



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
Lucinda Maria Ribeiro Ramos

Porto – maio de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM 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

Lucinda Maria Ribeiro Ramos

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – maio de 2025

Resumo

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, tem como objetivo descrever e analisar as competências adquiridas e desenvolvidas durante o período de formação prática. O documento reflete a integração de conhecimentos teóricos com a prática clínica, destacando a aplicação de princípios de enfermagem centrados na criança, adolescente e na família, em contextos diversificados de cuidados de saúde. O estágio foi realizado num contexto assistencial, totalizando 840 horas de atividades. Decorreu entre 18 de setembro a 20 de dezembro de 2024, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados na Comunidade com passagem por uma Unidade de Saúde Familiar. Destaca-se a relevância da experiência profissional prévia como um elemento significativo neste percurso formativo, o que permitiu a obtenção antecipada de algumas competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Os objetivos delineados para o estágio foram estabelecidos em conformidade com as competências previstas no plano de estudos, sendo alcançados através de atividades cuidadosamente planeadas para a sua concretização e de uma análise crítico-reflexiva centrada na prestação de cuidados à criança e à família. O processo seguiu os quatro domínios da prática do enfermeiro: prestação e gestão de cuidados, formação e investigação. Destacam-se temas como comunicação, parceria, parentalidade, saúde infantil/juvenil e suporte básico de vida pediátrico. A reflexão crítica das práticas evidencia o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados.

Palavras-chave: Saúde Infantil e Pediátrica; Cuidados de Saúde Primários; Promoção da Saúde; Prática Reflexiva.

Abstract

This internship report, prepared within the scope of the Master's Degree in Nursing with a Specialisation in Child and Paediatric Health Nursing at the Universidade Católica Portuguesa, aims to describe and critically analyse the competencies acquired and developed during the practical training period. The document reflects the integration of theoretical knowledge with clinical practice, highlighting the application of child- and family-centred nursing principles in diverse healthcare contexts. The internship took place in a care-based setting, totalling 840 hours of activities. It was conducted between 18 September and 20 December 2024 in a Primary Health Care context, within a Community Care Unit, including a placement in a Family Health Unit. The relevance of prior professional experience is underscored as a significant element in this training path, which enabled the early acquisition of specific competencies in the field of Child and Paediatric Health Nursing. The internship objectives were defined in line with the competencies outlined in the study plan and were achieved through carefully planned activities and a critical-reflective analysis centred on the provision of care to children and families. The process was guided by the four fundamental domains of nursing practice: care provision, care management, education, and research. Key topics include communication, partnership in care, parenting, child and adolescent health promotion, and paediatric basic life support. The critical reflection on observed and performed practices demonstrates a continued commitment to improving the quality of care provided.

Keywords: Child and Paediatric Health; Primary Health Care; Health Promotion; Reflective Practice.

Agradecimentos

A concretização deste relatório representa o culminar de um percurso académico e pessoal pautado por desafios, aprendizagens e crescimento. Neste contexto, expresso a minha sincera gratidão a todas as pessoas e instituição que, de forma direta ou indireta, contribuíram para este momento.

À Universidade Católica Portuguesa, agradeço a oportunidade de frequentar o Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, bem como o ensino de excelência que me foi proporcionado. Agradeço, em particular, à Professora Doutora Isabel Quelhas, pela orientação dedicada, pela constante disponibilidade, pela partilha de saberes e pelo incentivo ao pensamento crítico e à reflexão fundamentada.

Aos profissionais da instituição onde decorreu a formação clínica, deixo uma palavra de reconhecimento pela forma como me acolheram, pelos ensinamentos transmitidos e pela inspiração diária na prestação de cuidados centrados na criança e na família.

Aos meus familiares, amigos e colegas de trabalho, expresso um profundo agradecimento pelo apoio incondicional, pela paciência e encorajamento nos momentos de maior exigência, e por acreditarem sempre em mim. O vosso apoio foi fundamental.

Por fim, uma palavra especial de gratidão às crianças e famílias com quem tive o privilégio de contactar ao longo deste percurso. São a razão maior da minha escolha profissional e a motivação constante para crescer enquanto enfermeira.

Lista de abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AES – Ação de Educação para a Saúde

AHA – American Heart Association

APA 7 - 7ª edição do Manual de Publicação da American Psychological Association

CM – Câmara Municipal

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM1 - Diabetes *Mellitus* tipo 1

DM2 - Diabetes *Mellitus* tipo 2

EB 2,3 - Escola básica do 2º e 3º ciclos

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Encarregado de Educação

EESIP – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

M-CHAT-R/F - Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up.

MGF – Medicina Geral e Familiar

NSE - Necessidade de Saúde Especiais

OE – Ordem dos enfermeiros

OVA – Obstrução da Via aérea

PASSE - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

PSI - Plano Saúde Individual

RN – Recém-nascido

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SBVP- Suporte Básico de Vida Pediátrico

UCC – Unidade cuidados na comunidade

ULS – Unidade local de saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

VOS -Ver, ouvir e sentir

Índice

1. Introdução	15
2. Reconhecimento e Validação das Competências Profissionais no Âmbito da Formação Académica e do Exercício Profissional	19
3. Contextualização do Estágio	27
4. Competências desenvolvidas no estágio.....	33
4.1 Domínio da Prestação de Cuidados	35
4.2 Domínio da Formação.....	67
4.3 Domínio da Investigação	75
4.4 Domínio da Gestão de Cuidados.....	83
5 Conclusão	93
6 Bibliografia	97
7 Apêndices.....	105
Apêndice I - Planeamento de Ação de Educação para a Saúde: Suporte Básico de Vida Pediátrico	106
Apêndice II - Ação de Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico	174
Apêndice III - Ação de Educação para a Saúde - A criança com Diabetes na Escola –orientações para o apoio.....	220
Apêndice IV – Revisão da Literatura	260
Apêndice V - Póster Científico.....	283

1. Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do 17.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pela Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no Porto. A Unidade Curricular (UC) de Estágio Final e Relatório, realizada entre 18 de setembro e 20 de dezembro de 2024, contemplou um estágio. Além da componente prática, o programa incluiu seminários e orientações tutoriais, essenciais para a formação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A distribuição de horas foi realizada da seguinte forma: o estágio teve um total de 840 h, das quais 360 h de contacto clínico, 20 h de seminários, 20 h orientação tutorial e ainda 440 h de trabalho individual, das quais 200h previstas para elaboração deste relatório final. A análise inclui a assistência à criança/jovem e família na maximização da saúde, o cuidado em situações de especial complexidade e a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem. O estágio apresentou-se como um período de consolidação de competências como EESIP já adquiridas previamente aquando da minha especialidade como também um momento de adquirir novas competências para obtenção do grau de mestre. Tendo estas como objetivos o aprofundamento de competências na área da investigação, a integração do conhecimento científico na prática clínica e a identificação, avaliação e aplicação da evidência mais recente na prestação de cuidados especializados. A implementação de programas formativos atualizados e o desenvolvimento de competências específicas são fundamentais para assegurar cuidados de qualidade às crianças, jovens e suas famílias.

