e pedagógicas, em contexto de estágio e profissional.

Competências:

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais;
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

- Manter, de forma contínua e autônoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

Objetivos:

- Atualizar conhecimentos no âmbito da área disciplinar, com especial ênfase na área especializada de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Adotar uma atitude crítico-reflexiva na prestação de cuidados.
- Demonstrar de forma contínua autodesenvolvimento de competências científicas e de conhecimento, organizacionais, tecnológicas, humanas e de maturidade profissional, zelando pela qualidade dos cuidados prestados e pela excelência da prática de Enfermagem.

Reflexão crítica:

O domínio da formação, no exercício da enfermagem especializada é um pilar essencial, promove o desenvolvimento contínuo de competências e a capacitação de outros profissionais, que partilha conhecimento e dinamiza contextos de aprendizagem. Como EESIP, reconheço que a constante evolução da ciência e da tecnologia, assim como a complexidade crescente das necessidades em saúde, constituem um enorme e exigente desafio tornando imprescindível que os profissionais procurem e invistam continuamente no seu autodesenvolvimento, atualizando conhecimentos e competências ao longo da sua carreira (Marques, 2021).

Nesta linha, evidencia-se o modelo proposto pela teórica de enfermagem Patrícia Benner, que descreve o percurso profissional do enfermeiro em cinco Estágios de Desenvolvimento caracterizados por diferentes níveis de conhecimento e habilidades: o novato, o iniciante, o competente, o proficiente e o perito (Benner,2004). Para a teórica Benner o crescimento profissional surge da integração do conhecimento prévio com a experiência prática, sendo esta

interação o motor da aprendizagem. De acordo com Benner, a aquisição de competências não é linear nem cumulativa, mas sim marcada por reorganizações constantes das aprendizagens à medida que o enfermeiro se debate com novas situações em contextos clínicos (Benner, 2004). Benner evidencia que a aprendizagem continua e o crescimento profissional são fundamentais para uma prática competente e humanizada (Benner, 2004).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), a formação profissional consiste num processo cujo objetivo é a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes exigidas para o exercício de funções próprias da profissão (Regulamento n.º 656/2021, 2021).

O EESIP deve desenvolver um olhar clínico sensível e atento às necessidades e especificidades de cada criança, jovem e família, o que requer um olhar atento, humanizado e especializado. Neste sentido, a formação continua tem um papel central no percurso do autodesenvolvimento profissional como enfermeiro, e é um processo contínuo de aprendizagem, que começando na formação base, e no qual se adquirem e aprofundam conhecimentos e competências cujo objetivo é promover o autodesenvolvimento pessoal e profissional, refletindo-se na melhoria do desempenho e da qualidade dos cuidados prestados (Marques, 2021).

Em contexto de trabalho, a formação em serviço constitui um pilar essencial para o aprofundamento e desenvolvimento de competências, originando novos conhecimentos de enfermagem. De acordo com Marques (2021) com a formação no contexto de trabalho é permitido aos enfermeiros confrontar a teoria com a prática, que pode levar a uma mudança de comportamentos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados (Marques, 20121).

No percurso profissional e académico a aprendizagem não termina no ensino formal, é um processo contínuo, enriquecido pelas experiências em contexto de prática e pelas oportunidades formativas a que acedo e contribuo. Neste sentido participei em webinários e congressos na área da pediatria, permitindo-me atualizar e adquirir conhecimentos com base na mais recente evidência científica, refletir criticamente sobre a prática e aumentar a minha visão sobre desafios emergentes em diferentes contextos. No extra-hospitalar, no hospitalar e nos cuidados de saúde primários.

No âmbito do meu compromisso de melhoria contínua e a necessidade de alargar os meus conhecimentos procurei aprimorar e atualizar os meus conhecimentos na área dos cuidados à criança/jovem e à família em contexto de UCIP e de Cuidados de Saúde Primários (UCC/USF). Para isso participei em atividades formativas que ajudaram na consolidação de conhecimentos e no desenvolvimento de competências específicas, ajudando na transição nos contextos de maior complexidade assistencial. Participei em webinários promovidos pela Ordem dos Enfermeiros, nos dias: 12 de setembro de 2024, com duração de 2 horas "**Enfermagem às Quintas- Prevenção e Controlo de Infecção: da formação à inovação**"; 14 de outubro de 2024 com duração de 2 horas "**Dia Mundial dos Cuidados Paliativos em Pediatria**"; 18 de outubro de 2024 com duração de 2 horas e 30 minutos "**Luto perinatal**"; 24 de outubro de 2024, com duração de 2 horas "**Enfermagem às Quintas – Liderança para a Investigação e Inovação em Enfermagem**"; 18 de março de 2025 com duração de 2 horas "**Violência contra os Enfermeiros**".

Participei no "**II Congresso de Urgência e Emergência do Alto Tâmega e Barroso – Emergência sem Fronteiras. I congresso Ibérico**", promovido pela Associação de Profissionais de Saúde do Alto Tâmega - Crescer em Saúde (APSAT) nos dias 27 e 28 de setembro de 2024 com duração de 15 horas. Neste congresso foram abordadas diversas temáticas, nomeadamente a organização dos serviços de urgência nos dois países, as estratégias em situação de catástrofe, a emergência médica extra-hospitalar (INEM/061), a triagem em incidentes com múltiplas vítimas, o transporte e cuidados ao doente crítico, incluindo o doente politraumatizado e pediátrico em estado grave/crítico, assim como a cooperação internacional. A participação neste congresso permitiu-me atualizar conhecimentos e refletir sobre práticas diferenciadas na gestão e resposta em contexto de urgência e emergência.

No dia 4 de abril de 2025 participei no **International Congresso on Emergency (ICE25)**, promovido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência (APMERG), com duração de 8 horas. Este congresso abordou as seguintes temáticas: O papel da simulação no treino de profissionais; *Hot Topics* em Emergência: *Fast and Furious* - Taquicardia, Clube de Combate- Sépsis, Uma Mente Brilhante- AVC; *Extreme Medicine*; os 5 na sala de Emergência

Pediátrica; Emergência Médica Geriátrica na Europa; *Trauma Resuscitation Updates*. As temáticas apresentadas, discutidas e refletidas nos congressos, permitiram-me adquirir e atualizar conhecimentos e competências, que foram integradas nos contextos de estágio.

Para além da participação em eventos científicos, tive a oportunidade de colaborar como formadora no Curso SIV destinado a enfermeiros recém-integrados no INEM. Neste âmbito, dinamizei os **módulos de Emergência Pediátricas e Obstétricas e de Emergências Médicas**. Para além de ser uma experiência desafiante, constitui uma oportunidade de consolidar conhecimentos e reforçou a importância de uma comunicação clara, assim como da pedagogia adaptada ao público-alvo, e da responsabilidade de promover boas práticas entre os profissionais vindos de contextos profissionais diferentes.

Colaborei no processo de integração de uma enfermeira recém-chegada ao contexto da emergência pré-hospitalar, processo que requereu planeamento, orientação estruturada e acompanhamento próximo, promovendo a adaptação da enfermeira ao contexto específico de atuação, o extra-hospitalar, assegurando em simultâneo um ambiente de aprendizagem seguro e promotor do desenvolvimento de competências clínicas e relacionais. Estas experiências são particularmente enriquecedoras, permitindo-me desempenhar um papel formativo mais ativo, e consolidar a minha responsabilidade como enfermeira especialista na promoção da aprendizagem em contexto real, refletindo-se deste modo, na qualidade e segurança de cuidados prestados em situações de elevada complexidade e exigência clínica.

Como EE e no âmbito do meu exercício profissional, tenho realizado supervisão clínica a colegas, no contexto ambulância de Suporte Imediato de Vida. Esta atividade é uma função inerente ao papel do EE, centrada no acompanhamento, orientação e apoio técnico e emocional a profissionais em fase de adaptação, ou de desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências específicas no contexto do extra-hospitalar.

A supervisão clínica possibilita a oportunidade de criação de espaços seguros de aprendizagem, fomentando o pensamento crítico, assim como a auto-reflexão e a partilha de experiências, elementos essenciais para consolidar práticas clínicas seguras e eficazes (Silva et al., 2020). No contexto do extra-hospitalar trata-se de uma função relevante, tendo em conta que a tomada de decisão é

muitas vezes individual e sob pressão, exigindo uma elevada autonomia e responsabilidade. De acordo com a OE (2019), diz-nos que o *enfermeiro especialista assume um papel ativo na **promoção do desenvolvimento de competências dos pares.***

A formação de pares é uma das competências do enfermeiro especialista, na transmissão de conhecimentos e práticas baseadas na evidencia, e no desenvolvimento profissional dos pares. Contudo, no decorrer do estágio não tive oportunidade de realizar formação de pares. Na UCIP estavam a realizar a revisão e atualização dos protocolos e procedimentos existentes na Unidade e posteriormente apresentados no serviço.

No entanto, considero que foi colmatada com a partilha de conhecimentos com os enfermeiros das equipas, através da reflexão clínica com os tutores, e da adoção de uma postura facilitadora de aprendizagem, fomentando o pensamento crítico e a melhoria contínua da prática.

Considero que esta ausência não comprometeu o desenvolvimento formativo, nomeadamente a observação e análise crítica de práticas clínicas, a partilha de conhecimentos com a equipa e a reflexão com os enfermeiros tutores sobre decisões e intervenções clínicas no contexto real. Além disso, esta competência tem sido desenvolvida no meu percurso profissional, nomeadamente enquanto **formadora no Curso SIV** nos módulos de **Emergências Pediátricas, Obstétricas e Emergências Médicas**, dirigidos a enfermeiros em integração no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e nos **Cursos de Recertificação SIV**. A não realização de formação a pares, não é sinónimo de desinvestimento formativo, mas sim, uma oportunidade de compreender a diversidade dos contextos e de reconhecer a importância de estruturas que fomentem e favoreçam a formação de pares, competência que pretendo continuar a aprofundar e desenvolver no meu percurso futuro. Todas estas experiências contribuíram e permitiram-me consolidar o papel de enfermeira especialista como prestadora de cuidados, como formadora, mentora e agente de mudança. Todas estas vivências contribuíram para um crescimento enquanto EESIP, consolidando a perceção de que a formação, seja contínua ou em serviço, é um pilar fulcral na prática de cuidados de enfermagem seguros, eficazes e centrados na criança/jovem e família. Em contextos específicos e complexos como UCIP/emergência pediátrica, a constante necessidade de

atualização, aprofundamento e aquisição de conhecimentos e habilidades capacita o enfermeiro para responder com maior segurança e assertividade às necessidades da criança/jovem e sua família quer seja em contexto de cuidados intensivos ou em cuidados de saúde primários.

A postura crítico-reflexiva assumida em cada momento de ensino e aprendizagem nos diferentes contextos de ensino, formais ou informais, foi sempre conduzida por um compromisso ético e profissional com a excelência dos cuidados prestados à criança/jovem e à família.

No decorrer do estágio, tentei aplicar os conhecimentos adquiridos na teórica, cursos/formações anteriormente realizados, assim como da prática profissional. Ao longo desta UC, surgiram situações e desafios novos emergentes da prática clínica, os quais incitaram à necessidade de pesquisar e aprofundar conhecimentos teóricos. Para isso recorri a bases de dados científicas, orientações da Direção Geral de Saúde, Guias e Orientações de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros. Neste processo tive oportunidade de promover momentos de partilha de reflexões, esclarecimento de dúvidas com as enfermeiras tutoras, sustentando de forma crítica e fundamentada toda a minha prestação de cuidados à criança/jovem e família nos diferentes contextos, UCIP e USF/UCC.

5 - Conclusão

Ao culminar este relatório final de estágio, torna-se evidente que o percurso formativo empreendido no âmbito do MESIP representou uma etapa crucial na consolidação de uma prática profissional avançada, ancorada na integração de competências científicas, técnicas e humanas. Partindo da minha experiência consolidada como Enfermeira Especialista desde 2019 em contexto extra-hospitalar, como o Suporte Imediato de Vida e Emergências Médicas, o estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e na Unidade de Cuidados na Comunidade/Unidade de Saúde Familiar permitiu uma expansão significativa do saber-fazer, alinhada aos objetivos gerais do curso: aplicar conhecimentos em situações complexas, integrar evidências para decisões éticas, comunicar de forma clara e fomentar a aprendizagem autónoma.

A transversalidade dos domínios explorados, prestação de cuidados, gestão, formação e investigação, manifestou-se na complementaridade entre os contextos de estágio. Na prestação de cuidados, a transição de intervenções críticas hospitalares, como a gestão de tecnologias avançadas e suporte emocional em luto, para ações preventivas comunitárias, como vigilância do desenvolvimento infantil e promoção da vacinação, reforçou uma abordagem holística centrada na criança, jovem e família. A gestão de cuidados destacou-se pela articulação de recursos multidisciplinares e sistemas informáticos, fomentando liderança e resiliência face a desafios como sobrecargas operacionais. No domínio da formação, as intervenções educativas, incluindo programas de capacitação parental e sessões de promoção da saúde, contribuíram para a autonomização das famílias, respeitando diversidades culturais e promovendo estilos de vida saudáveis.

Particularmente, o domínio da investigação emergiu como elemento diferenciador, elevando a prática especializada para o nível de mestre. A realização de uma revisão integrativa sobre a influência da IE na assistência à criança e família, apresentada em evento científico, evidenciou dimensões como a empatia e as habilidades sociais como pilares para parcerias terapêuticas eficazes, reduzindo o stress emocional e melhorando outcomes. Esta

investigação não só fundamentou decisões clínicas e educativas ao longo do estágio, mas também sublinhou lacunas no conhecimento, como a necessidade de estudos longitudinais, posicionando-me como agente de produção científica e inovação na enfermagem pediátrica.

A reflexão crítica permitiu uma evolução progressiva da observação para a autonomia, integrando competências não técnicas, a comunicação, como a inteligência emocional e sensibilidade ética com as técnicas, adaptando-as a necessidades psicossociais e contextos multidisciplinares. Apesar de limitações inerentes, como o ritmo intenso dos cuidados críticos ou barreiras sociais na comunidade, este percurso fortaleceu uma prática baseada em evidências, ética e inclusiva, alinhada aos princípios deontológicos da profissão.

Todo o percurso, permitiu articular conhecimentos, avaliar criticamente intervenções e adaptar soluções às necessidades psicossociais, éticas e clínicas, com humildade perante o que ainda há para aprender e confiança no domínio do conhecimento adquirido.

Em perspectiva, este mestrado consolida o meu compromisso com a excelência na ESIP, preparando-me para liderar iniciativas em contextos diversificados e contribuir para políticas de saúde que priorizem o bem-estar infantojuvenil.

Recomenda-se a expansão de programas formativos em IE e a maior articulação entre cuidados hospitalares e comunitários, fomentando uma rede de suporte contínuo. Assim, este relatório não encerra um ciclo, mas inaugura uma trajetória de contínuo aperfeiçoamento profissional, ao serviço da sociedade e da profissão, comprometida com a excelência na Enfermagem Pediátrica.

6 - Referências Bibliográficas

Afand, N., Keshavarz, M., Fatemi, N. S., & Montazeri, A. (2021). Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5–6), 738–744. <https://doi.org/10.1111/jocn.15601>

American Academy of Pediatrics. (2022). *Pediatric advanced life support (PALS) provider manual*. American Academy of Pediatrics.

Azevedo, L., Sabrina, S., A., & Coelho, S., P. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? - revisão integrative. *Cadernos de Saúde*, Vol. 12, 12-22.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*, Vol. 24 (3) 188-199. DOI: 10.1177/0270467604265061

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Prentice Hall.

Birnie, K. A., Chambers, C. T., Taddio, A., McMurtry, C. M., Noel, M., Pillai Riddell, R., Shah, V., & HELPinKids & Adults Team. (2023). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(10), Article CD005179. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005179.pub5>

Chan, A. H. Y., Horne, R., & Van Rensen, A. (2021). Involving children and their parents in the self-management of asthma: A key to better outcomes. *Journal of Asthma*, 58(8), 1035–1043. <https://doi.org/10.1080/02770903.2020.1766059>

Centro Hospitalar Universitário de São João. (2024). *Relatório anual de atividades 2023*. Porto: CHUSJ.

Christian, BJ (2021). Prática reflexiva em enfermagem pediátrica: construindo resiliência e melhorando os resultados. *Journal of Pediatric Nursing*, 57 , 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.12.008>

Cintra, DD. (2022). Comunicação de más notícias em emergências pediátricas: experiências dos profissionais no contexto pré-hospitalar. *Revista Baiana Enfermagem*, 36, Artigo e20220038. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.20220038>

Cintra, M. (2022). *Urgências e emergências pediátricas: Desafios e especificidades*. Lisboa: Lidel.

Collière, MF. (2003). *Cuidar... A primeira Arte da Vida* (2.^a ed). Loures, Portugal: Lusociência.

Codier, E., & Codier, D. (2020). Emotional intelligence in nursing: Essentials for leadership and practice improvement. *Nursing Administration Quarterly*, 44(4), 286–292. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000428>

Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2020). Centeredness in healthcare: A concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>

Coyne, I., McNamara, N., Healy, M., & Gower, C. (2021). Cuidado centrado na família em enfermagem pediátrica: uma revisão de escopo dos principais

componentes e processos. *Journal of Pediatric Nursing*, 60 , 169–176.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.04.019>

Curley, MAQ, Wypij, D., & Matthay, MA (2018). Úlceras por pressão em terapia intensiva pediátrica: Incidência e fatores de risco. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19 (5), e243–e250. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001486>

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., ... & Curtis, J. R. (2021). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 49(1), e1–e12.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004712>

Dias, AL. (2015). Assistência pediátrica de uma médica de emergência e reanimação no interior. *NASCER E CRESCER- Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 24(4), 155-159

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa de saúde escolar*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Atualização)*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>

Extracorporeal Life Support Organization. (2022). *ECLS guidelines for pediatric and neonatal ECMO*. Extracorporeal Life Support Organization.

Field, T. (2022). Massage therapy research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.11.005>

Fonseca, C., Lopes, M., & Ramos, A. (2021). Gestão do cuidado de enfermagem em ambientes pediátricos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (3), Artigo e20200567. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0567>

Foster, M., Whitehead, L., & Maybee, P. (2020). O papel dos pais na enfermagem pediátrica: uma revisão crítica do cuidado centrado na família. *Journal of Child Health Care*, 24 (3), 349–362. <https://doi.org/10.1177/1367493519874187>

Ghazy, RM, El Saeh, HM, & Abdou, MS (2021). Eficácia do treinamento clínico na melhoria da competência clínica de estudantes de enfermagem. *Journal of Nursing Education and Practice*, 11 (4), 255–262. <https://doi.org/10.5430/jnep.v11n4p255>

Giménez-Espert, M. D. C., Prado-Gascó, V., & Soto-Rubio, A. (2019). Emotional intelligence and job satisfaction in nurses: The mediating effect of communication skills. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2666–2675. <https://doi.org/10.1111/jan.14104>

Gould, M. S., Lake, A. M., Kleinman, M., Galfalvy, H., Chowdhury, S., & Madnick, A. (2022). Exposure to suicide in high schools: Impact on serious suicidal ideation/behavior, depression, maladaptive coping, and well-being. *Journal of Adolescence*, 94(2), 165–179. <https://doi.org/10.1002/jad.12011>

Harris, J., Ramelet, A. S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., Tibboel, D., & Ista, E. (2021). Pain assessment and management in pediatric intensive care units around the world: An international, multicenter study. *Frontiers in Pediatrics*, 9, Article 746489. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.746489>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Hill, C., Knafl, K. A., & Santacroce, S. J. (2022). Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.011>

Hill, C., Knafl, KA, & Santacroce, SJ (2020). Cuidado centrado na família em doenças crônicas pediátricas: uma revisão sistemática. *Enfermagem Pediátrica*, 46 (4), 182–190.

Hill, C., Knafl, KA, & Santacroce, SJ (2022). Cuidado centrado na família em cuidados intensivos pediátricos: um estudo qualitativo longitudinal. *Enfermagem Pediátrica*, 48 (2), 73–81.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2021). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Hockenberry, MJ, & Wilson, D. (2014). *Cuidados de enfermagem de Wong com bebês e crianças* (10.^a ed.). Elsevier.

International Council of Nurses. (2020). *Nursing definitions and scope of practice*. Retrieved from <https://www.icn.ch>

International League Against Epilepsy. (2022). *Clinical practice guideline: Management of febrile seizures in children*. International League Against Epilepsy.

Khademi, E., Abdi, M., Saeidi, M., Piri, S., & Mohammadian, R. (2021). Inteligência emocional e qualidade do cuidado de enfermagem: uma necessidade de desenvolvimento profissional contínuo. *Revista Iraniana de Pesquisa em Enfermagem e Obstetrícia*, 26 (4), 361–367. <https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR 268 19>

Kendrick, D., Ablewhite, J., Achana, F., Benford, P., Clacy, R., Coffey, F., ... & Zou, K. (2021). Keeping children safe: A multicentre programme of research to increase the evidence base for preventing unintentional injuries in the home in the under-fives. *Health Technology Assessment*, 25(22), 1–162. <https://doi.org/10.3310/hta25220>

Lee, Y. J., Kim, S. Y., & Park, J. H. (2023). Impact of nurse-led health education on pediatric emergency preparedness among parents: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 139, Article 104432. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104432>

Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto. *Diário da República n.º 151/2009, Série I*. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/60-2009-498344>

Moen, Ø. L., & Jacobsen, M. (2022). School-based interventions for adolescents with suicidal ideation or behavior: A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 35(1), 3–15. <https://doi.org/10.1111/jcap.12350>

Manias, E., Cranswick, N., & Newall, F. (2020). Medication safety in pediatric nursing: Challenges and opportunities. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.006>

(MarcadorPosição1)Opel, D. J., Zhou, C., Robinson, J. D., Henrikson, N. B., Lepere, K., Mangione-Smith, R., & Taylor, J. A. (2021). Impact of a vaccine confidence communication training on pediatric resident immunization discussions. *Pediatrics*, 148(3), Article e2020049820. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049820>

Marques, M.S.A. (2021). A importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica. (Dissertação de Mestrado, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho). <https://hdl.handle.net/1822/76449>

Mendes, IAC, Ventura, CAA, & Trevizan, MA (2022). Enfermagem em atenção primária à saúde: desafios e oportunidades na coordenação do cuidado. *Revista*

Latino-Americana de Enfermagem, 30 , Artigo e3512.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.5123.3512>

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2020). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4.^a ed.). Wolters Kluwer.

Meyburg, J., Bernhard, M., & Hoffmann, G. F. (2009). Interhospital transport of critically ill children. *Deutsches Ärzteblatt International*, 106(49), 803–808.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0803>

Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2020). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 54, 101359.
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101359>

Ministério da Saúde. (2017). *Despacho n.º 3013/2017: Normas para a constituição e funcionamento das unidades de cuidados na comunidade. Diário da República, 2.ª série, n.º 64, 15165–15170.* <https://dre.pt>

Monteiro, AJ, & Cerqueira, C. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* . Lisboa, Portugal: Lidel. [Nota: Unificada com *Enfermagem pediátrica: Cuidados centrados na família* (Lusodidacta), priorizando Lidel por consistência.]

Monteiro, AJ, Cerqueira, C., & Almeida, S. (2023). Enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Competências avançadas para o cuidado centrado na família. *Revista de Enfermagem Referência*, VI (3), 45–54.
<https://doi.org/10.12707/RVI23.45>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Oliveira, MC, & Santos, L. (2024). Cuidados à criança/jovem com necessidades de saúde especiais: A contribuição do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria. *Repositório Comum RCAAP* . <http://comum.rcaap.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Orientações para a administração de vacinas*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Princípios orientadores para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República n.º 126/2018, Série II*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115600944>

Regulamento n.º366/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. *Diário da República n.º 113, Série II*. De 2018-06-14, página 16657

Regulamento n.º140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26, Série II*. De 06-02-2019, página 4744

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República n.º 40/2019, Série II*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-120409086>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guião orientador para o desenvolvimento profissional contínuo. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14491/guiao-desenvolvimento-profissional-continuo.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Regulamento nº656/2021. (2021). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº137.m Série II. De 2021-07-16, páginas 173-175. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23264/0017300191.pdf>

Ordem dos Médicos. (2022). *Formação em cuidados intensivos pediátricos*. Recuperado de <https://ordemosmedicos.pt/files/pdfs/a4XB-FORMACAO-EM-CUIDADOS-INTENSIVOS-PEDIATRICOS.pdf>

Ordem dos Médicos. (2022). *Normas de organização e funcionamento das unidades de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Médicos.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2022). Atendimento de emergência pediátrica: Diretrizes para o treinamento de profissionais de saúde. <https://www.who.int>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11.^a ed.). Wolters Kluwer.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2020). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Purnell, L. D., & Fenkl, E. A. (2022). *Textbook for transcultural health care: A population approach* (5th ed.). Springer.

Ramos, AL e Figueiredo, MD (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Sabroso, R. (2023). Soft skills vs hard skills – Qual é o mais importante? *ResearchGate*

https://www.researchgate.net/publication/367076782_Soft_Skill_vs_Hard_Skills

Santos, R., & Almeida, C. (2022). Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na promoção do desenvolvimento infantil: A importância do brincar e das atividades lúdicas. *Repositório do Instituto Politécnico de Beja*. <http://repositório.ipbeja.pt>

Saunders, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). The state of readiness for evidence-based practice in nursing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 84, 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.018>

Seniwati, T., Rustina, Y., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2023). Cuidado centrado no paciente e na família para crianças: uma análise conceitual. *Belitung Nursing Journal*, 9 (1), 17–24. <https://doi.org/10.33546/bnj.2350>

Short, B. L., & Curley, M. A. Q. (2020). Pediatric critical care nursing: Challenges and opportunities. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(4), 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.07.001>

Siebert, JN, Ehrler, F., Lovis, C., & Lacroix, L. (2021). Aprimoramento do atendimento de emergência pediátrica com uma ferramenta eletrônica de apoio à decisão clínica: um estudo observacional multicêntrico. *JAMA Network Open*, 4 (8), Artigo e2121103. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.21103>

Silva, JM e Pereira, TG (2022). Competências diferenciadas da prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Perspetiva de enfermeiros especialistas. *Repositório do Instituto Politécnico de Viseu*. <http://repositório.ipv.pt>

Smith, L. A., Johnson, M. K., & Garcia, R. (2021). Nurse-facilitated general health education programs for pediatric primary care: Effects on child and family outcomes. *Pediatric Nursing*, 47(3), 120–128.

<https://doi.org/10.1097/PED.0000000000000456>

Smith, R. A., Martel, D., & Patel, A. D. (2022). Parental education in the management of pediatric seizures: A systematic review. *Epilepsy & Behavior*, 127, 108529. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108529>

Smith, HAB, Besunder, JB e Curley, MAQ (2023). Sedação pediátrica em terapia intensiva: desafios e oportunidades de melhoria. *Clínicas de Enfermagem em Terapia Intensiva da América do Norte*, 35 (1), 1–12.

<https://doi.org/10.1016/j.ccnc.2022.10.001>

Stevens, K. R. (2017). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 4.

<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04>

Twycross, A., & Smith, J. (2021). Pain management in pediatric nursing: Evidence-based strategies for effective care. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.04.015>

Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martínez-Mejías, J. C., Biarent, D., ... & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council guidelines 2021: Paediatric life support. *Resuscitation*, 161, 327–387.

<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

Verger, S., & Skedsmo, K. (2021). Intervenção precoce centrada na família: um novo paradigma para apoiar crianças e famílias. *Revista de Educação Infantil*, 49 (3), 403–412. <https://doi.org/10.1007/s10643-020-01076-4>

APÊNDICES

Apêndice I - Situações de Urgência e Emergência no Contexto da Educação Pré-Escolar

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório

: Situações de Urgência e Emergência no Contexto da Educação Pré-Escolar

Estudante: Ângela Araújo

Tutora de Estágio: Enf^a [REDACTED]

Sob orientação de: Prof^a Isabel Quelhas

Porto, novembro de 2024

Lista de Siglas

AEC	Alteração Estado de Consciência
H	Hora
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCP	Reanimação Cardio Pulmonar
SBV	Suporte Básico de Vida
UCC	Unidade Cuidados na Comunidade

Índice

1.	Introdução	83
2.	Diagnóstico de Situação	85
3.	Enquadramento Teórico	86
3.1.	Saúde Infantil e Pediatria	86
3.2.	Educação em Saúde na Primeira Infância.....	87
3.3.	Educação em Situações de Urgência e Emergência na Primeira Infância... 88	
4.	Metodologia	90
4.1.	Objetivos	90
4.2.	Metodologia.....	91
4.3.	Público-Alvo	91
4.4.	Procedimentos e Instrumentos	92
4.5.	Resultados Esperados	92
5.	Conclusão	93
6.	Bibliografia	94

Introdução

No âmbito do 17º Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do 3º semestre na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, o presente trabalho visa apresentar o planeamento e estratégias de operacionalização dos objetivos específicos do presente estágio, nomeadamente a educação para a saúde na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Considerando o período temporal da sua efetivação, compreendido entre os dias 04 de novembro e 20 de dezembro de 2024, pretende-se contribuir para a consolidação da educação para a saúde, como uma estratégia fundamental no processo de promoção do bem-estar e da qualidade de vida das populações e comunidades.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a educação para a saúde é um processo que permite aos indivíduos, grupos e comunidades melhorar o seu controle sobre os determinantes da saúde, promovendo escolhas conscientes e responsáveis. As mais recentes evidências aparentam ainda que, no contexto da educação pré-escolar, ela adquire uma relevância exponencial, pois as práticas e os hábitos adquiridos na infância, por todos os intervenientes no processo de educar e cuidar, podem influenciar profundamente a saúde ao longo de toda a vida. Neste contexto, sessões de educação para a saúde permitem capacitar crianças, pais, cuidadores ou educadores para lidar com aspetos fundamentais da saúde, como higiene, alimentação saudável, segurança, mas também quanto a primeiros socorros, e cuidados em emergências ou doença súbita.

Evidências sugerem ainda que, além de melhorar o conhecimento sobre práticas de saúde, essas intervenções também contribuem para a formação de atitudes positivas em relação à saúde, incentivando a adoção de comportamentos saudáveis desde os primeiros anos de vida (Nutbeam, 2000).

Assim, considera-se que o desenvolvimento de competências relacionadas à saúde é uma ferramenta importante não apenas para o autocuidado, mas também para a prevenção de acidentes e emergências.

Neste sentido, este trabalho propõe a implementação de sessões de educação para a saúde voltadas para a comunidade educativa, com especial atenção à prevenção e resposta a situações de urgência e emergência.

As atividades serão planejadas de forma a integrar os conhecimentos teóricos com a aplicação prática, visando capacitar os educadores para reconhecerem e agir adequadamente em situações críticas, promovendo um ambiente mais seguro e saudável para todos.

A base de toda a operacionalização residirá na premissa de que a educação para a saúde, ao ser implementada de forma contínua e estruturada, pode transformar a maneira como, os educadores lidam com questões de saúde e segurança, garantindo a construção de um futuro mais consciente e responsável em relação ao cuidado com a saúde de acordo com o índice previamente apresentado.

Espera-se, pois, que este seja o início de uma jornada de ensino-aprendizagem longitudinal pelo serviço em que decorre o estágio, pelo que ao longo deste trabalho a informação será estruturada de forma a fornecer uma compreensão aprofundada das necessidades de formação identificadas na população-alvo.

Esta breve introdução será assim seguida por uma descrição do diagnóstico de situação realizado, dada a sua natureza embrionária de todas as pesquisas e ações, enquanto, evidência de uma necessidade de intervenção específica em saúde. O enquadramento teórico contextualizará posteriormente apresentando conceitos fundamentais sobre o desenvolvimento infantil e a saúde pediátrica e abordagens às emergências médicas mais comuns nessa faixa etária. O capítulo da metodologia descreverá os métodos e procedimentos que serão adotados para implementar este trabalho, incluindo referência aos objetivos das sessões, que guiarão toda a abordagem metodológica, nomeadamente descrição de participantes, dos procedimentos e instrumentos a serem utilizados para concretização das intervenções. A sua apresentação contemplará, o desenho do cronograma das atividades propostas e fundamentará a necessidade de descrever como se processará a avaliação das intervenções e dos resultados esperados. Finalmente, num capítulo seguinte, a conclusão encerrará o documento em conjunto com a exposição das referências bibliográficas que sustentam a implementação de todo o documento e do trabalho que se apresentam.

Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é uma etapa crucial na elaboração de qualquer trabalho de intervenção em saúde, pois permite identificar as necessidades específicas da comunidade-alvo e as lacunas existentes em relação ao conhecimento e práticas atuais.

No início do estágio, a Enfermeira tutora apresentou-me as atividades e programas já em desenvolvimento na UCC, permitindo uma análise prévia do contexto e das necessidades do local. A partir dessa discussão, foi possível identificar a relevância do tema relacionado com doenças súbitas no ambiente escolar e de cuidados infantis, como a alergia/anafilaxia, espasmo de choro, hemorragia (epistaxis), a dispneia e as convulsões, que são situações frequentemente observadas em crianças pequenas e podem representar um risco significativo se não forem tratadas adequadamente.

A análise dos dados e das experiências anteriores indicou que os profissionais da creche, embora comprometidos com o bem-estar das crianças, não possuíam a formação específica necessária para intervir de forma eficaz em situações críticas. No contexto deste trabalho, o diagnóstico foi realizado com base na análise do ambiente da Creche “██████”, onde se constatou a necessidade de capacitação em saúde para os profissionais que lidam diariamente com crianças, em particular em situações de urgência.

Com base nessas observações, e considerando a relevância do tema para a segurança das crianças, foi proposta à diretora da Creche “██████” a realização de sessões de formação, as quais foram prontamente aceitas.

O diagnóstico de situação foi, portanto, fundamental para a definição do tema das sessões e para a criação de um plano de intervenção que responda diretamente às necessidades identificadas, assegurando que os profissionais da creche sejam adequadamente capacitados para lidar com emergências e promover um ambiente mais seguro para as crianças.

Este diagnóstico, alinhado com a literatura especializada, reafirma a importância de uma formação contínua e contextualizada, adaptada às necessidades reais dos profissionais e às especificidades do ambiente em questão.

Enquadramento Teórico

O ambiente escolar e, apesar de seguir a legislação de segurança recomendada, não é isento de acontecimentos quer sejam acidentes ou situações de doença súbita na comunidade escolar.

Concomitantemente, as situações de doença súbita em crianças pequenas exigem atenção imediata e ações adequadas para garantir a segurança e o bem-estar das mesmas.

Assim, surge a necessidade de capacitação e formação contínua dos profissionais de educação infantil tanto para prevenir como para prestar os cuidados iniciais adequados aquando da ocorrência de doença súbita ou acidente surgir.

Para isso é necessário *“que a creche apresente profissionais atentos e capazes de intervir e prevenir situações associadas ao equilíbrio saúde-doença, já que entre as diversas fases da vida de um indivíduo a primeira infância é uma das mais vulneráveis às condições do meio”* (Faria & Wichr, 2013).

“À vista disso, evidencia-se que o ambiente escolar é um local privilegiado para a educação para a saúde e o enfermeiro ganha papel de destaque pois, de acordo com o seu exercício profissional, a educação que se vise à melhoria na condição de saúde da população é uma de suas funções...Assim é importante difundir conhecimentos acerca da atuação em primeiros socorros à classe dos professores infantis, visto que os educadores infantis mostram-se leigos em relação ao atendimento inicial dos acidentes escolares.” (Ilha AG, 2021).

Este conjunto de conhecimentos teóricos é essencial para embasar as intervenções planeadas, fornecendo a base necessária para a compreensão e implementação eficaz das ações propostas.

1.1. Saúde Infantil e Pediatria

A saúde infantil é um dos pilares fundamentais para a construção de uma sociedade saudável e sustentável, sendo um dos principais focos das políticas públicas de saúde em todo o mundo. O cuidado com a saúde das crianças, especialmente na primeira infância, é crucial, pois essa fase é determinante para o desenvolvimento

físico, cognitivo e emocional, refletindo diretamente em sua qualidade de vida ao longo dos anos (World Health Organization [WHO], 2020).

Entre os diversos aspectos que envolvem a saúde infantil, um dos mais desafiadores para educadores e profissionais de saúde são as emergências, dado exigirem respostas rápidas e eficazes. As crianças, devido às suas particularidades fisiológicas e comportamentais, estão mais suscetíveis a situações de risco, seja em contextos escolares ou em ambientes de cuidados infantis. As emergências pediátricas, no entanto, não surgem apenas em casos de acidentes, mas também em situações de doenças súbitas, como convulsões, dificuldades respiratórias ou reações alérgicas graves. Estas condições exigem uma abordagem imediata, apropriada e eficaz para garantir a preservação da saúde da criança (Boaventura & Miyadahira, 2012).