Este documento visa relatar, fundamentar e refletir sobre o percurso realizado durante o estágio, utilizando a evidência científica mais atual como suporte para

posteriormente ser apresentado e discutido publicamente. São descritas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, com vista à concretização dos objetivos previamente delineados e ao desenvolvimento das competências inerentes ao perfil do EESIP. As competências definidas no plano de estudos do curso serão organizadas em quatro áreas principais: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação, de forma alinhada com os objetivos propostos e as atividades realizadas. Este relatório procura, através da definição de competências, da identificação de objetivos específicos e das atividades planeadas, apresentar uma visão clara do desempenho ao longo deste percurso. As linhas orientadoras e os objetivos gerais definidos pelo plano de estudos do curso de Mestrado foram seguidos rigorosamente, assegurando a coerência e a adequação das práticas desenvolvidas:

- “Saber aplicar conhecimentos e a 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;
- 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, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, 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.”

No que respeita à estrutura geral do relatório, o capítulo um é ocupado pela presente introdução, o capítulo dois que encerra uma abordagem e reflexão sobre as competências previamente desenvolvidas e que fundamentaram a creditação obtida, o e capítulo três destina-se à contextualização do estágio realizado. No quarto capítulo, será realizada uma abordagem abrangente das competências desenvolvidas ao longo do estágio, organizadas em quatro subcapítulos. Estes subcapítulos correspondem aos domínios previamente mencionados e, em cada um deles, serão agrupadas as competências adquiridas, os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas com vista à sua concretização. Esta abordagem será expressa de forma refletida e fundamentada, permitindo uma análise sistemática das aprendizagens alcançadas e da sua relevância e implicações para a prática profissional. O capítulo cinco do relatório será concluído com a síntese dos aspetos de maior pertinência expressos no documento, bem como incluirá uma reflexão crítica sobre o percurso formativo realizado. Nesta secção será efetuado um balanço do processo de aprendizagem, enfatizando os progressos alcançados, os desafios superados e os contributos deste percurso para o desenvolvimento pessoal e profissional. No capítulo seis serão apresentadas as referências bibliográficas utilizadas em todo o documento, tendo sido utilizada a norma APA 7. Por último, serão apresentados os apêndices que ajudam a completar e a clarificar alguma informação que integra o conteúdo.

2. Reconhecimento e Validação das Competências Profissionais no Âmbito da Formação Académica e do Exercício Profissional

Com o propósito de sustentar a creditação concedida, este capítulo visa evidenciar as competências inerentes ao exercício da enfermagem especializada bem como da formação académica na área de Saúde Infantil e Pediátrica, adquiridas e consolidadas ao longo da prática profissional. O desempenho das funções enquanto EESIP pressupõe a aplicação de conhecimentos aprofundados, sustentados na evidência científica e adaptados às necessidades específicas da população pediátrica, garantindo a prestação de cuidados diferenciados e de elevada qualidade.

Antes da candidatura ao presente Mestrado em ESIP, encontrava-me já detentora do título de EESIP, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. Este reconhecimento formal advém da conclusão de uma formação pós-licenciatura, cujo processo avaliativo pressupôs a demonstração de competências técnicas, científicas e ético-deontológicas avançadas, essenciais para o exercício autónomo e qualificado nesta área de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2010) . A obtenção do título de especialista representou a consolidação de conhecimentos aprofundados sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a intervenção terapêutica em contextos de saúde infantil e pediátrica, tanto em situações agudas como crónicas. Este percurso formativo privilegiou, igualmente, o desenvolvimento de competências relacionais, nomeadamente a comunicação eficaz com a criança e a família, elemento basilar na prestação de cuidados centrados no utente (World Health Organization, 2018).

O reconhecimento de competências pela entidade reguladora da profissão constitui um marco fundamental no percurso de qualificação e desenvolvimento

profissional, reforçando a responsabilidade ética do enfermeiro na atualização contínua do conhecimento e na prestação de cuidados de excelência (Batalha & Fernandes, 2018). Assim, a decisão de prosseguir formação ao nível do mestrado surge enquadrada numa lógica de aprofundamento científico, de valorização crítica da prática clínica e de aquisição de competências de investigação, indispensáveis para a inovação e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem pediátrica. Neste contexto, o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica configura-se como uma etapa estruturante de um percurso de desenvolvimento profissional contínuo, articulando a validação formal das competências anteriormente adquiridas com a necessidade de construir novos saberes, mais robustos e críticos, que permitam uma prática profissional sustentada em evidência científica atualizada e relevante (Polit & Beck, 2021).

Ao longo do meu percurso profissional, tive a oportunidade de exercer funções em diferentes contextos assistenciais, o que contribuiu para o alargamento e aprofundamento das minhas competências especializadas. Iniciei a minha prática na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde desenvolvi competências específicas no acompanhamento de recém-nascidos em situação crítica e na intervenção junto das respetivas famílias. Posteriormente, integrei uma UCC, pertencente à ULS da região do Grande Porto, inserida num hospital universitário de referência. Nesta unidade, desempenho atualmente funções no âmbito da promoção da parentalidade e da saúde escolar, áreas em que os cuidados se centram na criança, no jovem e na família, tanto em contexto de consulta como em ações de intervenção comunitária. Este percurso profissional tem permitido a aplicação prática dos conhecimentos e competências adquiridos na área da ESIP, com especial ênfase na garantia da qualidade dos cuidados prestados e na promoção da saúde em diferentes fases do ciclo vital da criança e do jovem.

Colaborei na orientação de estudantes de enfermagem, quer no âmbito da licenciatura, quer do mestrado na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, **promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros**. Esta função permitiu-me participar ativamente no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais dos estudantes, promovendo o sentido de responsabilidade, o profissionalismo e a prática reflexiva. O processo de orientação foi essencial para auxiliar os estudantes a consolidar os seus conhecimentos e a aplicar práticas fundamentadas em evidências científicas. Estudos de alguns autores (Silva, Santos, & Oliveira, 2023) destacam que a integração de estudantes em ambiente clínico, quando acompanhada por tutores experientes, favorece uma transição mais eficaz entre a formação teórica e a prática profissional. Pude participar no processo de formação de novos profissionais de saúde, colaborando **no processo de integração de novos profissionais** e podendo **exercer supervisão do exercício profissional na minha área de especialização**. Desta forma evidencia o papel do enfermeiro como agente de transformação, capaz de influenciar positivamente o futuro da profissão e de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Esta experiência tem sido fundamental para reforçar a importância do ensino e da supervisão na prática clínica, áreas que se complementam e potenciam o desenvolvimento de competências não apenas nos estudantes, mas também nos profissionais que os orientam.

A formação também é uma realidade institucional e fora de portas na qual é fundamentada a **promoção de formação na área da especialização**. Como formadora realizei formação no âmbito do PNSE a docentes e não docentes, nos programas PRESSE, PASSE e NSE como também, a pares na área do SBVP e amamentação. Sempre que são **identificadas** e, oportunas são realizadas **formações** externas para colmatar **necessidades formativas da área da**

especialização. A aposta na formação contínua tem sido uma estratégia fundamental ao longo do meu percurso profissional, permitindo-me conduzir, de forma autónoma e sistemática, o meu **próprio processo de desenvolvimento pessoal e profissional.** Este compromisso visa a **aquisição e atualização permanente de conhecimentos e competências, refletindo-se na melhoria do meu desempenho e, conseqüentemente, na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade através da informação** proveniente da minha pós especialização em saúde infantil e pediátrica e a pós-graduação em cuidados intensivos neonatais.

O exercício das funções enquanto EESIP tanto em contexto hospitalar como em contexto de cuidados primários exige um desempenho clínico diferenciador, alicerçado na integração do conhecimento teórico e prático, **colocando em prática conhecimentos na área da comunicação e no relacionamento com a criança/família tendo em conta as suas crenças e culturas,** tendo em conta a multiculturalidade em que Portugal vive, atualmente.

Esta especialização marcou uma trajetória dedicada à prestação de cuidados a recém-nascidos em contextos de elevada complexidade clínica. Durante longos, a prática decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um Centro Hospitalar do Grande Porto, período determinante para a aquisição de experiência aprofundada na resposta a situações de elevada exigência, desenvolvendo a **capacidade de responder a cenários clínicos desafiantes, envolvendo a tomada de decisões rápidas** e fundamentadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados acreditando na estabilização e recuperação de doentes neonatais e pediátricos em estado crítico, **demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.** Enquanto EESIP pude coordenar e **liderar equipas de prestação de cuidados e demonstrar**

capacidade de trabalhar de forma adequada em equipas multidisciplinares e interdisciplinares. Fiz parte como elemento responsável da equipa do PPCIRA em representação do serviço. Neste sentido, a experiência adquirida tem sido determinante para o reforço das competências clínicas, pedagógicas e de investigação, assegurando uma prática profissional alinhada com os mais elevados padrões de qualidade e segurança na assistência pediátrica.

As competências, adquiridas ao longo do meu percurso profissional, foram fundamentais para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada e centrada no binómio criança-família tendo em conta **tomada de decisões fundamentadas na evidência científica e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

O compromisso com a formação contínua e a aplicação de práticas baseadas na evidência reforçaram a minha capacidade de prestar cuidados de elevada qualidade, ajustados às necessidades específicas de cada situação. Segundo estes autores (Greiner & Knebel, E, 2020) a excelência nos cuidados de saúde depende não só da competência técnica, mas também da capacidade de integrar o conhecimento científico e as práticas reflexivas no dia a dia clínico. Enquanto formadora pude **comunicar em audiências especializadas como também ao público em geral.** Para além desse facto, colaboro como docente convidada numa UC de uma pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, promovida por um Instituto Superior de Saúde. Esta atividade decorre da experiência adquirida ao longo de longos anos no contexto laboral, onde desenvolvi competências específicas nesta área. A docência tem representado uma oportunidade enriquecedora, permitindo-me transmitir conhecimentos e partilhar experiências práticas com profissionais em formação, contribuindo para a qualificação de Enfermeiros com competência acrescida em Enfermagem do Trabalho. Segundo

alguns autores (Melnik, B. M & Fineout-Overholt, E., 2019), o envolvimento dos profissionais de saúde na educação contribui significativamente para a disseminação de práticas baseadas na evidência e para a capacitação de novos profissionais. Como evidenciado por alguns autores a supervisão e o ensino constituem pilares essenciais para garantir a excelência na prática de enfermagem, promovendo um ciclo de aprendizagem contínua e de crescimento profissional (Greiner & Knebel, E, 2020). Deste modo, as experiências de docência e orientação têm sido altamente enriquecedoras, não apenas pelo impacto positivo no desenvolvimento de novos profissionais, mas também pelo contributo que proporcionam ao meu próprio crescimento enquanto especialista em saúde infantil e pediátrica e docente. Estas vivências reforçam o compromisso com a transmissão de conhecimentos, a promoção de práticas baseadas na evidência e o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e prática transformadora.