Importa, contudo, perceber que as emergências pediátricas podem surgir de uma variedade ampla de situações, desde doenças súbitas até acidentes, colocando as crianças em risco imediato e implicando um conjunto de intervenções específicas para melhores resultados.

1.2. Educação em Saúde na Primeira Infância

A educação em saúde desempenha um papel crucial na capacitação dos profissionais da creche.

Através de sessões de formação, é possível transmitir conhecimentos relevantes sobre situações de urgência, medidas preventivas e cuidados essenciais para promover a saúde e o bem-estar das crianças, fortalecendo assim a atuação dos profissionais (Boaventura & Miyadahira, 2012).

A saúde infantil, especialmente no contexto da pediatria, engloba o acompanhamento contínuo do desenvolvimento físico e emocional das crianças e a prevenção de doenças, incluindo a gestão de situações de urgência e emergência (Mota & Andrade, 2015).

O desenvolvimento de programas de educação em saúde no contexto escolar, especialmente nas primeiras idades, é uma ferramenta importante na formação de uma cultura de prevenção e intervenção em saúde (Galindo Neto, 2015).

Esses programas proporcionam aos profissionais não apenas conhecimentos técnicos, mas também a confiança necessária para lidar com emergências de forma eficaz, garantindo um ambiente mais seguro e promovendo o bem-estar das crianças em qualquer fase do seu desenvolvimento (Santos et al., 2018).

O educador, como agente de saúde, tem o papel de promover o conhecimento básico sobre cuidados preventivos, segurança e primeiros socorros, além de garantir que os educadores, pais e cuidadores estejam preparados para lidar com situações emergenciais de saúde (Nutbeam, 2000).

O planejamento de intervenções e o projeto de educação em saúde, portanto, devem considerar tanto o aspecto preventivo quanto o de resposta rápida a emergências. É essencial que essas sessões sejam realizadas de forma lúdica e interativa, adequando-se à faixa etária e ao nível de compreensão das crianças, promovendo o aprendizado através de atividades práticas e exemplos do cotidiano (Galindo Neto, 2015).

1.3. Educação em Situações de Urgência e Emergência na Primeira Infância

Sabendo que a pediatria, enquanto especialidade médica, dedica-se ao estudo e ao tratamento das doenças que afetam crianças desde o nascimento até a adolescência, facilmente se percebe como a particularidade do atendimento pediátrico está na adaptação das intervenções, visto que as crianças, especialmente na faixa etária pré-escolar, possuem características fisiológicas e psicológicas únicas, que exigem abordagens diferenciadas em comparação aos adultos (Santos et al., 2018).

A ocorrência de emergências pediátricas é uma realidade no cotidiano das crianças em idade pré-escolar, fase em que são mais vulneráveis a acidentes e doenças súbitas. Essas situações, que muitas vezes acontecem de forma inesperada e rápida, exigem uma capacidade de resposta ágil e bem-informada por parte dos adultos responsáveis. Entre as emergências mais comuns, encontram-se a febre, as convulsões febris, as reações alérgicas, as intoxicações, as queimaduras, os episódios de hemorragia nasal/epistáxis, dispneia ou asfixia por obstrução da via aérea e a paragem cardiorrespiratória (PCR) (Müller et al., 2016).

Cada uma dessas condições requer intervenções específicas, baseadas nas mais recentes evidências científicas sobre o atendimento a crianças em situações críticas.

No caso da febre, por exemplo, importa que seja percebida como mecanismo de defesa do organismo, mas, cumulativamente como um indicativo de diversas condições clínicas, como infecções virais ou bacterianas, que rapidamente podem evoluir para situações mais graves, como convulsões febris. Por outro lado, as convulsões febris, embora geralmente benignas, podem ser muito assustadoras para os responsáveis e educadores, exigindo conhecimentos precisos sobre como reagir. Outras situações, como a anafilaxia, implica habilidades de uso e administração de fármacos pelo cidadão, pela sua capacidade de ser fator decisivo para salvar vidas. Da mesma forma, as intoxicações, comuns em crianças mais pequenas que exploram o ambiente pela colocação de objetos na boca por exemplo, exigem respostas imediatas para minimizar os danos. Todas estas e outras emergências, são cada vez mais frequentes em contextos educativos, pelo que é essencial que os profissionais da educação e os cuidadores, reconheçam e assumam o seu papel numa verdadeira cadeia de cuidados, de forma a criar um ambiente mais seguro e saudável para todos na comunidade. A educação em saúde neste âmbito, ao ser aplicada de maneira eficaz, contribui para a redução de riscos e para o fortalecimento da capacidade de resposta imediata a incidentes que podem ocorrer no ambiente escolar e familiar (Peden et al., 2008).

O treino prático é uma das estratégias mais eficazes para garantir que os educadores estejam aptos a intervir com precisão em emergências. Estudos indicam que programas que combinam a teoria com simulações práticas aumentam significativamente a eficácia das respostas em situações reais. Essas simulações permitem que os educadores desenvolvam habilidades essenciais, como manter a calma, avaliar rapidamente a situação e aplicar as intervenções necessárias de maneira adequada. Além disso, a prática de SBV deve ser contínua, uma vez que as diretrizes podem ser atualizadas conforme novas evidências científicas se tornam disponíveis, o que exige um processo de aprendizagem contínuo e adaptação das técnicas (Lloyd et al., 2015).

Metodologia

A metodologia adotada para o de formação será inicialmente expositiva e interativa, com o objetivo de proporcionar aos participantes o conhecimento teórico e necessário para lidar adequadamente com emergências pediátricas no contexto escolar.

A metodologia será assim dinâmica, com a intenção de maximizar o envolvimento dos participantes e assegurar que adquiram competências eficazes para intervir em emergências.

No final de cada sessão, haverá uma discussão de grupo para esclarecer dúvidas e partilhar experiências, fortalecendo o processo de aprendizagem colaborativa.

Este formato visa garantir que os formandos, no final da sessão, não apenas compreendam as situações de urgência e emergência, mas também se sintam confiantes e capacitados para aplicar os conhecimentos adquiridos no seu dia a dia escolar, para as educadoras de infância e outros profissionais da creche.

1.4. Objetivos

Este planeamento tem como objetivo geral:

- Capacitar os educadores de infância e auxiliares de educação infantil no âmbito da atuação em situações de Emergências Pediátricas.
- Contribuir para a promoção da prevenção e a segurança no ambiente escolar.

Os objetivos específicos, por sua vez, incluem:

- Informar sobre a correta identificação dos sinais e sintomas de doenças súbitas em crianças em idade pré-escolar, como febre, convulsão, espasmo de choro, alergias graves, epistaxis/hemorragia, dificuldade respiratória.
- Promover conhecimento e habilidades práticas na realização de manobras de RCP pediátrica (reanimação cardiopulmonar), incluindo compressões torácicas e ventilações, assegurando que as técnicas sejam executadas com eficácia e segurança.

- Capacitar os formandos a tomar decisões rápidas e eficazes durante emergências pediátricas, mantendo a calma, avaliando corretamente os sinais clínicos e aplicando as intervenções adequadas.

1.5. Metodologia

A metodologia de ensino-aprendizagem adotada para as sessões de formação será dinâmica e participativa. Serão utilizadas experiências passadas, casos conhecidos, e discussões em grupo.

Desta forma, os participantes poderão consolidar os conhecimentos adquiridos e desenvolver habilidades práticas contemplando a máxima interação e colaboração e incentivo, promovendo a partilha de experiências e a construção de conhecimento coletivo.

Com base no Plano de Sessão, previamente realizado (Anexo I), a formação será realizada em duas sessões agendadas para a segunda semana de dezembro de 2024 (dia 9 e 11) das 9h às 10h30, em 2 grupos.

As duas sessões serão ambas dedicadas ao tema *“Situações de Urgência e Emergência no Contexto da Educação Pré-Escolar”*.

Durante as duas sessões, o método expositivo será utilizado para apresentar detalhadamente as principais situações de doença súbita que podem ocorrer com crianças em idade pré-escolar, nomeadamente febre, convulsão, espasmo de choro, alergias graves, , epistaxis/hemorragia.

Em cada uma dessas ocorrências, será realizada uma explicação sobre os sinais e sintomas típicos, além de um detalhamento sobre o modo de atuação perante cada situação. A exposição será acompanhada de recursos audiovisuais, de forma a facilitar a compreensão e retenção das informações pelos participantes.

1.6. Público-Alvo

O público-alvo será as educadoras de infância, profissionais da creche “XXXXXXXXXX”. A participação será baseada na disponibilidade e interesse em participar das sessões de formação, visando garantir a representatividade e participação ativa dos profissionais envolvidos.

1.7.Procedimentos e Instrumentos

Os procedimentos para a realização das intervenções incluirão a elaboração de material didático específico e organização das sessões de formação, pelo recurso a apresentações teóricas de suporte, em formato Power Point, para as 2 sessões previstas (Anexo II).

Os instrumentos de avaliação previstos para utilização integram questionários de avaliação pré e pós-formação (Anexo III), dos participantes.

1.8.Resultados Esperados

Espera-se que, após as sessões de formação, as educadoras de infância e profissionais da creche demonstrem um aumento no conhecimento e habilidades relacionadas com situações de urgência. Os resultados esperados incluem aquisição de conhecimento e capacitação acerca das práticas seguras e eficazes em emergências. O recurso a avaliação das sessões, combinando métodos quantitativos e qualitativos, poderá contribuir para uma avaliação abrangente do impacto da ação e colher dados para futuras estratégias, longitudinais da UCC, de acordo com necessidades ou expectativas identificadas pelo formador ou sugeridas pelos formandos.

Conclusão

A ocorrência de doenças súbitas em ambiente escolar é imprevisível e pode representar um risco significativo para a saúde das crianças.

Nesse contexto, o conhecimento para a saúde e perante situações de doença, nomeadamente sobre como e quando agir em situações de urgência e emergência, é crucial para garantir uma resposta eficaz e segura, independentemente da Pessoa que cuida ou está próximo de uma criança.

Nos infantários e escolas, a capacitação dos profissionais revela-se pois fundamental, não apenas para assegurar uma intervenção imediata, mas também para minimizar os riscos associados a essas situações, contribuindo para a preservação da saúde e, em muitos casos, para a salvação de vidas.

A importância de oportunidades formativas específicas, incluindo o reconhecimento dos sinais de emergências é cada vez mais reconhecida e reforçada, pelo que estratégias que possibilitem capacitar um ambiente escolar seguro, são reais necessidades.

Neste quadro, esta proposta poderá contribuir para proporcionar conhecimento, habilidades e gerir recursos chave, em indivíduos e grupos, para que realmente possam desempenhar as suas funções com confiança e eficácia. Promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, fortalecendo a capacidade de tomar decisões e enfrentar desafios com autonomia e menor ansiedade.

A avaliação do impacto das intervenções poderá exponenciar resultados positivos, baseadas num aumento significativo no conhecimento e na confiança para lidar com emergências e risco de vida.

Seria ideal que o projeto fosse expandido e perpetuado pela UCC, nesta e noutras instituições da região.

Bibliografia

Academia Americana de Pediatria. (2016). Febre em crianças: O que os pais devem saber. *Pediatrics*, 137(4), e20160145. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0145>

American Association of Poison Control Centers. (2020). Poisoning prevention & treatment. <https://www.aapcc.org>

American Heart Association. (2020). 2020 American Heart Association guidelines for CPR & emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16), e337-e357. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000908>

American Heart Association. (2020). Obtido de Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf

Baskin, M. N., McClain, D., & Shapiro, G. R. (2020). Spasmo do choro e seus cuidados em emergências pediátricas. *Pediatric Emergency Care*, 36(2), 74-78. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001222>

Berkowitz, M., Zaslavsky, O., & Schatz, S. (2016). Convulsões febris: Uma abordagem prática. *Pediatric Neurology*, 61, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2016.04.007>

Boaventura, A., & Miyadahira, L. (2012). *A formação de profissionais de saúde em emergências pediátricas*. Editora Saúde.

Faria, M., & Wichr, P. (2013). *Creche, criança e saúde*.

Galindo Neto, A. (2015). Cuidados de urgência em pediatria: Capacitação de educadores em escolas e creches. *Revista Brasileira de Saúde Infantil*, 13(3), 45-56.

Global Initiative for Asthma (GINA). (2023). Global strategy for asthma management and prevention. <https://ginasthma.org>

Gorman, C., MacLaren, P., & Steigman, A. (2019). Manejo de queimaduras pediátricas: Diagnóstico e tratamento imediato. *Pediatric Burn Management*, 23(1), 52-59. <https://doi.org/10.1097/PBM.0000000000001219>

Ilha, A. G., & C. S. (2021). Educational actions on first aid for early childhood education teachers: A quasi-experimental study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e20210025.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). Obtido de Manual de Suporte Básico:

file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Manual%20SBV%20Pediatrico%202022%20INEM.pdf

Kaufman, M., Strachan, T., & Lee, L. (2019). Obstrução das vias aéreas em crianças: Protocolos de manobras de primeiros socorros. *Resuscitation*, 141, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.05.022>

Munir, A., Khandelwal, S., & Bansal, A. (2016). Manejo de epistaxe em crianças: Abordagens emergenciais. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 83, 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.02.010>

Mota, R., & Andrade, T. (2015). *A importância da formação contínua em saúde para profissionais que atuam em escolas e creches*. *Jornal de Educação e Saúde*, 21(1), 23-34.

Peden, M., Oyegbite, K., & Sethi, D. (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9241563574>

Serviço Nacional de Saúde. (2016). Obtido de Instituto Nacional de Emergência Médica, IP: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/instituto-nacional-de-emergencia-medica-ip/>

Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia. (2019). Anafilaxia: Diagnóstico e manejo clínico. *J Bras Alerg Imunol*, 37(3), 115-121. <https://doi.org/10.5935/1676-3151.20190023>

World Health Organization (WHO). (2020). Adolescent health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-health>

Apêndices

Apêndice I.1

Plano de sessão

Título:	Planeamento de Intervenções em Saúde: Situações de Urgência e Emergência no Contexto da Educação Pré-Escolar		
Público-alvo:	Educadores infância, auxiliares infância, administrativos		
Data: 09/11/2024	Duração: 1h30	Sessão: 1/1	Local: ██████████
Formadores:	Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e Ângela Araújo e ██████████		
Objetivos			
Generais:	<ul style="list-style-type: none"> -Definir as situações urgência/emergência pediátricas mais comuns. -Ensinar sobre a prestação de cuidados mais adequados em cada emergência pediátrica -Capacitar os educadores de infância e auxiliares de educação infantil no âmbito da atuação em situações de Emergências Pediátricas 		
Específicos:	<ul style="list-style-type: none"> -Ser capaz de avaliar as situações de emergências pediátricas -Prestar os cuidados adequados às situações de emergências pediátricas 		

Fase	Conteúdos	Método	Estratégias	Recursos	Avaliação	Tempo
Introdução:	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento; - Apresentação das formadoras e dos presentes; -Contextualização; - Pertinência da ação. 	Método expositivo.		<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor multimédia 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do interesse e participação dos formandos. 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de cada emergência médica- - O que fazer em cada emergência médica 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo -Visualização de vídeos 		<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor multimédia 		70 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> -Esclarecimento de dúvidas; - Reflexão Crítica sobre a sessão; - Finalização da sessão. 	Método Expositivo.		<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor multimédia 	Questionário	15 minutos

Apêndice I.2

Apresentação PowerPoint

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Situações de Urgência e Emergência
no Contexto da Educação Pré-Escolar**

Elaborado por: Dr^a Ângela Araújo
Orientado por: Dr^a [REDACTED]
09 de dezembro de 2024

1

Sumário

- Introdução
- Objetivos
- Enquadramento Teórico
- Principais Emergências Pediátricas
- Conclusão

2

Objetivo Geral

- Capacitar os educadores de infância e auxiliares de educação infantil no âmbito da atuação em situações de Emergências Pediátricas

Objetivos Específicos

- Ser capaz de avaliar as situações de emergências pediátricas
- Prestar os cuidados adequados às situações de emergências pediátricas

3

Enquadramento Teórico

- O ambiente escolar e, apesar de seguir a legislação de segurança recomendada, não é isento de acontecimentos que sejam acidentes ou situações de doença súbita na comunidade escolar.
- É importante difundir conhecimentos acerca da atuação em primeiros socorros à classe dos professores infantis, visto que os educadores infantis mostram-se leigos em relação ao atendimento inicial dos acidentes escolares" (MAY, 2013).

4

Principais Emergências Pediátricas

- Febre
- Convulsão
- Anafilaxia/Alergia (grave)
- Dispneia/Dificuldade em respirar
- Broncoespasmo/Espasmo de Choro
- APIC/Dor de dente
- Hemorragia (grave ou incontrolável)

5

Febre

- Aumento da temperatura igual ou superior a 38°C acima da média
- **Temperatura normal:** 36°C - 37°C, depende da pessoa, da idade e do local onde é avaliada
- Resposta fisiológica normal do organismo
- Pode também surgir:
 - Como reação após administração de vacina/tratamento
 - Associada à exposição ao calor ou roupa excessiva

6

Febre - como avaliar

Rectal + 38°C	<ul style="list-style-type: none"> • Ideal <3 anos de idade, rigorosa, menos prática • com a criança deitado de costas, ponta (1 a 2 cm) no ânus, após lubrificação e sem força
Axilar + 37,6°C	<ul style="list-style-type: none"> • mais prática, não tão preciso como o retal, mais demorado • pode ser usado em bebês com menos de 3 meses • colocar o termômetro ao topo da axila
Tempórica + 37,8°C	<ul style="list-style-type: none"> • mais rápido e higiênico, para maiores de 3 anos

7

Febre - o que fazer?

- Não apertar demasiado a criança
- Manter temperatura ambiente fresca e agradável, entre 20 a 22°C
- Promover medidas de arrefecimento corporal (ex: compressas húmidas na região frontal, axilas, região inguinal)
- Oferecer líquidos em abundância (se tolerar)
- Não forçar ingestão alimentar se recusar e sempre fora de pico febril
- Administrar antipirético se temp > 38°C (com indicação dos parâmetros)

8

Febre

Paracetamol

- Oral (xarope) e retal (repositório)
 - Vômitos - repositório
 - Diarreia - xarope
- 30-60 minutos
- 15kg/ano OU de acordo com prescrição médica (atenção à formulação utilizada)
- Administração 6/hora
- Intervalo mínimo de 4 horas



9

Febre - Quando preocupa?