Assumi responsabilidades em áreas prioritárias, com destaque para a parentalidade, que constitui a maior parte do meu horário de trabalho, e a saúde escolar, que ocupa um dia por semana. No âmbito da parentalidade, tenho promovido e desenvolvido uma série de projetos direcionados para a preparação e o apoio das famílias. Entre as iniciativas implementadas, incluem-se programas de preparação para a parentalidade, projetos de massagem infantil e o apoio ao aleitamento materno, onde atuo como conselheira certificada, **demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de expertise**. Além disso, realizo consultas individuais de saúde infantil, que permitem oferecer um acompanhamento personalizado às famílias, abordando questões específicas relacionadas com o desenvolvimento e bem-estar das crianças, onde coloco **na prática os resultados da investigação e evidência, relevantes no âmbito da especialização**. Estas atividades são de extrema importância, uma vez que, a

promoção da parentalidade e o suporte às famílias são pilares fundamentais na melhoria dos indicadores de saúde infantil (Souza, Cunha, C. P, & Almeida, F. P, 2021). No âmbito da saúde escolar, desenvolvo intervenções semanais que incluem a promoção de hábitos de vida saudáveis, a educação sexual e o suporte psicossocial em contexto escolar. Estas atividades estão alinhadas com as diretrizes da OMS (Organização Mundial de Saúde, 2019) que reconhece a escola como um espaço estratégico para a promoção da saúde e para a capacitação de crianças e jovens, permitindo-lhes alcançar um desenvolvimento integral.

3. Contextualização do Estágio

Este capítulo tem como objetivo apresentar o contexto prático no qual foram desenvolvidas as competências previstas no estágio final, em conformidade com o plano de estudos do curso. O estágio inseriu-se num ambiente especializado e distinto, dedicado ao cuidado à criança nos CSP. Este contexto ofereceu uma oportunidade privilegiada para consolidar as competências técnicas, científicas e relacionais necessárias à prática de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, alinhadas com as necessidades específicas deste nível de assistência. Os CSP desempenham um papel crucial na promoção da saúde e na prevenção da doença, oferecendo cuidados acessíveis, contínuos e abrangentes às crianças e às suas famílias. A OMS (Organização Mundial de Saúde, 2019) enfatiza a importância dos cuidados primários como o alicerce dos sistemas de saúde, garantindo intervenções precoces e personalizadas, especialmente em populações vulneráveis. Neste cenário, os profissionais de enfermagem assumem um papel central na gestão das necessidades em saúde infantil, promovendo o bem-estar e o desenvolvimento integral da criança.

Enquanto EESIP, optei por realizar o estágio curricular em CSP, considerando a relevância estratégica deste nível de cuidados na promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo vital da criança e do jovem. A escolha deste contexto, em detrimento de ambientes hospitalares ou de cuidados diferenciados, fundamenta-se na convicção de que os CSP constituem o primeiro e mais abrangente ponto de contacto com a comunidade, permitindo uma intervenção precoce, contínua e integrada. Esta decisão foi, igualmente, influenciada pelo facto de, à data, me encontrar a exercer funções profissionais numa UCC, pertencente à ULS da região do Grande Porto, cuja missão se centra na prestação

de cuidados de proximidade, na promoção da parentalidade, na saúde escolar e na educação para a saúde. Tal enquadramento reforçou a pertinência da escolha, permitindo uma articulação direta entre os objetivos de desenvolvimento de competências específicas no âmbito do estágio e a prática profissional quotidiana.

As mais-valias decorrentes desta opção são múltiplas. Por um lado, possibilitou a consolidação e aprofundamento de competências de avaliação, planeamento e intervenção em contexto familiar, escolar e comunitário, centradas nas necessidades reais das crianças, jovens e respetivas famílias. Por outro lado, promoveu a reflexão crítica sobre as dinâmicas da saúde comunitária e sobre o papel do enfermeiro especialista na implementação de estratégias de promoção da literacia em saúde, de articulação interinstitucional e de intervenção precoce. Assim, a escolha de realizar o estágio em CSP traduziu-se num investimento consciente no reforço das minhas competências clínicas e de investigação aplicadas à prática, em consonância com as exigências atuais de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem pediátrica. Neste enquadramento, a realização do estágio em CSP proporcionou a oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção alinhado com as necessidades identificadas na prática clínica e com os objetivos formativos do mestrado. A intervenção delineada teve como principal foco a promoção da saúde infantil e juvenil, integrando estratégias de capacitação da comunidade educativa e familiar, de acordo com as melhores práticas baseadas na evidência.

O estágio curricular decorreu maioritariamente numa UCC e, de forma menos frequente, numa USF. A UCC constitui uma estrutura fundamental do sistema de saúde, cuja missão é assegurar a continuidade e a integração dos cuidados prestados aos utentes. Destina-se a indivíduos que, embora não necessitem de internamento em regime agudo, apresentam condições clínicas que exigem

acompanhamento prolongado e especializado, promovendo a transição entre o internamento hospitalar, a reabilitação e o apoio domiciliário (Direção- Geral da Saúde, 2017). A sua operacionalização assenta na articulação de equipas multidisciplinares, onde a coordenação entre os diversos profissionais revela-se essencial para uma resposta abrangente e eficaz às necessidades dos utentes. Esta abordagem integrada potencia não apenas a prestação de cuidados médicos e de enfermagem, mas também o apoio psicossocial, favorecendo a melhoria da qualidade de vida e a otimização dos recursos do sistema de saúde.

Integrada numa ULS de grande dimensão da região Norte, a UCC onde decorreu o estágio presta cuidados domiciliários e comunitários dirigidos a indivíduos, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade, risco ou dependência funcional. Entre as suas atividades destacam-se a educação para a saúde, a promoção da parentalidade e a integração em redes de apoio familiar. A área de intervenção abrange duas freguesias, contemplando programas estruturados como o PRESSE, o PASSE, e projetos de saúde reprodutiva, incluindo cursos de preparação para o parto e parentalidade, apoio ao aleitamento materno e cursos de massagem infantil. Desenvolve ainda intervenções no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A UCC, em funcionamento desde 2011, assegura cuidados a uma população de 48.589 utentes, distribuídos por cinco Unidades de Saúde Familiar. A equipa é constituída por dez enfermeiros, dos quais oito possuem especialidades diversas: um em Saúde Infantil e Pediátrica, responsável pelos programas de Saúde Escolar e de Massagem Infantil, dois em Saúde Materna e Obstétrica, um em Saúde Comunitária, três em Reabilitação e dois com perfil generalista. Complementam a equipa profissionais de outras áreas, como assistentes sociais, médicos, psicólogos e nutricionistas,

cuja colaboração depende das necessidades identificadas e da disponibilidade de recursos. A Unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, tendo ao fim-de semana somente apoio da ECCI, das 9h às 17h. Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população na sua área de intervenção, através da implementação de projetos que promovam estilos de vida saudáveis e da prestação de cuidados de saúde personalizados, em parceria com outras instituições locais.