- Toux rotas e respiração ruidosa
- Respiração apnéica, com pausas e dificuldade respiratória
- Corpo involuntariamente quente ou frio
- Cansaço físico
- Choro inconsolável, com irritabilidade persistente, ou gemido
- Alteração do estado de consciência ou convulsão

Ligar 112

10

Convulsão

- Descarga anormal dos neurónios que originam movimentos involuntários
- Pode ser causada por febre elevada ou elevação súbita da temperatura
 - São geralmente breves (inferiores a 5 min)
 - Terminam naturalmente sem qualquer intervenção
 - Representam momento de pânico e angústia
 - São motivo frequente de ida ao SU
- Surgem habitualmente:
 1. Em crianças saudáveis
 2. Entre os 6 meses e os 5 anos de idade

11

Convulsão

Sinais e sintomas:

- Perda de consciência/queda
- Olhar fixo, brilo ou de esfregamento
- Pálpebras semiabertas/ fechar os olhos
- Contração involuntária dos músculos (generalizada ou parcial)
- "Espumar pela boca"
- Mordedura de língua/lábios
- Cianose labial (lábios rosas)

http://www.portale.com/health/convulsao/0mg_A3

12

Convulsão - o que fazer?

- Manter a calma
- Proteger a criança para evitar que se magoe
- Não a prender/constrair os movimentos
- Não colocar nada na boca da criança durante a convulsão
- Rotinar ou despertar a criança a não do pânico
- Realizar estímulos externos (luzes, barulho...)
- Apontar o início e o fim da convulsão (controlar o tempo de duração)
- Informar sobre as suas características e sintomas
- Se crises repetidas: vigiar recuperação do estado de consciência

13

Convulsão - o que fazer?

- Se associada a febre:
 - Baixar a temperatura: retirar o excesso de roupa, colocar compressas molhadas em água morna
 - Administrar paracetamol (preferencialmente oral)
 - Colocar em posição lateral de segurança
 - Após a crise: não deve entrar/desperter a criança, alimentar ou administrar medicação oral

14



<https://www.youtube.com/watch?v=0m0v0v0v0v0>

15

Alergias

- A alergia é uma reação exagerada (de hipersensibilidade) do sistema imunitário para defender o organismo de determinados agentes (alérgenos), que são tipicamente inofensivos para o ser humano
- Produz uma série de alterações inflamatórias no organismo, que provocam os sinais e sintomas na pele e trato respiratório que variam de intensidade (ligeira a grave)

(DUS24)

16

Alergias

- Respiratórias
- Alimentares
- Pele
- Insetos
- Medicamentos

17

Alergias

- Sinais e sintomas:
 - Espirros
 - Aumento das secreções nasais e coriza/roxo no nariz
 - Tosse
 - Erupção cutânea (pode ser local ou generalizada)
 - Olhos vermelhos com coriza/roxo e lacrimejo

18

Alergias

Sinais e Sinais graves:

- Náuseas, vômitos e diarreia, dor abdominal
- Tonturas, desmaio
- Falta de ar, piétra, sons respiratórios anormais, edema da face, pálpitos dos olhos, boca ou garganta.

✓Ligar 112

19

Alergias - o que fazer?

- Identificar o agente e removê-lo
- Se após administração de algum medicamento, procure conselho profissional sobre temas seguintes (ex.: antibióticos)
- Vigiar a evolução das suas manifestações (ex.: cutâneas)
- Administrar medicação prescrita pelo médico (antihistamínicos)

20

Anafilaxia

- Reação de hipersensibilidade grave (alergia), desencadeada por *alérgenos*.
- Os sinais e sintomas podem ter início após segundos à exposição ao agente ou até uma hora depois.
- A avaliação e o tratamento imediato são fundamentais para evitar a morte.

21

Anafilaxia

Origem/etiologia:

1. Veneno: abelhas, vespas
2. Medicamentos: alguns antibióticos, como a penicilina, alguns anti-inflamatórios, anestésicos
3. Alimentos: cacauete, marisco, frutos do mar, amendoim, ovos
4. Látex: derivados da borracha, como luvas.

22

Anafilaxia

Sinais e sintomas:

- Pulso rápido
- Dificuldade de respiração, piétra, tosse
- Náuseas e vômito
- Dor no estômago
- Edema nos lábios, língua ou garganta
- Placas alvas e pruriginosas na pele (urticária)

23

Anafilaxia

Outros sinais e sintomas:

- Pele pálida, fria e húmida,
- Tonturas
- Confusão mental ou perda de consciência
- Paragem cardiorespiratória.

24

Espasmo de Choro

- 3 formas clínicas clássicas: clonóica, pálida e rósea

O que fazer?

Mantém a calma, e observe que a criança volta a respirar?

- Garantir que não se trata de uma OVA
- Verificar a boca
- Não sugar
- Vigiar o tempo e recuperação

31



32

Epistáxis



- Hemorragia com origem no nariz
- Muito frequente em crianças entre os 2 e 10 anos, quando estão a dormir. Na maioria dos casos a hemorragia começa na parte anterior do nariz e para em pouco tempo. Esta forma de hemorragia não é grave e geralmente é fácil de parar em casa.

33

Epistáxis

Origem:

- Colocação de dedos no nariz.
- Tentativas de remover as secreções nasais
- Ambiente seco (aquecimento central, ar condicionado)
- Condições crónicas, alergias (rinite) ou lesões

34

Epistáxis - o que fazer?

- **Mantém a calma,**
- Sentar a criança numa cadeira com o corpo e a cabeça alinhados, os pés apoiados para a frente, para que o sangue não pelo nariz. Não deitar a cabeça para trás, pois isso facilita que se engula sangue, podendo provocar náuseas e vómitos.
- Apertar o nariz, para remover as coágulos.
- Suavemente aperte toda a parte mole do nariz com os dedos indicadores e polegar (pómpa) para ficar as fossas nasais, durante 5 minutos.
- Promover respiração pela boca.

35

Epistáxis - o que fazer?

- Após 5 minutos abrir os dedos e verificar se parou de sangrar. Se isso não acontecer, repetir o mesmo procedimento. Com esta medida a maioria das hemorragias nasais param.
- Aplicar gelo ou compressas frias sobre os ossos do nariz.
- Não deitar a criança ou assar o nariz, nem realizar exercícios físicos durante as 24 a 48h seguintes.

36



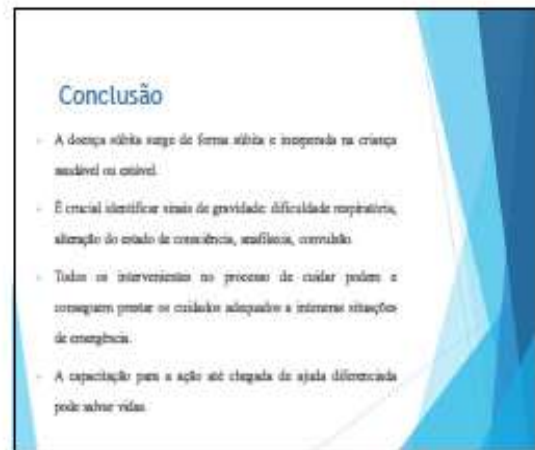
37



38



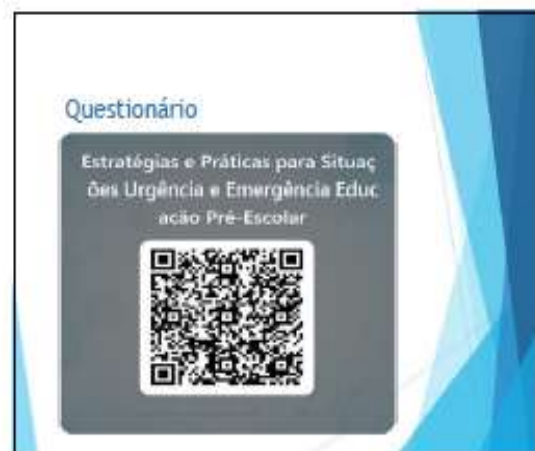
39



40



41



42



43

Apêndice I.3

Questionário de satisfação

Estratégias e Práticas para Situações Urgência e Emergência Educação Pré-Escolar



Apêndice II - Emergências Pediátricas- Como Atuar?



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório
Sessão de Educação para a Saúde

Emergências Pediátricas- Como Atuar?

Posição Lateral de Segurança
Desobstrução da Via Aérea
Suporte Básico de Vida Pediátrico

Estudante: Ângela Araújo

Tutora de Estágio: Enfª [REDACTED]

Sob orientação de: Profª Isabel Quelhas

Porto, dezembro de 2024

Siglas e acrónimos

CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DVA	Desobstrução Via Aérea
H	Hora
INEM	Instituto Nacional Emergência Médica
OVA	Obstrução Via Aérea
PLS	Posição Lateral de Segurança
R	Reanimador
SBV	Suporte Básico de Vida
SBVP	Suporte Básico de Vida Pediátrico
SIEM	Sistema de Emergência Médica
SNS	Serviço Nacional de saúde
UCC	Unidade Cuidados na Comunidade
VA	Via Aérea
VOS	Ver, Ouvir, Sentir

Índice

1-Introdução	111
2- Enquadramento Teórico	112
2.1. Instituto Nacional de Emergência Médica.....	112
2.2- Cadeia de sobrevivência	112
2.3- Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico	113
2.3.1- Avaliar as condições de segurança	113
2.3.2- Avaliar a reatividade da criança.....	113
2.3.3- Permeabilização da Via Aérea	113
2.3.4- Avaliar a ventilação.....	114
2.3.5- Realizar 5 insuflações.....	114
2.3.6- Ligar 112.....	115
2.3.7- Realizar 15 compressões	115
2.3.8- Realizar 2 insuflações.....	116
2.3.9- Manter Suporte Básico de Vida	116
2.4- Posição Lateral de Segurança.....	116
2.5- Obstrução da Via Aérea.....	118
2.5.1- Obstrução da Via Aérea no lactente/criança consciente	118
2.5.2- Obstrução da Via Aérea no lactente/criança inconsciente.....	120
3-Plano de Formação	120
3.1- Metodologia	121
3.2-Recursos	121
3.3- População-Alvo	121
3.4- Objetivos.....	121
3.4.1-Objetivo geral	121
3.4.2-Objetivos específicos.....	121
4- Avaliação.....	122
5- Conclusão	122
Bibliografia.....	123
Apêndice II.1	124
Apêndice II.2	125
Apêndice II.3	126

1-Introdução

O presente trabalho está inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho tem como principal objetivo a concretização dos objetivos propostos para este estágio a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no período entre 04 de novembro a 20 de dezembro de 2024.

No início do estágio, a Enfermeira tutora apresentou-me as atividades e programas já em desenvolvimento na UCC, permitindo uma análise prévia do contexto e das necessidades na comunidade educativa local. A partir dessa discussão, foi possível identificar a relevância do tema sobre primeiros socorros, nomeadamente Suporte de Básico Pediátrico (SBVP), Desobstrução da Via Aérea (DVA) e Posição Lateral de Segurança (PLS). No contexto deste trabalho, o diagnóstico foi realizado com base na análise da comunidade educativa da creche “██████”, onde se constatou a necessidade de formação em primeiros socorros para os profissionais que lidam diariamente com crianças, em particular em situações de urgência/emergência”. Deste modo foi proposto à diretora da creche “██████” a realização de uma sessão de formação com esta temática, a qual demonstrou interesse. É um tema em que a comunidade educativa revela muitas dúvidas e receios.

Desta forma farei um enquadramento teórico sobre SBVP, PLS e DVA, com o propósito de esclarecer e explicar aos profissionais da creche sobre a forma de atuação nestas situações e para uma melhor compreensão desta temática.

A American Heart Association (2020), diz que “Mais de 20.000 bebés e crianças sofrem de Paragem Cardio-Respiratória (PCR) todos os anos nos Estados Unidos. As causas de PCR em recém-nascidos e crianças diferem das causas de PCR em adultos”.

O Instituto Nacional de Emergência (INEM) também refere que “A principal causa de PCR no recém-nascido e na criança é a hipoxia, sendo o resultado de uma deterioração gradual da função respiratória e, posteriormente, circulatória”, (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2022).

O SBVP é constituído por uma sequência de procedimentos, cuja finalidade principal é o fornecimento de oxigénio ao cérebro e ao coração, sem recurso a qualquer dispositivo, até que uma equipa diferenciada em Suporte Avançado de Vida chegue.

. A escolha desta estruturação para este trabalho foi pensada com o objetivo de garantir clareza, organização e coerência na apresentação do planeamento da sessão de formação.

2- Enquadramento Teórico

2.1. Instituto Nacional de Emergência Médica

O INEM é “o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde” (INEM). O Sistema começa quando alguém liga 112 e, segundo o Serviço Nacional de Saúde “a capacidade de resposta, em tempo oportuno, dos sistemas de emergência médica às situações de emergência, é um pressuposto fundamental para o funcionamento da cadeia de sobrevivência, (SNS, 2016).

2.2- Cadeia de sobrevivência

A cadeia de sobrevivência “é um conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardiorrespiratória. Estes procedimentos sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com seguinte”, (INEM, 2022).

A cadeia de sobrevivência é constituída por 5 elos :

- 1- Reconhecimento precoce da gravidade da situação e pedido de ajuda, para prevenir a PCR;
- 2- Suporte Básico de vida para otimizar a oxigenação;
- 3- Ligar 112 para pedir ajuda diferenciada;
- 4- Desfibrilhar: para administração de um choque elétrico que trata um ritmo cardíaco irregular e fatal;

5- Suporte Avançado de Vida, desfibrilhação e cuidados de pós-reanimação para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).

2.3- Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico

Sendo a principal causa de PCR, em idade pediátrica a hipoxia, a prioridade é otimizar a oxigenação realizando 5 insuflações e compressões torácicas. As manobras de Suporte Básico de vida devem ser executadas com a criança em decúbito dorsal num plano duro. O reanimador deve posicionar-se junto do lactente/criança, para se for necessário, possa fazer insuflações e compressões (INEM,2022).

2.3.1- Avaliar as condições de segurança

Garantir as condições de segurança para o reanimador, para a vítima e para terceiros, antes de abordar a criança. Ao aproximar-se da criança deve observar e tentar perceber o que potencialmente possa ter causado a emergência. Estes aspetos podem mudar a abordagem ou ajudar na definição da causa da PCR. O reanimador deve reduzir a sua exposição a perigos, estando sempre atento e proteger-se de fatores e riscos: ambientais, toxicológicos e infecciosos (INEM, 2022).

2.3.2- Avaliar a reatividade da criança

Aproxime-se da criança colocando-se lateralmente e avalie se esta responde, perguntando em voz alta: “Estás bem, sentes-te bem?") batendo suavemente nos ombros. Os lactentes devem ser estimulados mexendo nas mãos e nos pés, enquanto são chamados em voz alta

Se a criança responder, falar ou chorar, deve avaliar a situação em causa e potenciais riscos e, se necessário, deixá-la na posição em que está, ou na qual pretender adotar e ligar 112, reavaliando-a frequentemente. Se a criança não responder, efetua-se de imediato o Pedido de Ajuda (INEM, 2022).

2.3.3- Permeabilização da Via Aérea

A permeabilização da via aérea e a recuperação da ventilação tem como finalidade evitar

lesões por insuficiente oxigenação dos órgãos nobres. Numa criança inconsciente ocorre

o relaxamento dos músculos da orofaringe, incluindo a língua, que poderão obstruir a via aérea, pelo que esta deve ser permeabilizada. Os lactentes além de terem uma língua volumosa, têm a cabeça proporcionalmente maior que o resto do corpo, o que aumenta o risco de obstrução da via aérea. A permeabilização da via aérea é realizada da seguinte forma: coloca-se uma mão na região frontal do lactente e dois dedos no mento, e faz-se uma extensão da cabeça, inclinando-a cuidadosamente para trás, sem exercer pressão nos tecidos moles. No lactente colocar a cabeça em posição neutra, a face paralela ao plano onde está deitado, elevando ligeiramente os ombros/costas do bebe, por exemplo com uma toalha (INEM, 2022).

2.3.4- Avaliar a ventilação

De seguida, avalia-se se o lactente ou criança respira normalmente. Para isso, durante 10 segundos: **Ver**: se existe movimento torácico, **Ouvir**: se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz e **Sentir**: na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz do lactente ou criança.

O lactente ou criança respira normalmente e sem evidência de trauma, colocar na posição de recuperação, se história trauma, lesão da coluna cervical evitar a mobilização, ligar 112, mantendo vigilância e reavaliando se continua com a ventilação eficaz (INEM, 2022)

2.3.5- Realizar 5 insuflações

Se o lactente ou criança não respira normalmente, manter a permeabilização da VA e realizar 5 insuflações iniciais. Cada insuflação deve ser realizada durante 1 segundo, com um volume de ar suficiente para causar uma expansão torácica visível. Após cada insuflação deve manter-se a VA permeável de forma a permitir a expiração e repetir o procedimento enchendo o peito de ar antes de cada insuflação. As insuflações podem ser realizadas através de duas técnicas: boca-nariz ou boca a boca (INEM,2022).

2.3.6- Ligar 112

Se está só um reanimador deve ligar 112 após:

- Confirmar que o lactente ou criança está inconsciente;
- Verificar que não tem sinais de vida;
- Executar 5 insuflações iniciais.

Se estão dois reanimadores, após um reanimador (R1) confirmar que o lactente ou criança está inconsciente o outro (R2) faz o pedido de ajuda ligando 112. O reanimador 1 pesquisa sinais de vida e na sua ausência, inicia SBV com 5 insuflações. Ao ligar 112 deve informar o local onde exato onde está, e o tipo de situação. A chamada é transferida para o centro orientação de doentes urgentes e deve-se complementar a informação já transmitida, nomeadamente a localização, se possível com pontos de referência, sexo e idade do lactente ou criança, respondendo a todas as questões que sejam colocadas, seguir as orientações dadas e, só desligar a chamada por indicação do técnico do CODU (INEM, 2022).

2.3.7- Realizar 15 compressões

Após as 5 insuflações iniciais o lactente ou criança não apresentar sinais de vida, iniciam-se 15 compressões torácicas. As compressões torácicas no lactente ou criança devem ser realizadas sobre a metade inferior do esterno, com uma frequência de 100 a 120 por minuto, uma profundidade de 1/3 do diâmetro do ântero-posterior do tórax (não ultrapassando os 6 cm nas crianças maiores/adolescentes). Entre cada compressão é importante que haja descompressão total do tórax, aliviando totalmente a pressão exercida sobre o tórax, sem retirar as mãos ou os dedos do local das compressões.

A realização das compressões podem ser efetuadas através de 3 técnicas:

Técnica do abraço: realizada em lactentes pequenos. Para esta técnica são necessários 2 reanimadores e só deve ser aplicada se as mãos conseguirem abraçar o tórax na totalidade. Um dos reanimadores realiza as compressões e o outro as insuflações. O reanimador responsável pelas compressões deve colocar os dois polegares na metade inferior do esterno com os dedos a envolver o tronco e a suportar as costas, comprimindo o tórax numa profundidade de 1/3 do diâmetro do ântero-posterior do tórax.

Técnica dos 2 dedos: recomendada para que um reanimador único efetue compressões. Importante manter a permeabilização da VA Colocar a ponta de dois dedos sobre a metade inferior do esterno do lactente e comprimir o tórax na vertical. No final de cada compressão aliviar a pressão de forma a permitir que o tórax volte a posição inicial. Na criança maior, mais de 1 ano: colocar a base da mão na metade inferior do esterno, mantendo o braço esticado, o ombro perpendicular ao ponto de apoio da mão, efetuando uma depressão de pelo menos 1/3 de profundidade do tórax (cerca 5 cm), (INEM, 2022).

2.3.8- Realizar 2 insuflações

As 2 insuflações são efetuadas após as 15 compressões torácicas. Se uma ou as duas insuflações forem ineficazes deve seguir-se de imediato para as compressões torácicas. As compressões torácicas não devem ser interrompidas por mais de 10 segundos, tempo em que devem realizar-se as 2 insuflações. É importante manter a relação de 15compressões e 2 insuflações (INEM, 2022).

2.3.9- Manter Suporte Básico de Vida

As manobras de reanimação cardiopulmonar (15:2) devem mantidas até:

- Chegada de ajuda diferenciada e ser substituído:
- O lactente/criança retomar sinais de vida (tosse, movimentos e respiração normal),
- Ficar exausto

2.4- Posição Lateral de Segurança

A criança inconsciente que respira normalmente, deve ser colocada em posição lateral de segurança de modo a prevenir a obstrução da VA causada pelo relaxamento dos músculos da orofaringe reduzindo o risco. De aspiração de vômito ou secreções. Na suspeita de trauma, a criança só deve ser mobilizada se for impossível manter a permeabilidade da VA de outro modo, respeitando simultaneamente o alinhamento da coluna vertebral. Na criança a posição de recuperação obedece aos mesmos princípios da PLS do adulto e pode ser usada a mesma técnica. Nos lactentes é aconselhada o uso de uma almofada ou lençol

dobrado, colocando por trás, a nível das costas, de forma a manter a posição estável (INEM, 2022).

A posição de recuperação deve seguir os seguintes princípios:

- Ser uma posição o mais “lateral” possível para que a cabeça fique numa posição em que a drenagem da cavidade oral se faça livremente;
- Ser uma posição estável;
- Não causar pressão no tórax que impeça a respiração normal;
- Possibilitar a observação e acesso fácil a VA;
- Ser possível voltar a colocar a vítima em decúbito dorsal de forma fácil e rápida;
- Não causar nenhuma lesão à vítima (contraindicada se existir suspeita de traumatismo da coluna cervical);
- Alterar de 30 em 30 minutos o lado da posição de recuperação para evitar pontos de pressão (INEM, 2022).

Para realizar a técnica de posição de recuperação devem seguir-se os seguintes passos:

- O reanimador deve ajoelhar-se ao lado da criança e alinhar os membros inferiores e superiores;
- Se tiver óculos, devem ser removidos, assim como objetos volumosos (telemóvel, canetas etc.) que estejam nos bolsos. A roupa em volta do pescoço também deve ser o mais solta possível;
- O braço da criança, mais próximo do reanimador, é estendido no chão, perpendicularmente ao corpo. O outro braço da criança é dobrado sobre o tórax e a face dorsal da mão encostada à face da vítima, do lado do reanimador. Com a outra mão, o reanimador dobra o joelho da perna mais afastada de si. Puxando o joelho dobrado, o reanimador roda a criança na sua direção e ajusta a perna que fica por cima de modo a formar um ângulo reto a nível da coxa e do joelho;
- Se necessário, é ajustada a mão sob a face da criança para que a cabeça fique em extensão, de modo a garantir a permeabilidade da VA.

É muito importante reavaliar a respiração da criança em posição de recuperação a cada minuto, de forma a identificar precocemente uma eventual PCR. Se a criança deixar de respirar espontaneamente, deve-se colocar novamente em decúbito dorsal e iniciar SBV (INEM, 2022).

2.5- Obstrução da Via Aérea

Na criança a obstrução da via aérea é uma situação frequente. Na maioria das vezes esta situação a OVA na criança acontece durante a alimentação ou quando esta a brincar com objetos de pequenas dimensões. São situações frequentemente presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a criança consciente. Quando um corpo estranho entra na VA, a criança começa de imediato a tossir, na tentativa de expelir. A tosse espontânea é provável que seja mais eficaz e mais segura do que qualquer manobra que um reanimador execute (OVA ligeira). Contudo se a tosse não for eficaz ou for ausente e o objeto obstruir por completo a VA (OVA grave) a criança vai asfixiar sendo necessário intervenções ativas para a resolver. De imediato deve ser avaliado o estado de consciência e iniciar técnica de desobstrução da VA. Existem várias técnicas para a desobstrução da VA. No lactente são realizadas pancadas interescapulares e compressões torácicas e, na criança maior que um ano são realizadas as pancadas interescapulares e compressões abdominais. O objetivo destas manobras é provocar um aumento súbito da pressão intratorácica, que funcione como uma tosse artificial e desobstrua a VA (INEM, 2022).

2.5.1- Obstrução da Via Aérea no lactente/criança consciente

A criança está consciente e a tosse não é eficaz o reanimador deve aplicar 5 pancadas interescapulares e se não resolver, deve fazer 5 compressões torácicas no lactente e na criança (com mais de um ano de idade) 5 compressões abdominais.

- Lactente: colocar o lactente em ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com a mão e apoiando o tórax no antebraço e/ou na coxa (deve estar sentado). Para apoiar a cabeça deve colocar o polegar num dos ângulos da mandíbula, e um ou dois dedos no mesmo ponto no outro lado da mandíbula. Deve-se ter o cuidado para não pressionar os tecidos moles debaixo da mandíbula para não aumentar a OVA.

Aplicam-se as 5 pancadas secas nas costas entre as duas omoplatas, com a base da mão, usando uma força adequada ao tamanho da criança. Devem ser realizadas até à passagem eficaz de ar. Se o objeto não se tiver deslocado e/ou conseguido removê-lo e o lactente continuar consciente, segue-se para a aplicação das compressões torácicas. Segura-se na cabeça do lactente na região occipital com a mão que estava livre e roda-se em bloco, para que este fique em decúbito dorsal sobre o antebraço. Manter a cabeça a um nível inferior que o resto do corpo. Fazem-se 5 compressões torácica com dois dedos, neste caso com maior intensidade e a um ritmo mais lento com o objetivo de aumentar a pressão intratorácica e ajudar a mobilizar o objeto (INEM, 2022).

- Criança: As pancadas interescapulares são mais eficazes se a criança estiver com cabeça

Para baixo. Se a criança for pequena deve ser sentada no colo do reanimado, como no lactente. Não sendo possível, deve-se apoiar a criança numa posição inclinada para a frente e, aplicar-se até 5 pancadas interescapulares. Se mantém a obstrução após as pancadas interescapulares, deve-se passar para as compressões abdominais (manobra de Heimlich) até 5 tentativas. O posicionamento do reanimador: coloca-se de pé ou ajoelhado atrás da criança e passa os seus braços por baixo dos braços da criança, envolvendo o tronco pela frente. Fecha um punho e coloca-o entre o umbigo e o apêndice xifoide. Apertando esse punho com a outra mão, o reanimador puxa contra o abdómen de forma seca para trás e para cima, aplicando até 5 compressões abdominais. Deve-se ter cuidado para não aplicar pressão sobre o esterno e a grelha costal para evitar uma lesão torácica (INEM, 2022). Após as 5 compressões torácicas ou abdominais verifique se houve saída do corpo estranho ou inspecione a cavidade oral, removendo algum objeto apenas se for visível. Repita sequências de 5 pancadas interescapulares e 5 compressões torácicas ou abdominais até a obstrução ser resolvida. Nesta fase, enquanto estiver consciente, a sequência deve ser mantida sem que se abandone a vítima. Se a obstrução for resolvida, com a expulsão do corpo estranho, deve vigiar o estado da vítima. É possível que parte do corpo estranho que causou a obstrução ainda permaneça no trato respiratório e as compressões abdominais poderão eventualmente causar lesões internas, pelo que a criança deve ser avaliada por um médico (INEM, 2022).

2.5.2- Obstrução da Via Aérea no lactente/criança inconsciente

O lactente ou criança com OVA está ou fica inconsciente, deve ser colocada sobre uma superfície rígida e iniciar o algoritmo de SBV com 5 insuflações, ligar 112 com função de alta voz e depois alternar as 15 compressões com as 2 insuflações.

- **Pesquisar a via aérea:** Verificar a existência de algum corpo estranho na boca e se for visível remove-se. Não se recorre a manobra digital para retirar o corpo estranho se este não estiver visível, pois pode causar lesões ou impactar o objeto mais profundamente na faringe.

- **Insuflações:** Efetuar 5 insuflações com ar exalado, verificando a eficácia de cada uma: se a insuflação não promove a expansão torácica, reposicione a cabeça antes de nova tentativa.

- **Compressões/Insuflações:** Se as 5 insuflações não foram eficazes, deve prosseguir-se com as 15

compressões torácicas e duas insuflações. Se a criança se mantiver sem sinais de vida após 2 minutos de SBV, considere a possibilidade da remoção digital do corpo estranho. No lactente ou na criança, sempre que a OVA for resolvida e esta estiver inconsciente, deve-se permeabilizar a VA e reavaliar a respiração realizando o VOS. Se continuar sem respirar normalmente fazer novamente 5 insuflações e reiniciar o algoritmo de SBV. Se recuperar consciência e a sua respiração for eficaz, deve ser colocada na posição de recuperação, vigiando e reavaliando continuamente o nível de consciência e a respiração até à chegada de ajuda diferenciada (INEM, 2022).

3-Plano de Formação

De forma a orientar-me e organizar a sessão de formação, criei um plano de formação, esquematizando os objetivos, a população-alvo, os recursos, os métodos e estratégias pedagógicas. Em concordância com a Enfermeira tutora e com a diretora da creche “[REDACTED]” ficou agendada para dia 12 de dezembro de 2024, das 9h às 11h00.

3.1- Metodologia

Será adotado o método expositivo, apresentando o algoritmo de Suporte de Básico Pediátrico, Posição Lateral de Segurança, Desobstrução da Via Aérea; o método demonstrativo efetuando a demonstração dos algoritmos referidos anteriormente, seguido de método ativo em que os formandos terão oportunidade de praticar os conteúdos abordados. No final da sessão haverá um momento para dúvidas e questões.

Existirão duas bancas práticas em que será feita a demonstração e de seguida os formandos irão praticar numa banca o algoritmo de Suporte de Básico Pediátrico, e na outra banca a Posição Lateral de Segurança e a Desobstrução da Via Aérea.

3.2-Recursos

A creche irá disponibilizar uma sala com mesas e cadeiras, colchões para os manequins pediátricos.

Os recursos didáticos serão o um computador, um projetor e apresentação de um PowerPoint, de forma a expor as temáticas.

3.3- População-Alvo

A população-alvo serão as educadoras e funcionários da creche “XXXXXXXXXX”.

3.4- Objetivos

3.4.1-Objetivo geral

- Desenvolver competências para execução de Suporte Básico de Vida Pediátrico, Desobstrução da Via Aérea e Posição Lateral de Segurança.

3.4.2-Objetivos específicos

- Reconhecer o INEM como entidade responsável pelo SIEM;
- Reconhecer os elos da cadeia de sobrevivência e seu significado;

- Identificar sinais e sintomas de obstrução da via aérea e paragem cardiorrespiratória na criança;
- Executar os algoritmos de desobstrução da via aérea e de suporte básico de vida pediátrico;

- Executar a técnica de posição lateral de segurança.

4- Avaliação

Os indicadores de resultado serão avaliados durante a sessão prática através da aplicação de um instrumento de avaliação individual, atribuindo a classificação de Apto ou Não Apto.

5- Conclusão

O Suporte Básico de Vida Pediátrico é constituído por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é garantir a oxigenação e a circulação adequadas na situação de paragem cardiorrespiratória. A obstrução da via aérea por corpos estranhos é uma das emergências mais comuns na idade pediátrica, sendo uma das causas de PCR acidental potencialmente reversível. A deteção precoce da obstrução da via aérea é determinante para a sobrevivência da criança.

Habitualmente são eventos súbitos e inesperados que acontecem no contexto social da criança, pelo que é indispensável a capacitação da comunidade educativa.

Bibliografia

American Heart Association. (2020). 2020 American Heart Association guidelines for CPR & emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16), e337-e357.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000908>

American Heart Association. (2020). Obtido de Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). Obtido de Manual de Suporte Básico:

file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Manual%20SBV%20Pediatico%202022%20INEM.pdf

Kaufman, M., Strachan, T., & Lee, L. (2019). Obstrução das vias aéreas em crianças: Protocolos de manobras de primeiros socorros. *Resuscitation*, 141, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.05.022>

Serviço Nacional de Saúde. (2016). Obtido de Instituto Nacional de Emergência Médica, IP: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/instituto-nacional-de-emergencia-medica-ip/>

Apêndice II.1

Plano da formação

Apêndice II.2

PLANO DE SESSÃO

Título:	Emergências Pediátricas: como atuar
Público-alvo:	Educadoras de Infância, Auxiliares de educação infantil e administrativos
Data: 12/12/2024	Duração: 1h30 Sessão: 1/1 Local: [REDACTED]
Formadores:	Enfª Ângela Araujo e Enfª [REDACTED]
Objetivos	
Gerais:	- Desenvolver competências para execução de Suporte Básico de Vida Pediátrico, Desobstrução da Via Aérea e Posição Lateral de Segurança
Específicos:	- Reconhecer o INEM como entidade responsável pelo SIEM; - Reconhecer os elos da cadeia de sobrevivência e seu significado; - Identificar sinais e sintomas de obstrução da via aérea e paragem cardiorespiratória na criança; - Executar os algoritmos de desobstrução da via aérea e de suporte básico de vida pediátrico; - Executar a técnica de posição lateral de segurança.

Fase	Conteúdos	Método	Estratégias	Recursos	Avaliação	Tempo
Introdução	Objetivos da sessão	Expositivo		Computador Retroprojektor PowerPoint		5
Desenvolvimento	SIEM Cadeia de sobrevivência SBVP PLS OVA	Expositivo Demonstrativo Ativo Avaliativo	Apresentação de conteúdos Demonstração Treino Avaliação	Computador Retroprojektor PowerPoint Manequim pediátrico	Questionário de avaliação da sessão Instrumento de avaliação	75
Conclusão	Importância do conhecimento das manobras do SBVP, PLS e DVA	Expositivo Ativo		Computador Projektor	Questionário	5

Apêndice II.3

Apresentação do PowerPoint

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Emergências Pediátricas
Suporte Básico de Vida Pediátrica
Desobstrução Via Aérea
Posição Lateral de Segurança


Elaborado por: Inês Ângela Araújo
Orientado por: [REDACTED]

12 de dezembro de 2024

1

Enquadramento

A principal causa de paragem cardiorrespiratória na criança é a falta de oxigénio (hipóxia).
Causas primárias de origem cardíaca são raras;
O foco deverá ser a oxigenação (ventilação).



2

Particularidades

A criança tem particularidades anatómicas e fisiológicas diferentes do adulto.
A cabeça é maior que o corpo em proporção;
Vias aéreas com menor diâmetro;
Língua com maior dimensão.



3

Cadeia de Sobrevivência

Conjunto de procedimentos vitais para recuperação das vítimas;
Todos os elos têm igual importância;
Quebra pelo elo mais fraco!



A cada minuto que passa perdem-se 10% das hipóteses de sobrevivência

4

Condições de Segurança

Riscos:
Ambientais
Toxicológicos
Infecciosos



Condição de segurança
Estado de consciência
Permeabilidade das vias aéreas
Verificar e manter o tempo
5 manobras vitais
112
112 (15.3)

5

Estado de Consciência

Estimule suavemente;
Chame, toque nos pés e mãos do lactente ou ombros da criança;




Se não houver resposta, ligue 112 assim que ver/ouvir que não há resposta da criança.

Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilidade das vias aéreas
Verificar e manter o tempo
5 manobras vitais
112
112 (15.3)

6

Permeabilizar a Via Aérea

Mão na testa e dois dedos no queixo;
Elevação do queixo para evitar que a língua obstrua a passagem de ar;




Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
1º soco
100 / 120

7

Permeabilizar a Via Aérea

Mão na testa e dois dedos no queixo;
Incline ligeiramente a cabeça da criança para trás;



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
1º soco
100 / 120

8

Ver Ouvir e Sentir

Avaliar se a Respiração é Normal;
- Ver se existe expansão torácica;
- Ouvir a entrada e saída de ar;
- Sentir o ar na sua face



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
1º soco
100 / 120

9

Ver Ouvir e Sentir

Se respira normalmente:
- Posição de respiração.

Se não respira...



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
1º soco
100 / 120

10

5 Insuflações Iniciais

5 insuflações iniciais
- Cada uma 1 segundo



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
1º soco
100 / 120

11

5 Insuflações Iniciais

5 ventilações (opções)
- Boca / boca - nariz lactente
- Boca / boca criança
- Boca / máscara de bolso
- Boca / insuflador manual



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
1º soco
100 / 120

12

Ligar 112

Ligar 112 e informar:
 Estou com uma criança que não respira;
 Responda as perguntas;
 Desligar quando indicado.