Relativamente à USF esta é constituída por um modelo organizativo dos CSP em Portugal, caracterizado pela prestação de cuidados personalizados, acessíveis e contínuos à população inscrita. Estes tipos de unidades operam segundo princípios de autonomia funcional e organizacional, sendo constituídas por equipas multiprofissionais que incluem médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos. As atividades desenvolvidas nas USF são vastas e orientadas para a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o tratamento e o acompanhamento dos utentes ao longo do ciclo vital. Entre as principais áreas de intervenção incluem-se as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, a consulta de planeamento familiar, o acompanhamento de grávidas e puérperas, as consultas de vigilância de adultos, a gestão de doenças crónicas como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, bem como a prestação de cuidados domiciliários a utentes com limitações de mobilidade ou em situação de dependência. Em contexto pediátrico, a atuação dos profissionais da USF é particularmente relevante no âmbito da vacinação, do rastreio do desenvolvimento infantil, da educação para a saúde dirigida às famílias e da promoção de estilos de vida saudáveis. As atividades desenvolvidas são orientadas por programas nacionais de saúde prioritária e por protocolos clínicos

específicos, garantindo uma abordagem baseada na evidência e centrada nas necessidades dos utentes.

Durante o estágio, a colaboração pontual com a USF possibilitou o contacto com estas práticas de promoção e proteção da saúde, reforçando a importância da intervenção precoce e da continuidade de cuidados no contexto da saúde infantil e pediátrica. Esta experiência complementou as atividades realizadas na UCC, oferecendo uma perspetiva integrada e interinstitucional da assistência à população.

O ACES é responsável por uma área geográfica que abrange uma população significativa. Dados recentes indicam que o total de utentes inscritos no ACES é de 217.516, dos quais 201.698 (92,7%) estão integrados em USF. A elevada proporção de utentes inscritos nas USF é um indicador positivo da eficácia do modelo organizacional dos cuidados de saúde primários, que prioriza a acessibilidade e a continuidade dos cuidados. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2019), a integração dos utentes em unidades organizadas de saúde primária, como as USF, é essencial para promover a equidade, a eficiência e a personalização dos cuidados prestados.

4. Competências desenvolvidas no estágio

O estágio representa uma experiência de aprendizagem imersiva que promove a consolidação e o aprofundamento das competências profissionais, através da reflexão crítica sobre as situações vivenciadas e da aplicação dos princípios éticos e deontológicos que norteiam a prática (Benner, 2001), (Schön, 1983).

Enquanto EESIP, a realização do estágio numa UCC e, pontualmente, numa USF permitiu a concretização de atividades em diferentes níveis de intervenção, com enfoque na promoção da saúde, na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil e na capacitação de famílias e cuidadores. A prática desenvolvida refletiu os princípios consagrados no Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, assegurando a qualidade, a segurança e a eficácia dos cuidados prestados, em consonância com a evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No domínio da prestação de cuidados, destaquei-me pela realização de avaliações de saúde infantil e juvenil, pela dinamização de programas de promoção de estilos de vida saudáveis e pela implementação de estratégias educativas adaptadas às necessidades da comunidade. A intervenção junto de crianças e jovens em contexto escolar, evidenciaram a capacidade de prestar cuidados especializados que abrangem dimensões físicas, emocionais e sociais, numa abordagem holística e centrada na criança e na família (Schön, 1983).

A gestão do cuidado e a articulação com diferentes profissionais e instituições revelaram-se igualmente componentes essenciais da prática. A integração em equipas multidisciplinares da UCC e da USF possibilitou a mobilização de

competências de planejamento e coordenação de cuidados, visando a continuidade assistencial e a otimização dos recursos disponíveis.

No domínio da formação, participei ativamente na promoção da literacia em saúde junto de famílias, educadores e outros agentes comunitários, através da organização e dinamização de sessões de educação para a saúde em áreas como a parentalidade, a nutrição infantil e a saúde escolar. Este contributo traduziu o papel do EESIP enquanto agente formador e promotor de práticas baseadas na evidência.

Finalmente, no domínio da investigação, procurei sustentar a prática clínica em dados atualizados e em recomendações provenientes da literatura científica, desenvolvendo um raciocínio crítico-reflexivo orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Esta postura refletiu-se na escolha fundamentada de estratégias de intervenção e na avaliação sistemática dos seus resultados.

A atuação desenvolvida no âmbito do estágio foi norteadada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2014), garantindo práticas clínicas seguras, eficazes e adaptadas às necessidades específicas da população assistida.

Assim, a experiência de estágio permitiu não apenas a consolidação das competências previstas para o EESIP, mas também o seu exercício crítico e fundamentado em contextos reais de prestação de cuidados primários e

comunitários, contribuindo para o amadurecimento profissional e acadêmico. As competências do EESIP estão organizadas em quatro domínios principais: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. A aquisição destas competências foi evidenciada ao longo do estágio através da definição de objetivos específicos, articulados com as atividades realizadas, num exercício crítico-reflexivo sustentado pela fundamentação teórica e pela prática baseada na evidência.

4.1 Domínio da Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da saúde infantil e pediátrica constitui um domínio central da prática clínica, exigindo competências técnico-científicas e relacionais que garantam uma abordagem integral e personalizada à criança/família. Este domínio é sustentado por uma visão holística da criança, considerando-a como um ser em desenvolvimento, com necessidades específicas que variam consoante a sua idade, contexto sociofamiliar e estado de saúde (Mendes, Oliveira, & Martins, 2021). Assim, a atuação do EESIP deve assentar em princípios humanizados, seguros e promovendo o bem-estar, alinhados com as diretrizes nacionais e internacionais para a prestação de cuidados pediátricos (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Neste contexto, o EESIP assume um papel fundamental na avaliação contínua do estado de saúde da criança, na identificação precoce de alterações e na implementação de intervenções baseadas na melhor evidência disponível. A complexidade das necessidades pediátricas requer um planeamento individualizado dos cuidados, integrando não apenas a perspetiva biomédica, mas também aspetos emocionais, sociais e culturais, os quais influenciam a

resposta da criança/família ao processo de saúde-doença (Silva & Almeida, 2019). A adoção de abordagens centradas na família revela-se essencial, uma vez que esta desempenha um papel determinante no suporte e recuperação da criança, sendo corresponsável pela continuidade dos cuidados no domicílio (Pereira & Rodrigues, 2018). Além da vertente assistencial, o domínio da prestação de cuidados em enfermagem pediátrica engloba a capacitação da criança e dos cuidadores, promovendo o desenvolvimento de competências para a gestão da condição de saúde e a adoção de comportamentos promotores de saúde (Ferreira, Santos, & Cunha, 2022). A educação terapêutica, baseada em estratégias de comunicação eficazes e adaptadas ao nível de compreensão da criança e da família, configura-se como um pilar essencial na promoção da adesão terapêutica e na melhoria dos resultados em saúde (Gomes & Costa, 2021).

Deste modo, a prestação de cuidados na enfermagem pediátrica transcende a mera execução de procedimentos técnicos, exigindo um exercício profissional que combina conhecimento científico, capacidade de tomada de decisão e sensibilidade ética. A qualidade da assistência prestada é influenciada por múltiplos fatores, incluindo a formação contínua dos profissionais, a existência de recursos adequados e a implementação de políticas de saúde que favoreçam um ambiente de cuidados seguro e eficaz (Direção-Geral da Saúde, 2021). Neste sentido, a consolidação deste domínio na prática especializada em ESIP representa um desafio constante, requerendo uma abordagem reflexiva e baseada na evidência para responder às necessidades em constante evolução da população pediátrica.

Competência:

- **Demonstrar capacidade de trabalho na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;**
- **Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;**
- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

Os objetivos delineados para este percurso formativo centraram-se na integração numa equipa multidisciplinar, no aprofundamento de conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à criança e à família no contexto comunitário, e no desenvolvimento de competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade. Estes objetivos foram alcançados através da utilização de uma metodologia científica de trabalho, fundamentada em princípios éticos e na personalização dos cuidados. As atividades realizadas durante este processo formativo foram diversificadas e estrategicamente orientadas para a consolidação das competências acima descritas.

Objetivo:

- Integrar a equipa multidisciplinar em contexto clínico;
- Aprofundar conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à criança e família no contexto de estágio, utilizando uma metodologia científica de trabalho;

- Aprofundar conhecimentos e habilidades na vigilância de saúde infantil e juvenil;
- Desenvolver competências no âmbito do apoio na transição e no desempenho da parentalidade.

Atividades realizadas:

- ✓ Realizei uma visita exploratória ao contexto clínico com o objetivo de compreender a dinâmica organizacional, conhecer os recursos humanos e físicos disponíveis e consultar os principais protocolos assistenciais.
- ✓ Prestei cuidados de enfermagem especializados, segundo a metodologia científica do processo de enfermagem, a RN/criança/adolescente no contexto de estágio.
- ✓ Participei em atividades integradas de colaboração interprofissional, centradas na discussão de casos clínicos em contexto de reuniões de equipa multidisciplinar
- ✓ Implementei estratégias para o alívio da dor e do desconforto, utilizando abordagens não farmacológicas.
- ✓ Participei em consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, realizando avaliações do crescimento e desenvolvimento com base em critérios de referência e colaborando na orientação aos pais sobre cuidados preventivos.
- ✓ Acompanhei e orientei pais, no âmbito das consultas de saúde infantil, na transição da criança para o berçário, promovendo a adaptação através de informação sobre marcos do desenvolvimento e estratégias de reforço do vínculo.

Reflexão crítica:

A integração na equipa multidisciplinar, em contexto clínico, constituiu uma experiência fundamental para o desenvolvimento de competências essenciais à prática de enfermagem especializada na comunidade. A participação ativa numa equipa multidisciplinar e interdisciplinar permitiu-me reconhecer a importância da articulação entre diferentes áreas do saber na prestação de cuidados integrados e centrados na pessoa. Esta colaboração efetiva facilitou a continuidade dos cuidados, promoveu uma resposta mais célere às necessidades da população e potenciou a eficácia das intervenções de saúde, como evidenciado por (Smith, Jones, & Taylor, 2020). Este ambiente integrado fomentou igualmente uma atitude reflexiva sobre o próprio desempenho, desafiando-me a integrar, de forma coerente, os conhecimentos adquiridos ao longo da formação inicial, experiência profissional e percurso académico em curso.

Neste contexto, o aprofundamento de conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à criança e à família foi alicerçado na aplicação sistemática da metodologia científica do processo de enfermagem. A abordagem estruturada permitiu-me planear, implementar e avaliar intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença com base na melhor evidência disponível. A tomada de decisão fundamentada em dados científicos, articulada com as dimensões éticas e sociais da prática profissional, revelou-se essencial para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, conforme defendido por (Polit & Beck, 2021). A visita inicial ao contexto comunitário constituiu o ponto de partida para uma análise compreensiva da dinâmica organizacional da unidade, dos recursos disponíveis e da rede de parcerias locais. A identificação de entidades como a Câmara Municipal, a Universidade Sénior e os agrupamentos escolares permitiu

compreender a articulação existente entre os diferentes setores na promoção da saúde comunitária, sustentando as orientações propostas pela (Organização Mundial de Saúde, 2021).

A minha intervenção centrou-se ainda no desenvolvimento de competências específicas no âmbito da vigilância da saúde infantil e juvenil. A participação em consultas numa USF possibilitou-me aprofundar a avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento infantil, recorrendo a referenciais teóricos e instrumentos validados. A aplicação da escala de Mary Sheridan, como instrumento de triagem do desenvolvimento, foi particularmente relevante para a deteção precoce de sinais de alerta, permitindo intervenções atempadas. Esta prática destacou a importância do raciocínio clínico e da avaliação crítica na tomada de decisão baseada em evidência, reafirmando as recomendações de (Melnyk & Fineout-Overholt, 2018). Paralelamente, a interação com a família revelou-se crucial para assegurar a compreensão e adesão às orientações clínicas, reforçando a importância de estratégias de comunicação eficazes e culturalmente sensíveis.