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
Ligar 112
SBV (15:2)

13

Ligar 112

Ligar 112 em alta voz (se possível);
 Compressões torácicas iniciadas em simultâneo;



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
Ligar 112
SBV (15:2)

14

SBV (15:2)

Lactante 15 compressões:
 - Metade inferior do esterno;
 - Ritmo 100 x 120/min;
 - Usar 2 dedos para depressão o esterno



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
Ligar 112
SBV (15:2)

15

SBV (15:2)

Lactante 15 compressões:
 - Com 2 polegares sobre o tórax;



Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
Ligar 112
SBV (15:2)

16

SBV (15:2)

Criança 15 compressões:
 - Metade inferior do esterno;
 - Ritmo 100 x 120/min;
 - Usar palma da mão para depressão o tórax




Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
Ligar 112
SBV (15:2)

17

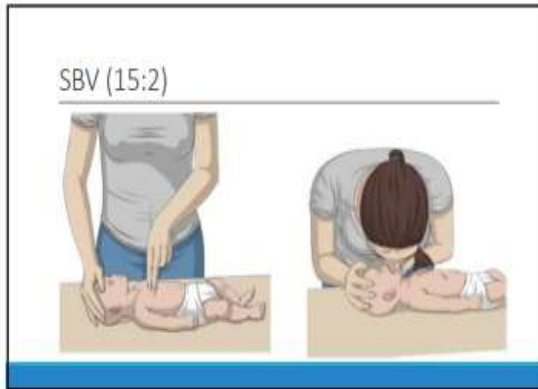
SBV (15:2)

Realize 2 insuflações:
 - Mantenha 15 compressões e 2 insuflações

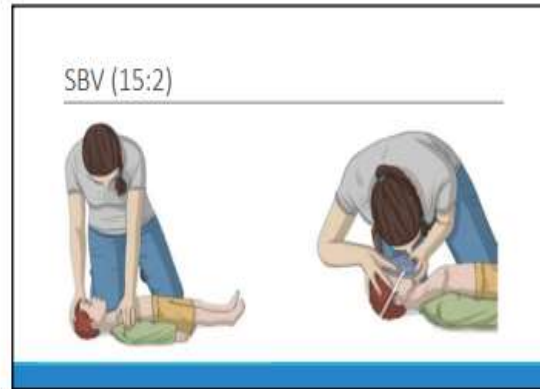


Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
5 insuflações iniciais
Ligar 112
SBV (15:2)

18



19



20

Manter SBV

Chegada de ajuda diferenciada e ser substituído;
 Recuperação da vítima;
 Exaustão do reanimador

21

Obstrução Via Aérea

Obstrução da via aérea nas crianças é frequente;
 Maioria ocorre durante alimentação ou a brincar com objetos de pequenas dimensões

22

Sinais Obstrução Via Aérea

<ul style="list-style-type: none"> • Tosse Eficaz (ligeira) <ul style="list-style-type: none"> • Chora e / ou consegue falar; • Tosse audível; • Consegue inspirar antes de tossir; • Completamente reativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse Ineficaz (grave) <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de falar; • Tosse silenciosa; • Respiração ineficaz; • Diminuição estado de consciência
--	---

23

Algoritmo de Desobstrução Via Aérea

<p>TOSSE EFICAZ</p> <p>Encorajar a tossir</p> <p>Até resolver ou tosse ineficaz</p>	<p>TOSSE INEFICAZ</p> <p>Vítima consciente</p> <p>5 pancadas nas costas</p> <p>5 compressões abdominais</p> <p>Até resolver ou inconsciente</p>
--	--

Letante substituir compressões abdominais por socos

24



25



26

Algoritmo de Desobstrução Via Aérea

TOSSE INEFICAZ

Vítima inconsciente
Procurar via aérea
5 insuflações
Ligar 112
SBV 15:2

27

Posição Lateral Segurança (recuperação)

Posição o mais "lateral" possível para que a cabeça fique numa posição em que a drenagem da cavidade oral se faça facilmente;

Ser uma posição estável;

Não causar pressão no tórax que impeça a respiração normal;

Permitir a observação e acesso fácil à via aérea;

Se possível voltar a colocar a vítima em decúbito dorsal de forma fácil e rápida;

Não causar nenhuma lesão à vítima;

Alterar regularmente de lado da posição de recuperação para evitar pontos de pressão (isto é, a cada 30 minutos).

28

Posição Lateral Segurança (recuperação)

Apoiar-se ao lado da criança e alinhar os membros inferiores e superiores (estender-lha as duas pernas e os dois braços);

Se tiver óculos, devem ser removidos, assim como objetos volumosos (telemóvel, canetas etc.);

A roupa em volta do pescoço também deve ser folgada;

Via aérea permeável com língua estendida da cabeça;

Mão a suportar a cabeça e tórax desobstruído;

O joelho mantido a posição natural;

29

Posição Lateral Segurança (recuperação)

O braço da criança, mais próximo do reanimador, é estendido no chão, perpendicularmente ao corpo;

O outro braço da criança é dobrado sobre o tórax e a face dorsal da mão encostada à face da vítima, do lado do reanimador;

Com a outra mão, o reanimador dobra o joelho da perna mais afastada de si;

Pushando cuidadosamente o joelho dobrado, o reanimador rola a criança na sua direção e ajusta a perna que fica por cima de modo a formar um ângulo reto a nível da coxa e do joelho;

Via aérea permeável com língua estendida da cabeça;

Mão a suportar a cabeça e tórax desobstruído;

O joelho mantido a posição natural;

30

Dúvidas



31

Conclusão

Ligue 112 e colabore nas questões que lhe são colocadas;

O bom funcionamento da cadeia de sobrevivência permite salvar vidas;

Todos os elos da cadeia de sobrevivência pediátrica são importantes;

É fundamental saber como e quando pedir ajuda e iniciar precocemente SBV;

É fundamental garantir que o SBV é executado de forma ininterrupta e com qualidade;

A obstrução da via aérea é uma situação emergente que pode levar à morte da vítima pediátrica em poucos minutos;

Reconhecer a situação e iniciar de imediato medidas adequadas pode evitar a paragem cardiorespiratória e salvar uma vida;

A colocação em posição de recuperação permite manter a permeabilidade da via aérea;

32



33

Obrigado!

34

Apêndice II.4

Instrumento de avaliação

Classificação:

Esta prova é uma prova prática.

Cada formando terá que, individualmente, dar resposta a uma situação simulada de paragem cardiorrespiratória de acordo com os conteúdos abordados.

Para se considerar apto, o formando deverá realizar sem falhas 4 ou mais parâmetros.

		realiza	Não realiza
1	Avalia condições de segurança		
2	Avalia estado de consciência		
3	Permeabiliza a VA		
4	VOS 10seg		
5	Identifica a PCR e liga 112		
6	Inicia SBV de qualidade		
7	Mantém SBV cessando apenas quando indicado		0
Total			

- Apto
 Não apto

**Apêndice III - Pequenos Grandes Desafios - Respostas a Emergências
Pediátricas no 1º ano de Vida**



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Final e Relatório
Sessão de Educação para a Saúde

Pequenos Grandes Desafios
Respostas a Emergências Pediátricas no 1º ano de Vida

Estudante: Ângela Araújo

Tutora de Estágio: Enfª [REDACTED]

Sob orientação de: Profª Isabel Quelhas

Porto, dezembro de 2024

Siglas

°C	Grau Centígrado
H	Hora
INEM	Instituto Nacional Emergência Médica
OVA	Obstrução Via Aérea
PCR	Paragem Cardio-Respiratória
SBV	Suporte Básico de Vida
SNS	Serviço Nacional de saúde
UCC	Unidade Cuidados na Comunidade
VA	Via Aérea
VOS	Ver, Ouvir, Sentir

Índice

1-Introdução	137
2- Enquadramento Teórico	137
2.1. Febre	138
2.2- Convulsão.....	139
2.3- Dispneia- Dificuldade respiratória	140
2.4- Espasmo de choro.....	141
2.5- Obstrução da Via Aérea.....	141
2.5.1- Obstrução da Via Aérea no lactente/criança consciente	142
2.5.2- Obstrução da Via Aérea no lactente/criança inconsciente.....	143
3-Plano de Formação	144
3.1- Metodologia	144
3.2-Recursos	145
3.3- População-Alvo	145
3.4- Objetivos.....	145
3.4.1-Objetivo geral	145
3.4.2-Objetivos específicos.....	145
4- Avaliação	146
5- Conclusão	147
Bibliografia.....	148
Apêndice III.1	149
Apêndice III.2	150
Apêndice III.3	151

1- Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no período entre 04 de novembro a 20 de dezembro de 2024 surgiu a oportunidade da realização de uma sessão de educação para a saúde a casais grávidos e recém- pais de lactentes, com o tema Pequenos Grandes Desafios: Respostas a Emergências Pediátricas no primeiro Ano de Vida.

Este documento encontra-se dividido em três partes, inicial com enquadramento teórico e justificação do tema, seguidamente pelos objetivos e metodologia no plano de formação e por fim uma terceira parte para explanar resultados e conclusões.

2- Enquadramento Teórico

A formação é um meio através da qual as pessoas têm a oportunidade de desenvolver capacidades em determinadas áreas. As sessões de educação para a saúde centram-se em metodologias dinâmicas que valorizam a aprendizagem através da análise de vivências pessoais e da experimentação.

Neste sentido, em conjunto com a enfermeira tutora e a enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstétrica foi possível verificar que durante o Curso de Preparação para o Parto, e no Curso de Massagem Infantil para recém-pais existiam muitas dúvidas relativamente a algumas emergências pediátricas. Dúvidas essas que geram ansiedade e medo.

Esta partilha, permitiu verificar a importância de abordar as seguintes emergências pediátricas: febre, convulsão, dificuldade respiratória (dispneia), espasmo de choro e obstrução da via aérea.

Seguidamente farei um enquadramento sobre estes temas, com o propósito de esclarecer e explicar aos casais grávidos e aos recém-pais como atuar nestas

situações. Melhorando desta forma a compreensão e capacitação nesta temática.

Segundo (Ramos & Figueiredo, 2020)"A capacitação dos pais revela-se de extrema importância, devido à dependência e vulnerabilidade do lactente. É importante que estes possam prevenir/ou detetar precocemente qualquer alteração no seu estado de saúde."

2.1. Febre

Define-se febre como uma elevação da temperatura corporal igual ou superior a 1°C acima da média basal individual. A febre, é uma resposta fisiológica e imprescindível do organismo a um determinado agente. Podendo este ser infeccioso ou não. Na pediatria a febre é um dos sinais mais frequentes de doença. (DGS, 2018)

Referimos que a criança tem febre quando apresenta aumento da temperatura igual ou superior a 1,0 °C acima da média da temperatura média individual no mesmo local de avaliação. A temperatura normal situa-se entre os 36 °C e os 37 °C, dependendo de pessoa para pessoa, da idade e do local corporal de avaliação. É uma resposta fisiológica normal do nosso organismo para ajudar a combater uma infeção provocada por um vírus ou bactéria, por isso é benéfica. A maioria das situações de febre são benignas e não representam risco de vida ou sequelas (SNS24, 2023).

A febre pode estar associada a administração de vacinas, à exposição ao calor ou roupa excessiva.

Os locais de medição de temperatura no lactente são:

- Medição retal, a partir da segunda semana de vida
- Medição axilar, após o nascimento

Considera-se febre se:

- Temperatura retal ≥ 38 °C
- Temperatura axilar $\geq 37,6$ ° C
- Temperatura timpânica $\geq 37,8$ °C
- Temperatura $\geq 37,6$ °C

Os sinais e sintomas são a pele quente, irritabilidade, o cansaço e choro persistente. Deve manter-se a vigilância e se apresentar:

- Tosse rouca e respiração ruidosa,
- Respiração asmática, com pieira e dificuldade respiratória,
- Corpo involgarmente quente ou frio,
- Cansaço físico
- Choro inconsolável, com irritabilidade persistente ou gemido,
- Alteração do estado de consciência ou convulsão, deve ligar 112.

Perante uma situação de febre sem sinais de gravidade deve:

- Retirar o excesso de roupa a criança,
- Manter uma temperatura ambiente fresca e agradável, entre os 20^a 22 °C,
- Promover medidas de arrefecimento corporal (ex: compressas húmidas, mornas, na região frontal, axilar, inguinal),
- Oferecer líquidos em abundância, se a criança tolerar,
- Não forçar a ingestão alimentar, e oferecer sempre fora do pico febril,
- Administrar antipirético, se temperatura ≥ 38 °C.

2.2- Convulsão

As convulsões são descargas anormais dos neurónios, provocando movimentos involuntários, denominados convulsivos (Saraiva & Sousa, 2022). Podem ser generalizados ou simples. As convulsões febris surgem em crianças saudáveis entre os 6 meses e os 5 anos, devido a um aumento rápido da temperatura corporal, geralmente durante infeções virais. Não são causadas por distúrbios neurológicos subjacentes. Geralmente são breves, menos que cinco minutos, terminam maioritariamente sem qualquer intervenção, representam momentos de pânico e angústia para os pais ou cuidadores e são um dos motivos da ida ao serviço de urgência.

Os sinais e sintomas são:

Pode existir perda de consciência e queda,

- Olhar ausente e/fixo,
- Revirar de olhos,

- Contração involuntária dos músculos (generalizada ou parcial),
- “Espumar da boca”,
- Mordedura da língua ou lábios,
- Cianose.

A atuação perante uma convulsão deve:

- Manter a calma,
- Proteger a criança
- Não prender ou contrariar os movimentos,
- Não colocar nada na boca da criança durante a convulsão,
- Retirar ou desapertar a roupa a volta do pescoço,
- Reduzir estímulos exteriores (barulho, luzes...), não deve despertar/estimular, não alimentar ou administrar medicação via oral à criança,
- Registrar o início, fim, características e número de vezes da convulsão,
- Vigiar o estado de consciência entre crises,
- Se febre associada administrar antipirético, preferencialmente via retal, retirar o excesso de roupa (sem provocar choque térmico),
- Colocar em posição de recuperação.

2.3- Dispneia- Dificuldade respiratória

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem “ a dispneia caracteriza-se pelo processo do sistema respiratório comprometido, com a existência de movimento dinâmico da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço respiratório crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigênio no sangue, sensação de desconforto e ansiedade” (Moura, Martins, & Ribeiro, 2022).

O lactente pode apresentar obstrução nasal, neste caso é aconselhável: efetuar a lavagem nasal, elevar a cabeceira da cama, colocando por exemplo um toalhão ou um cobertor debaixo do colchão, de modo que fique mais elevado o tronco facilitando assim os movimentos respiratórios, manter uma atmosfera húmida, proporcionar repouso e vigiar. Se apresentar os seguintes sinais e sintomas de gravidade:

- Aumento da frequência da ventilação,
- O uso de músculos acessórios e torácicos (retração intercostal),
- Adelo nasal,
- Cianose,
- Recusa alimentar,
- Mau estado geral,
- Ruídos respiratórios audíveis- Ligar 112.

A causa mais comum: bronquiolite, pneumonia e broncoespasmo (crise asma).

2.4- Espasmo de choro

O espasmo de choro é um episódio transitório, durante o qual a criança parece sustar a respiração, podendo chegar a perder momentaneamente a consciência. Surge quando a criança chora no seguimento de determinados fatores desencadeados pela dor ou medo. Não é intencional resulta de um reflexo involuntário. É uma situação benigna, que ocorre em crianças saudáveis entre os 6 meses e os 6 anos. Por norma, com o passar do tempo resolve-se. (Cabral, Sousa, & Nobre, 2021)

O espasmo de choro pode ser caracterizado em cianótico, pálido ou misto.

- Atitude a tomar perante um espasmo de choro:
- Manter a calma,
- Verificar a boca de forma a garantir que não se trata de uma obstrução da via aérea,
- Não abanar o lactente,
- Controlar o tempo e recuperação

2.5- Obstrução da Via Aérea

Na criança a obstrução da via aérea é uma situação frequente. Na maioria das vezes esta situação a OVA na criança acontece durante a alimentação ou quando esta a brincar com objetos de pequenas dimensões. São situações frequentemente presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a criança consciente. Quando um corpo estranho entra na VA, a criança começa de imediato a tossir, na tentativa de expelir. A tosse espontânea

é provável que seja mais eficaz e mais segura do que qualquer manobra que um reanimador execute (OVA ligeira). Contudo se a tosse não for eficaz ou for ausente e o objeto obstruir por completo a VA (OVA grave) a criança vai asfíxiar sendo necessário intervenções ativas para a resolver. De imediato deve ser avaliado o estado de consciência e iniciar técnica de desobstrução da VA. Existem várias técnicas para a desobstrução da VA. No lactente são realizadas pancadas interescapulares e compressões torácicas e, na criança maior que um ano são realizadas as pancadas interescapulares e compressões abdominais. O objetivo destas manobras é provocar um aumento súbito da pressão intratorácica, que funcione como uma tosse artificial e desobstrua a VA (INEM, 2022).

2.5.1- Obstrução da Via Aérea no lactente/criança consciente

A criança está consciente e a tosse não é eficaz o reanimador deve aplicar 5 pancadas interescapulares e se não resolver, deve fazer 5 compressões torácicas no lactente e na criança (com mais de um ano de idade) 5 compressões abdominais.

- Lactente: colocar o lactente em ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com a mão e apoiando o tórax no antebraço e/ou na coxa (deve estar sentado). Para apoiar a cabeça deve colocar o polegar num dos ângulos da mandíbula, e um ou dois dedos no mesmo ponto no outro lado da mandíbula. Deve-se ter o cuidado para não pressionar os tecidos moles debaixo da mandíbula para não aumentar a OVA.

Aplicam-se as 5 pancadas secas nas costas entre as duas omoplatas, com a base da mão, usando uma força adequada ao tamanho da criança. Devem ser realizadas até à passagem eficaz de ar. Se o objeto

não se tiver deslocado e/ou conseguido removê-lo e o lactente continuar consciente, segue-se para a aplicação das compressões torácicas. Segura-se na cabeça do lactente na região occipital com a mão que estava livre e roda-se em bloco, para que este fique em decúbito dorsal sobre o antebraço. Manter a cabeça a um nível inferior que o resto do corpo. Fazem-se 5 compressões torácica com dois dedos, neste caso com maior intensidade e a um ritmo mais

lento com o objetivo de aumentar a pressão intratorácica e ajudar a mobilizar o objeto (INEM, 2022).