No que diz respeito ao apoio à parentalidade, participei na conceção e implementação de sessões de educação para a saúde dirigidas a pais e cuidadores. Estes momentos formativos, que abordaram temas como o aleitamento materno, cuidados ao recém-nascido, introdução alimentar complementar, suporte básico de vida pediátrico e massagem infantil, permitiram promover a literacia em saúde e capacitar as famílias no desempenho das suas funções parentais (Pereira & Rodrigues, 2018). A realização destas intervenções revelou-se particularmente pertinente em contextos de maior

vulnerabilidade social, nos quais a proximidade e continuidade dos cuidados desempenham um papel determinante na redução das desigualdades no acesso à informação e aos serviços de saúde.

A humanização dos cuidados, transversal a todas as intervenções realizadas, emergiu como um dos pilares da prática profissional, refletindo-se tanto nas abordagens clínicas como comunitárias. Em ambiente de consulta, foi possível implementar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e do desconforto infantil – como a aplicação do protocolo da cólica da APMI, técnicas de distração e o envolvimento ativo dos pais – que se revelaram eficazes na promoção do bem-estar da criança (Mendes, Oliveira, & Martins, 2021). Já na vertente comunitária, a construção de relações de proximidade com as famílias, alicerçadas no respeito pela diversidade cultural, possibilitou a criação de ambientes seguros e de confiança. A necessidade de adaptar a linguagem, os conteúdos e as estratégias de intervenção às especificidades culturais de cada família foi uma constante, exigindo sensibilidade, flexibilidade e conhecimento. Esta competência foi determinante para fortalecer o vínculo terapêutico e promover práticas de saúde mais inclusivas e efetivas, em conformidade com os princípios orientadores da OMS (Organização Mundial da saúde, 2021).

Competência:

- **Demonstrar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

Objetivo:

- Aprofundar competências relacionais e comunicacionais com o RN, criança, adolescente e família.

Atividades realizadas:

- ✓ Estabeleci uma relação terapêutica com a criança e a família, respeitando as suas crenças e contextos socioculturais.
- ✓ Apliquei estratégias de comunicação eficaz com os cuidadores, promovendo a parentalidade positiva e o envolvimento na prestação de cuidados.
- ✓ Participei em programas de preparação para a parentalidade, abordando temas como cuidados ao recém-nascido, aleitamento materno, segurança infantil.
- ✓ Apliquei estratégias de empoderamento no acompanhamento de crianças/adolescentes com doenças crônicas (ex.: diabetes) incentivando a participação ativa nos seus cuidados de saúde.
- ✓ Adaptei materiais educativos (ex.: vídeos) para melhorar a comunicação da informação de saúde às famílias e comunidade educativa.

Reflexão crítica:

O aprofundamento das competências relacionais e comunicacionais com o RN, criança, adolescente e respetiva família revelou-se um processo fundamental ao longo do estágio desenvolvidos na UCC e na USF, contextos diferenciados, mas complementares no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem em saúde

infantil e pediátrica. Estas competências exigem não apenas conhecimento técnico-científico, mas também uma constante adaptação às necessidades específicas de cada grupo etário e ao contexto sociocultural envolvente (Melnyk & Fineout-Overholt, 2018).

Durante o estágio na UCC, a prática decorreu, em grande parte, em contexto comunitário e educativo, permitindo privilegiar uma abordagem relacional de proximidade, promotora da confiança e do envolvimento das famílias. A participação em programas de preparação para a parentalidade constituiu uma oportunidade para desenvolver competências comunicacionais com futuros cuidadores, abordando temáticas como os cuidados ao RN, o aleitamento materno e a segurança infantil. A relação terapêutica estabelecida baseou-se na valorização das experiências parentais, promovendo uma parentalidade positiva e informada (Jahromi, Tabatabaee, Abdar, & Raiabi, 2016).

No acompanhamento de crianças e jovens com doenças crónicas, como a DM1, aplicaram-se estratégias de empoderamento centradas na promoção da autonomia e na responsabilização pela gestão da condição de saúde. Esta abordagem demonstrou impacto positivo no envolvimento da criança e na sua perceção de autoeficácia, estando associada a melhores resultados clínicos e maior adesão ao regime terapêutico (Schilling, Grey, & Kanfl, 2013).

No contexto da USF, a prática foi marcada pela realização de consultas de vigilância, nas quais se aplicaram estratégias de comunicação centradas na criança, ajustadas ao seu desenvolvimento cognitivo e emocional. O uso de

linguagem adequada e de ferramentas lúdicas — como brinquedos terapêuticos e desenhos — facilitou a expressão emocional e a compreensão das intervenções de saúde, contribuindo para a redução da ansiedade e para o fortalecimento da relação terapêutica (Sposito, Rossato, Lima, Santos, & Silva-Rodrigues, 2016). Paralelamente, o contacto com os cuidadores permitiu aprofundar estratégias de comunicação eficaz, promovendo a sua participação nos cuidados e o seu empoderamento enquanto agentes fundamentais na saúde da criança. A escuta ativa e a validação das suas preocupações mostraram-se fundamentais para consolidar uma relação de confiança e colaboração (Melnik & Fineout-Overholt, 2018).

No domínio da literacia em saúde, a adaptação de materiais educativos, como vídeos demonstrativos, revelou-se uma estratégia eficaz para melhorar a comunicação com as famílias e com a comunidade educativa. Estas intervenções facilitaram a compreensão e execução de procedimentos específicos — como a administração de Glucagon® e Baqsimi® — em situações críticas. No entanto, a sua eficácia depende da adaptação ao contexto sociocultural e ao nível de literacia dos destinatários, sendo essencial validar a sua compreensibilidade e utilidade (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

Competência:

- **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;**
- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;**

- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.

Objetivo:

- Promover a parceria de cuidados e compreender a sua importância;
- Implementar práticas de enfermagem baseadas na evidência, orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no acompanhamento da criança e família, nomeadamente nas consultas de enfermagem e nas atividades de promoção da saúde.
- Colaborar no desenvolvimento de projetos de promoção da saúde em contexto comunitário, através da participação ativa em reuniões interinstitucionais, contribuindo para a integração de boas práticas e a resposta às necessidades locais.
- Promover cuidados de enfermagem centrados na criança e família, com foco na escuta ativa, na deteção precoce e na capacitação dos cuidadores.