- Criança: As pancadas interescapulares são mais eficazes se a criança estiver com cabeça

Para baixo. Se a criança for pequena deve ser sentada no colo do reanimado, como no lactente. Não sendo possível, deve-se apoiar a criança numa posição inclinada para a frente e, aplicar-se até 5 pancadas interescapulares. Se mantém a obstrução após as pancadas interescapulares, deve-se passar para as compressões abdominais (manobra de Heimlich) até 5 tentativas. O posicionamento do reanimador: coloca-se de pé ou ajoelhado atrás da criança e passa os seus braços por baixo dos braços da criança, envolvendo o tronco pela frente. Fecha um punho e coloca-o entre o umbigo e o apêndice xifoide. Apertando esse punho com a outra mão, o reanimador puxa contra o abdómen de forma seca para trás e para cima, aplicando até 5 compressões abdominais. Deve-se ter cuidado para não aplicar pressão sobre o esterno e a grelha costal para evitar uma lesão torácica (INEM, 2022). Após as 5 compressões torácicas ou abdominais verifique se houve saída do corpo estranho ou inspecione a cavidade oral, removendo algum objeto apenas se for visível. Repita sequências de 5 pancadas interescapulares e 5 compressões torácicas ou abdominais até a obstrução ser resolvida. Nesta fase, enquanto estiver consciente, a sequência deve ser mantida sem que se abandone a vítima. Se a obstrução for resolvida, com a expulsão do corpo estranho, deve vigiar o estado da vítima. É possível que parte do corpo estranho que causou a obstrução ainda permaneça no trato respiratório e as compressões abdominais poderão eventualmente causar lesões internas, pelo que a criança deve ser avaliada por um médico (INEM, 2022).

2.5.2- Obstrução da Via Aérea no lactente/criança inconsciente

O lactente ou criança com OVA está ou fica inconsciente, deve ser colocada sobre uma superfície rígida e iniciar o algoritmo de SBV com 5 insuflações, ligar 112 com função de alta voz e depois alternar as 15 compressões com as 2 insuflações.

- **Pesquisar a via aérea:** Verificar a existência de algum corpo estranho na boca e se for visível remove-se. Não se recorre a manobra digital para retirar o corpo estranho se este não estiver visível, pois pode causar lesões ou impactar o objeto mais profundamente na faringe.

- **Insuflações:** Efetuar 5 insuflações com ar exalado, verificando a eficácia de cada uma: se a insuflação não promove a expansão torácica, repositone a cabeça antes de nova tentativa.

- **Compressões/Insuflações:** Se as 5 insuflações não foram eficazes, deve prosseguir-se com as 15 compressões torácicas e duas insuflações. Se a criança se mantiver sem sinais de vida após 2 minutos de SBV, considere a possibilidade da remoção digital do corpo estranho. No lactente ou na criança, sempre que a OVA for resolvida e esta estiver inconsciente, deve-se permeabilizar a VA e reavaliar a respiração realizando o VOS. Se continuar sem respirar normalmente fazer novamente 5 insuflações e reiniciar o algoritmo de SBV. Se recuperar consciência e a sua respiração for eficaz, deve ser colocada na posição de recuperação, vigiando e reavaliando continuamente o nível de consciência e a respiração até à chegada de ajuda diferenciada (INEM, 2022).

3 - Plano de Formação

De forma a orientar-me e organizar a sessão de formação, criei um plano de formação, esquematizando os objetivos, a população-alvo, os recursos, os métodos e estratégias pedagógicas. Em concordância com a Enfermeira tutora ficou agendada para dia 19 de dezembro de 2024, das 9h às 10h30.

3.1- Metodologia

Será adotado o método expositivo, apresentando os conteúdos no âmbito de algumas situações que podem constituir-se como Emergências Pediátricas e o Algoritmo de Desobstrução da Via Aérea; o método demonstrativo efetuando a demonstração do algoritmo referido anteriormente, seguido de método ativo em

que os formandos terão oportunidade de praticar o algoritmo de desobstrução da via aérea. No final da sessão haverá um momento para dúvidas e questões.

3.2-Recursos

A sessão irá decorrer no ginásio da UCC, que terá cadeiras, manequins pediátricos.

Os recursos didáticos serão um computador, um projetor e apresentação de um PowerPoint, de forma a expor as temáticas.

Em termos de recursos humanos presentes, será um formador.

3.3- População-Alvo

A população-alvo serão casais grávidos que frequentam o Curso de preparação para a parentalidade, mães e pais de lactentes que frequentaram o Curso de Massagem Infantil. Estão inscritos 15 formandos.

3.4- Objetivos

3.4.1-Objetivo geral

- Desenvolver aptidões praticas para execução de manobras de desobstrução da via aérea e reconhecimento de situações de emergências pediátricas.

3.4.2-Objetivos específicos

Que o público-alvo seja capaz de:

- Identificar os sinais e sintomas de doenças súbitas no lactente, como febre, convulsão, espasmo de choro, dificuldade respiratória, obstrução da via aérea
- Realizar medidas e procedimentos chave para a diminuição de riscos para a criança até a chegada de ajuda especializada;
- Tomar decisões rápidas e eficazes durante as emergências pediátricas

4- Avaliação

A existência de uma avaliação da formação ministrada torna-se essencial, pois permite ao formador / instrutor verificar o progresso de aprendizagem dos formandos.

Nesta sessão de formação irei efetuar uma avaliação diagnóstica inicial, com aplicação de um questionário (apêndice II) e uma avaliação final aplicando o mesmo questionário. Permitindo deste modo aferir a evolução do público-alvo.

Ao longo da formação utilizarei outras técnicas, como sejam a observação e formulação de perguntas orais.

No término da sessão de formação será aplicado questionário de avaliação da sessão de formação.

5- Conclusão

Os pais são os principais cuidadores da criança, nesta perspetiva, as intervenções devem ser baseadas em cuidados antecipatórios e, no reconhecimento de sinais e sintomas graves em caso de febre, convulsão, dispneia, espasmo de choro e obstrução da via aérea.

A obstrução da via aérea por corpos estranhos é uma das emergências mais comuns na idade pediátrica, sendo uma das causas de PCR acidental potencialmente reversível. A deteção precoce da obstrução da via aérea é determinante para a sobrevivência da criança.

Habitualmente, são eventos súbitos e inesperados que acontecem no contexto social da criança, pelo que é indispensável a capacitação dos pais.

Bibliografia

- Cabral, L., Sousa, J., & Nobre, C. (25 de 10 de 2021). Obtido de https://metis.med.up.pt/index.php/Espasmo_do_choro
- DGS, D. G. (julho de 2018). *PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA*. Lisboa: DGS.
- Faria, M., & Wichr, P. (2013). *Creche, criança e saúde*.
- Ilha AG, C. S. (2021). Educational actions on first aid for early childhood education teachers: a quasi-experimental study. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210025.
- Moura, M. I., Martins, J. E., & Ribeiro, O. (2022). A CRIANÇA COM DISPNEIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS PARA INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2.
- Ramos, A. L., & Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: lidel.
- SNS24. (11 de 05 de 2023). Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/sintomas/febre/#quando-se-considera-que-uma-crianca-esta-com-febre>

Apêndice III.1

Plano da formação

Título:	Pequenos Grandes Desafios: Respostas a Emergências Pediátricas no 1º ano de Vida		
Público-alvo:	Futuros pais e recém-pais		
Data: 19/12/2024	Duração: 1h30	Sessão: 1/1	Local: ██████████
Formadores:	Enfª Ângela Araujo e Enfª ██████████		
Objetivos Gerais:	- Desenvolver aptidões praticas para execução de manobras de desobstrução da via aérea e reconhecimento de situações de emergências pediátricas.		
Objetivos Específicos:	<p>Que o público-alvo seja capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os sinais e sintomas de doenças súbitas no lactente, como febre, convulsão, espasmo de choro, dificuldade respiratória, obstrução da via aérea - Realizar medidas e procedimentos chave para a diminuição de riscos para a criança até a chegada de ajuda especializada; - Tomar decisões rápidas e eficazes durante as emergências pediátricas 		

Fase	Conteúdos	Método	Estratégias	Recursos	Avaliação	Tempo
Introdução	Objetivos da sessão	Expositivo		Computador Retroprojeter PowerPoint		5
Desenvolvimento	Febre Convulsão Dispneia Espasmo de choro OVA	Expositivo Demonstrativo Ativo Avaliativo	Apresentação de conteúdos Demonstração Treino	Computador Retroprojeter PowerPoint Manequim pediátrico	Questionário de avaliação da sessão	75
Conclusão	Importância do reconhecimento dos sinais e sintomas da febre, convulsão, dispneia, espasmo de choro e manobras e DVA	Expositivo Ativo		Computador Projeter	Questionário	5

Questionário

Questionário de Avaliação de Conhecimentos em Situações de Emergência Pediátrica

Instruções:

Leia atentamente cada questão e escolha a opção que considera mais correta. Caso tenha dúvidas, responda com base no seu conhecimento atual.

1. Febre

1.1. Qual a primeira medida que deve ser tomada em caso de febre alta numa criança?

- Administrar antipirético imediatamente.
- Retirar roupas em excesso e oferecer líquidos.
- Dar um banho frio para baixar a temperatura.

1.2. Quando deve ser considerado contactar os pais ou serviços de emergência em caso de febre?

- Se a febre durar mais de 24 horas.
- Se a criança apresentar outros sintomas graves, como letargia ou dificuldade em respirar.
- Apenas se a febre ultrapassar 40°C.

2. Convulsão Febril

2.1. O que deve ser feito durante uma convulsão febril?

- Segurar a criança firmemente para evitar movimentos bruscos.
- Colocar a criança de lado e afastar objetos perigosos.
- Administrar medicação imediatamente.

2.2. Após uma convulsão febril, qual é a atitude mais adequada?

- Esperar que a criança recupere por completo antes de informar os pais.
- Ligar para os pais e, se necessário, contactar o 112.
- Dar água à criança assim que a convulsão terminar.

3. Dispneia (Dificuldade em Respirar)

3.1. Qual é o principal sinal de alerta numa criança com dificuldade respiratória?

- Pele fria e suor.
- Retrações intercostais (afundamento da pele entre as costelas) e cianose (lábios ou pele azulados).
- Agitação e choro excessivo.

3.2. O que deve ser feito em caso de dispneia severa?

- Colocar a criança em posição deitada para facilitar a respiração.
- Sentar a criança e chamar imediatamente os serviços de emergência.
- Oferecer água para acalmar a criança.

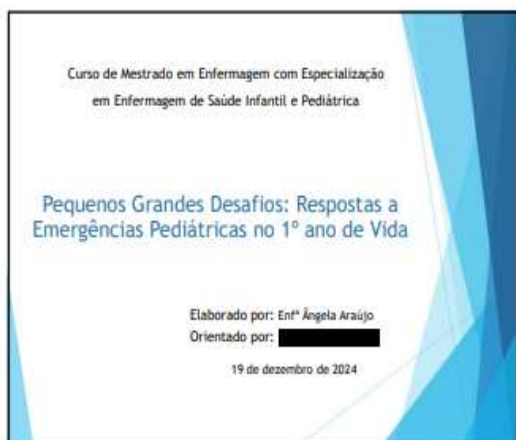
4. Quais são os sinais que indicam uma obstrução total das vias aéreas no lactente bebé?

- Tosse eficaz, choro audível e esforço respiratório preservado.
- Incapacidade de emitir som, cianose progressiva e ausência de tosse eficaz.
- Respiração acelerada, tosse e movimentação das costelas.
- Choro forte e respiração ruidosa.

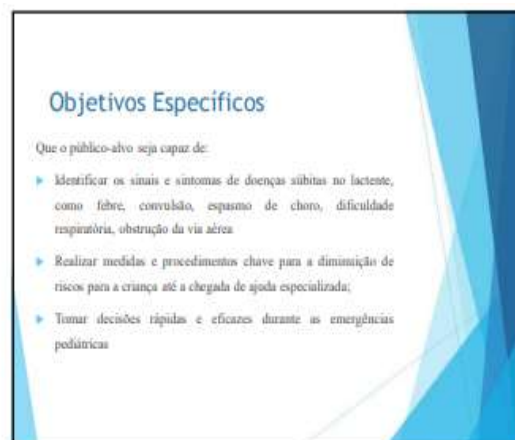
5. Qual é a sequência correta de manobras recomendadas para desobstrução de vias aéreas em lactentes?

- 5 compressões abdominais e 5 ventilações.
- 5 pancadas interescapulares e 5 compressões torácicas.
- 5 ventilações e posicionamento em decúbito dorsal.
- Pancadas interescapulares até o lactente chorar.

Apresentação do PowerPoint



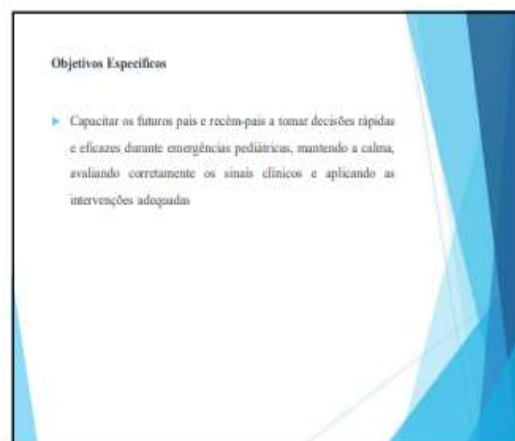
1



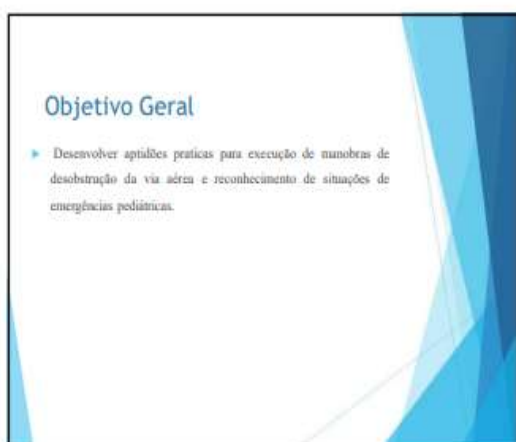
4



2



5



3



6

Febre

- Aumento da temperatura igual ou superior a 1°C acima da média
- **Temperatura normal: 36°C - 37°C**, depende da pessoa, da idade e do local onde é avaliada.
- Resposta fisiológica normal do organismo
- Pode também surgir:
 1. Como reação após administração de vacina/medicamento
 2. Associada à exposição ao calor ou roupa excessiva

7

Febre- o que fazer

- Não agasalhar demasiado a criança
- Manter temperatura ambiente fresca e agradável, entre 20 a 22°C
- Promover medidas de arrefecimento corporal (ex: compressas húmidas nas regiões frontal, axilas, região inguinal)
- Oferecer líquidos em pequenas quantidades e com frequência (se tolerar)
- Não forçar a ingestão alimentar e oferecer sempre fora do pico febril
- Administrar antipirético se temp $\geq 38^\circ\text{C}$

10

Febre- como avaliar

Rectal $\geq 38^\circ\text{C}$	<ul style="list-style-type: none"> • Ideal -3 anos de idade, rigoroso, menos pratico • com a criança deitada de costas, ponta (1 a 2 cm) no ânus, após lubrificação e sem forçar
Axilar $\geq 37,6^\circ\text{C}$	<ul style="list-style-type: none"> • mais pratico, não tão preciso como o retal, mais demorado • pode ser usado em bebés • colocar o termómetro ao topo da axilla
Timpânica $\geq 37,8^\circ\text{C}$	<ul style="list-style-type: none"> • mais rápido e higiénico, para maiores 3 anos

8

Febre

Paracetamol

- **Oral** (xarope) e **rectal** (supositórios)
 - Vômitos - supositório
 - Diarreia - xarope
- 30-60 minutos
- 15kg/dose OU de acordo com prescrição médica (atenção à formulação utilizada)
- Administração 6/6horas
- Intervalo mínimo de 4 horas



11

Febre

- **Sinais e sintomas:**
 - Pele quente
 - Irritabilidade
 - Cansaço
 - Choro persistente

9

Febre- Quando preocupa?

- Tosse rouca e respiração ruidosa
- Respiração asmática, com pieira e dificuldade respiratória
- Corpo involuntariamente quente ou frio
- Cansaço físico
- Choro inconsolável, com irritabilidade persistente, ou gemido
- Alteração do estado de consciência ou convulso

✓ **Ligar 112**

12



13

Convulsão

Sinais e sintomas:

- Perda de consciência/queda
- Olhar fixo, ausente
- Pálpebras semiabertas/ revirar os olhos
- Contração involuntária dos músculos (generalizada ou parcial)
- "Espumar pela boca"
- Mordedura de língua/lábio
- Cianose labial (lábios roxos)

https://www.youtube.com/watch?v=UNX6jvqg_A8

16

Convulsão

- **Convulsões febris** ocorrem em crianças entre 6 meses e 5 anos devido a um aumento rápido da temperatura corporal, geralmente durante infecções virais. Não são causada por distúrbios neurológicos subjacentes.
- Pode ser causada por febre elevada ou elevação súbita da temperatura.
 - São usualmente breves (inferiores a 5 min)
 - Terminam maioritariamente sem qualquer intervenção
 - Representam momentos de pânico e angústia
 - São motivo frequente da ida ao Serviço Urgência

14

Convulsão - o que fazer?

- Manter a calma
- Proteger a criança para evitar que se magne
- Não a prender/contrariar os movimentos
- Não colocar nada na boca da criança durante a convulsão
- Retirar ou desapertar a roupa a volta do pescoço

17

Convulsão

- Surgem habitualmente:
 1. Em criança saudável
 2. Entre os 6 meses e os 5 anos de idade

15

Convulsão - o que fazer?

- Reduzir estímulos exteriores (luzes, barulho...)
- Apertar o início e o fim da convulsão (controlar o tempo de duração)
- Informar sobre as suas características e número
- Se crises repetidas vigiar recuperação do estado de consciência

18

Convulsão - o que fazer?

- Se associada a febre:
 - Administrar paracetamol (preferencialmente: retal)
 - Baixar a temperatura: retirar o excesso de roupa, colocar compressas molhadas em água morna
 - Colocar em posição lateral de segurança
 - Após a crise: não deve estimular/despertar a criança, alimentar ou administrar medicação oral

19

Dispneia- Dificuldade respiratória

- Sintoma que se manifesta pela dificuldade ou desconforto em respirar
- Respiração incompleta, insuficiente ou falta de ar, provocada pela rapidez com que se respira

<http://www.112.pt/112/definicao/definicao/112/2131>

22



<https://www.youtube.com/watch?v=9f82m9kzE3g&list=PLGac3b2WQgULrc3ngO1q6Gvwc3S3D>

20

Dispneia- Dificuldade respiratória

Nas situações mais graves caracteriza-se por:

- Aumento da frequência da ventilação (taquipneia)
- Utilização dos músculos acessórios e torácicos (retrações intercostais)
- Adejo nasal
- Cianose (coloração azulacinzentada das mucosas e da pele, mais predominante no nível das extremidades)

Causas mais comuns: bronquiolite, pneumonia e broncoespasmo (ex.: crise asmática)

23

Dúvidas



21

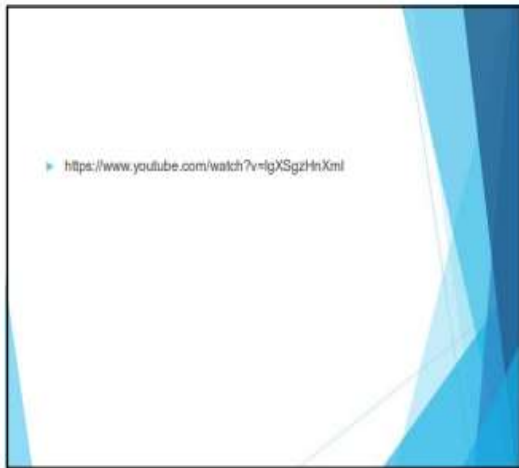
Dispneia- Dificuldade respiratória

Se apresentar:

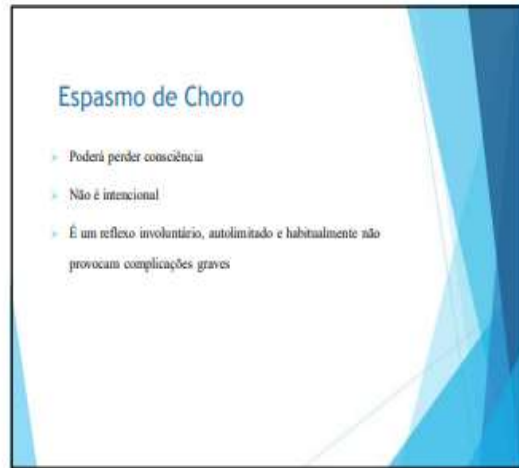
- Tiragem
- Adejo nasal
- Recusa em alimentar-se/hidratar
- Mau estado geral
- Ruídos respiratórios anormais

✓ Ligar 112

24



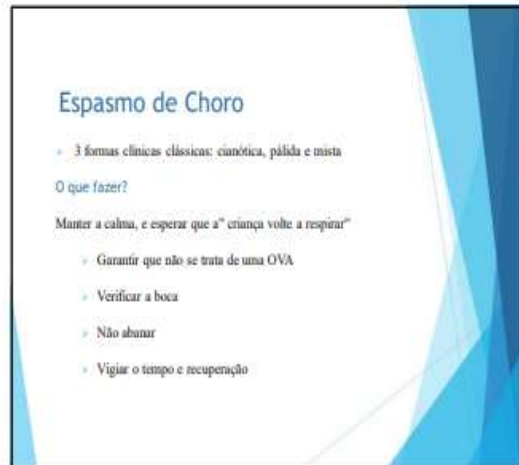
25



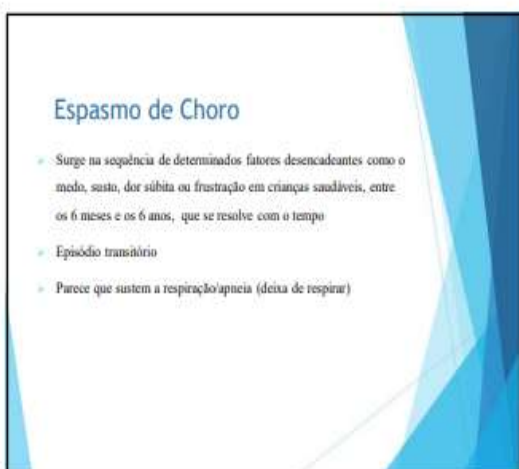
28



26



29



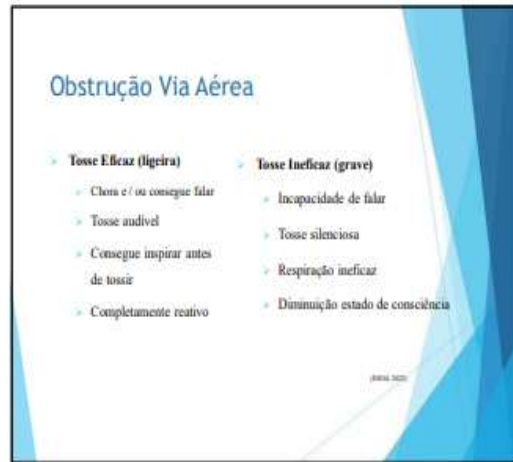
27



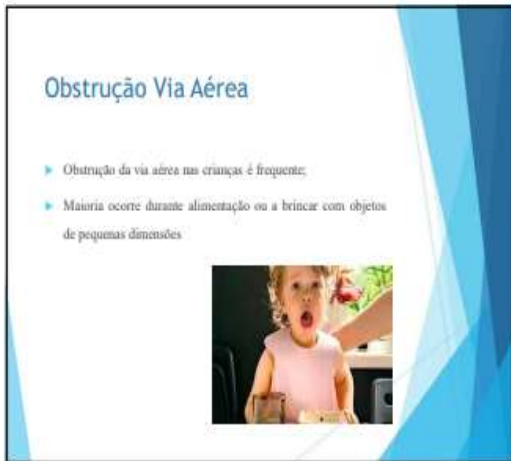
30



31



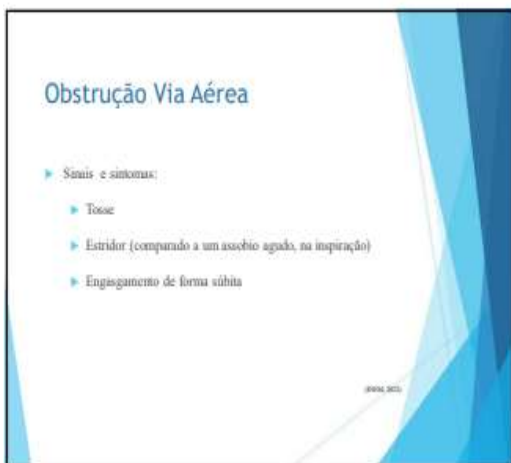
34



32



35



33



36

Avaliação as sessão de formação

Pequenos Grandes Desafios: Resposta a emergências Pediátricas 1º ano de vida



43

Obrigado!

44

Apêndice IV – Poster Científico

A Influência da Inteligência Emocional na Assistência de Enfermagem Especializada à Criança e Família: Uma Revisão Integrativa

Araújo, A.⁽¹⁾; Quelhas, I.⁽²⁾

1. Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Portugal; Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto, Portugal; Enfermeira Especialista Instituto Nacional de Emergência Médica
 2. Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Portugal; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal

Introdução: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica destaca-se pelo desenvolvimento de competências essenciais para o cuidado integral de crianças/jovens e famílias, especialmente em contextos de emergência pediátrica.¹

As competências técnicas, ou *hard skills*, focam-se no saber-fazer e são adquiridas através de formação profissional e experiência.²

Por outro lado, as competências não técnicas, ou *soft skills*, como a comunicação, empatia e gestão emocional, são transversais e transferíveis, sendo fundamentais para a interação e o relacionamento em contextos de saúde.³

Estudos recentes destacam a importância de *soft skills*, como a inteligência emocional (IE), para o desempenho eficaz em saúde, especialmente em situações que exigem sensibilidade emocional e tomada de decisão sob pressão.⁴

Objetivo: Mapear evidência científica sobre a influência da IE na assistência de Enfermagem especializada prestada à criança e à família.

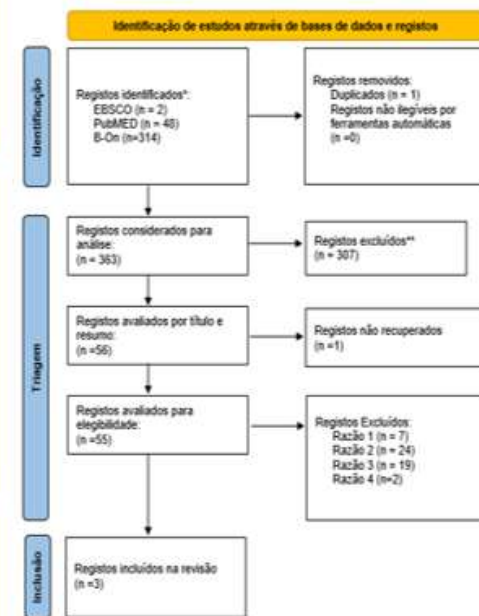
Materiais e Métodos: Revisão integrativa da literatura por pesquisa em 3 bases de dados (PubMed, EBSCO, B-On) em março de 2025. Foram incluídos estudos publicados nos últimos 5 anos, com texto completo de acesso gratuito e referência a pelo menos 1 dimensão da IE (autoconsciência, autocontrole, empatia, motivação ou habilidades sociais) e a assistência à criança e família, conforme figura 1.

Resultados e Discussão: Foram identificados 364 estudos, sendo 3 incluídos na revisão após processo de seleção. A totalidade dos artigos foram publicados em 2024, refletindo a atualidade e escassez de evidências. Destes, 75% eram qualitativos e 25% quantitativos. Na referência às dimensões da IE, a empatia emergiu como mais destacada, seguida pelas habilidades sociais, incluindo comunicação clara e escuta ativa. A autoconsciência surge associada ao domínio da "identidade profissional" e à autoeficácia, enquanto o autocontrole e a motivação, obtiveram menor frequência de destaque. O desenvolvimento da IE especialmente em contextos de alta complexidade, é positivo para todos os intervenientes.^{3,4,5} A idade e a experiência profissional dos enfermeiros aparentam ser determinantes.^{3,5}

Conclusão: A IE influencia a assistência especializada à criança e família.

A empatia e as habilidades sociais promovem comunicação eficaz, suporte emocional e colaboração efetiva. A predominância de estudos transversais e qualitativos atuais destacam a necessidade de investigações longitudinais e intervencionais, que monitorizem programas de formação e avaliem com maior precisão relações entre diferentes variáveis.

Figura 1. Diagrama PRISMA



Referências Bibliográficas 

Apêndice V – Resumo/Abstract da Revisão Integrativa da Literatura

A Influência da Inteligência Emocional na Assistência de Enfermagem Especializada à Criança e Família: Uma Revisão Integrativa

Resumo

Introdução: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) destaca-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, essenciais para o cuidado integral de crianças/jovens e famílias, especialmente em contextos de emergência pediátrica, onde a estabilização clínica e o suporte emocional são prioritários [1]. As competências técnicas, ou *hard skills*, focam-se no saber-fazer e são adquiridas através de formação profissional e experiência [2]. Por outro lado, as competências não técnicas, ou *soft skills*, como a comunicação, empatia e gestão emocional, são transversais e transferíveis, sendo fundamentais para a interação e o relacionamento em contextos de saúde [3]. Estudos recentes destacam a importância das *soft skills*, como a inteligência emocional (IE), para o desempenho eficaz em saúde, especialmente em situações que exigem sensibilidade emocional e tomada de decisão sob pressão [4]. **Objetivos:** Mapear a evidência científica sobre a influência da inteligência emocional na assistência de enfermagem especializada prestada à criança e à família. **Materiais e Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, seguindo as diretrizes STROBE e PRISMA, para garantir rigor metodológico. A pesquisa foi conduzida em 3 bases de dados (PubMed, EBSCO, B-On), com recurso a frases booleanas adaptadas seguindo palavras-chave. Após identificação total de registos, procedeu-se à remoção de duplicados, triagem por título e resumo, e posterior avaliação de texto integral, sendo incluídos estudos publicados entre 2020 e 2025, com texto completo de acesso gratuito e referência a pelo menos 1 dimensão da IE (autoconsciência, autocontrole, empatia, motivação ou habilidades sociais) e a assistência à criança e família. As exclusões foram justificadas por 4 razões distintas. **Resultados e Discussão:** Foram obtidos 364 estudos dos quais, depois do processo de seleção, foram considerados 3 artigos para análise. A totalidade dos artigos foram publicados em 2024, refletindo a atualidade e escassez das evidências. Destes, 75% eram qualitativos e 25% quantitativos. A empatia emergiu como a dimensão mais destacada da IE, sendo considerada essencial para a comunicação eficaz e interação humana. As habilidades sociais, incluindo comunicação clara e escuta

ativa, foram amplamente mencionadas em 2 estudos, como cruciais nas parcerias eficazes entre enfermeiros e pais. A autoconsciência surge associada ao domínio da "identidade profissional" e à autoeficácia. Por outro lado, o autocontrole e a motivação, obtiveram menor frequência. Programas de formação contínua focados no desenvolvimento da empatia e das habilidades sociais aparentam ser essenciais para aprimorar competências profissionais, especialmente em contextos de alta complexidade, reduzindo o stress emocional de todos os intervenientes [3,4,5]. A idade e a experiência profissional dos enfermeiros aparentam ser positivos, pela maturidade e vivências acumuladas e oportunidade de aprimorar destas competências [3,5]. **Conclusão:** O cuidado centrado na família, alicerçado na IE dos EEESIP, reforça a importância de reconhecer como parceira ativa no bem-estar da criança, promovendo comunicação eficaz, suporte emocional e colaboração efetiva. No entanto, a predominância de estudos transversais e qualitativos limita a inferência de relações causais, destacando a necessidade de investigações longitudinais e intervencionais que testem programas de formação e avaliem impactos em diferentes contextos.

Referências

1. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
2. Sabroso, R. (2023). Soft skill vs hard skills – Qual a mais importante? ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/367076782_Soft_Skill_vs_Hard_Skills
3. Khademi, E., Abdi, M., Saeidi, M., Piri, S., & Mohammadian, R. (2021). Emotional Intelligence and Quality of Nursing Care: A Need for Continuous Professional Development. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(4), 361–367. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_268_19
4. Seniwati, T., Rustina, Y., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2023). Patient and Family-Centered Care for Children: A Concept Analysis. *Belitung Nursing Journal*, 9(1), 17–24. <https://doi.org/10.33546/bnj.2350>

5. Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of Partnership between Nurses and Parents of Hospitalized Children and the Quality of Pediatric Nursing Care as Perceived by Nurses. *Child health nursing research*, 26(1), 64–71. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64>

Palavras-Chave: Enfermagem Pediátrica; Cuidados de Enfermagem; Inteligência Emocional; Competência Profissional; Assistência à Família.

The Influence of Emotional Intelligence on Specialized Nursing Care for Children and Families: An Integrative Review

Abstract

Introduction: The Specialist Nurse in Child and Pediatric Nursing (EEESIP) stands out for developing technical and relational competencies essential for the comprehensive care of children/youth and families, particularly in pediatric emergency contexts, where clinical stabilization and emotional support are priorities [1]. Technical competencies, or hard skills, focus on practical knowledge and are acquired through professional training and experience [2]. On the other hand, non-technical competencies, or soft skills, such as communication, empathy, and emotional management, are transversal and transferable, playing a fundamental role in interaction and relationship-building in healthcare settings [3]. Recent studies highlight the importance of soft skills, particularly emotional intelligence (EI), for effective performance in healthcare, especially in situations requiring emotional sensitivity and decision-making under pressure [4].

Objectives: To map the scientific evidence on the influence of emotional intelligence in specialized nursing care provided to children and families.

Materials and Methods: An integrative literature review was conducted following STROBE and PRISMA guidelines to ensure methodological rigor. The search was performed across three databases (PubMed, EBSCO, B-On), using adapted Boolean phrases based on keywords. After identifying all records, duplicates were removed, followed by title and abstract screening, and full-text assessment. Studies published between 2020 and 2025, with full-text availability and reference to at least one dimension of EI (self-awareness, self-control, empathy, motivation, or social skills) and child and family care, were included. Exclusions were justified by four distinct reasons. **Results:** Of the 364 studies identified, 3 were selected, all published in 2024, reflecting the timeliness and scarcity of evidence. Among these, 75% were qualitative and 25% quantitative. Empathy emerged as the most prominent EI dimension, considered essential for effective communication and human interaction. Social skills, including clear communication and active listening, were widely mentioned in two studies as crucial for effective partnerships between nurses and parents. Self-awareness was associated with "professional identity" and self-efficacy. Conversely, self-control and motivation were less frequently mentioned. Continuous training programs focused on

developing empathy and social skills appear essential for enhancing professional competencies, particularly in high-complexity contexts, reducing emotional stress for all stakeholders [3,4,5]. The age and professional experience of nurses seem to positively influence EI development, as maturity and accumulated experiences provide opportunities to refine these competencies [3,5]. **Conclusion:** Family-centered care, grounded in the EI of EEESIP, reinforces the importance of recognizing families as active partners in children's well-being, promoting effective communication, emotional support, and collaboration. However, the predominance of cross-sectional and qualitative studies limits causal inference, highlighting the need for longitudinal and interventional research to test training programs and evaluate their impacts across different contexts.

References:

1. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
2. Sabroso, R. (2023). Soft skill vs hard skills – Qual a mais importante? ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/367076782_Soft_Skill_vs_Hard_Skills
3. Khademi, E., Abdi, M., Saeidi, M., Piri, S., & Mohammadian, R. (2021). Emotional Intelligence and Quality of Nursing Care: A Need for Continuous Professional Development. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(4), 361–367. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_268_19
4. Seniwati, T., Rustina, Y., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2023). Patient and Family-Centered Care for Children: A Concept Analysis. *Belitung Nursing Journal*, 9(1), 17–24. <https://doi.org/10.33546/bnj.2350>
5. Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of Partnership between Nurses and Parents of Hospitalized Children and the Quality of Pediatric Nursing Care as Perceived by Nurses. *Child health nursing research*, 26(1), 64–71. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64>

Keywords: Pediatric Nursing; Nursing Care; Emotional Intelligence; Professional Competence; Family-Centered Care