Atividades realizadas:

- ✓ Incentivei, envolvi e capacitei a família na prestação de cuidados;
- ✓ Realizei consultas de enfermagem de Saúde Infantil;
- ✓ Vacinei crianças de diversas idades, seguindo o Plano Nacional de Vacinação (PNV);
- ✓ Participei no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade;
- ✓ Participei no Curso de Massagem Infantil e Recuperação Pós-Parto;

- ✓ Participei em sessões de educação no âmbito da saúde escolar relacionadas com o PASSE, SBV, Diabetes e elaboração de PSI;
- ✓ Participei em duas AES sobre SBVP a alunos da universidade Sénior Local.
- ✓ Participei numa reunião que ocorre mensalmente com a Camara Municipal e as Equipas de Saúde Escolar das várias UCC envolvidas, com o objetivo de integração de novos projetos na área da promoção da saúde

Reflexão crítica:

Uma das capacidades fundamentais consolidadas ao longo deste processo foi a demonstração de um aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP. Este desenvolvimento incluiu a capacidade de analisar criticamente problemas emergentes na prática clínica, particularmente os relacionados com a assistência a crianças e famílias. A atenção às necessidades individuais e coletivas no contexto comunitário revelou-se crucial para oferecer um cuidado eficaz e humanizado.

Os objetivos delineados para este processo formativo incluíram a promoção da parceria de cuidados e a compreensão da sua importância. Este processo envolveu a análise crítica e a adaptação das práticas clínicas para melhor atender às necessidades específicas dos utentes, promovendo uma assistência baseada em evidências (Melnyk & Fineout-Overholt, 2018). As atividades realizadas durante este estágio foram igualmente orientadas por princípios de qualidade e eficácia. Envolver e capacitar a família na prestação de cuidados foi um elemento

central, pois reconheceu-se a importância do papel da família na promoção da saúde infantil e juvenil. Esta estratégia permitiu fortalecer a autonomia e o protagonismo das famílias no cuidado das crianças (Smith, Jones, & Taylor, 2020).

A realização de consultas de enfermagem em saúde infantil permitiu-me um acompanhamento holístico da criança, promovendo a detecção precoce de desvios no crescimento e desenvolvimento, bem como o fortalecimento da relação de confiança com os cuidadores. Esse aspecto reforça a consciência crítica sobre os desafios da prática profissional, evidenciando a necessidade de um olhar atento e multidimensional para os problemas de saúde infantil e familiar (Barros & Mendes, 2018). Realizei nas consultas a anamnese explorando dados referentes ao histórico da criança, estado vacinal, crescimento e desenvolvimento, hábitos alimentares, padrões de sono e presença de doenças crônicas ou fatores de risco. Realizei avaliações antropométricas e os exames físicos. Durante essas avaliações não existiram desvios no crescimento e desenvolvimento. No âmbito da educação em saúde, forneci orientações individualizadas sobre aleitamento materno, diversificação alimentar, prevenção de acidentes domésticos, higiene oral, vacinação e estimulação precoce. A consulta também representa um momento essencial para esclarecer dúvidas dos cuidadores, fortalecendo sua autonomia e capacitação na promoção da saúde da criança. Pude constatar que um dos desafios dos enfermeiros e médicos de família nas USF é o tempo reduzido para essas consultas. Isto pode levar a uma mecanização das consultas, onde o foco recai sobre a execução de procedimentos técnicos e registros administrativos, em detrimento de uma avaliação aprofundada do desenvolvimento da criança e da educação dos cuidadores. Esta realidade contrasta com a abordagem centrada na família e na criança, preconizada pelos

princípios da EESIP, que requer um tempo adequado para escuta ativa, identificação de fatores de risco e intervenções preventivas eficazes (Ferreira, Sousa, & Almeida, 2021). Diante desse cenário, torna-se fundamental repensar a organização das consultas e a distribuição dos recursos humanos, de forma a garantir que os profissionais possam prestar cuidados de forma mais humanizada e eficaz. Estratégias como a ampliação do tempo das consultas, o aumento do número de profissionais nas USF e a implementação de modelos assistenciais inovadores, como o acompanhamento por equipas multiprofissionais, podem contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes (Lima, Oliveira, & Martins, 2023).

A participação no projeto de parentalidade da UCC constituiu uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de competências na área da enfermagem em saúde infantil e pediátrica tendo necessidade de demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos em diferentes temáticas abordadas em várias sessões, na área da EESIP. Este projeto é uma iniciativa estruturada e centrada na promoção da parentalidade positiva, com intervenções que se iniciam durante a gravidez e se estendem ao período pós-parto, abrangendo tanto a educação para a saúde como o acompanhamento personalizado das famílias. Durante a gravidez, as sessões realizadas visam capacitar os futuros pais para enfrentarem os desafios associados à gestação, ao parto e aos primeiros meses de vida do bebé. As temáticas abordadas, como a amamentação, a segurança infantil, o sono do bebé, os cuidados ao recém-nascido e o processo de nascimento, refletem as normas preconizadas pela DGS. Estas sessões permitem criar um espaço de diálogo, onde os pais podem expressar dúvidas e receber orientações baseadas em evidências científicas.

As participações nestes cursos permitiram-me um aprofundamento dos conhecimentos sobre a adaptação neonatal, os desafios do aleitamento materno e as estratégias para fortalecer o vínculo pais-bebé. Além disso, possibilitou a observação da importância da comunicação eficaz e da escuta ativa para responder às dúvidas e inseguranças dos pais. Este envolvimento reforça a necessidade de um cuidado centrado na família, promovendo a capacitação dos cuidadores como agentes ativos na saúde infantil. Estudos mostram que intervenções educativas nesta fase promovem a autoconfiança parental e reduzem os níveis de ansiedade, contribuindo para uma experiência de parentalidade mais positiva (Martins, Sousa, & Lopes, 2018).

Após o nascimento, o projeto proporciona um acompanhamento contínuo, com sessões pós-parto que incluem temáticas relevantes como a diversificação alimentar e sinais e sintomas de alarme. Durante o primeiro mês de vida do recém-nascido, o acompanhamento é realizado nas consultas de saúde infantil na USF. Contudo, a UCC mantém-se disponível para responder a questões adicionais dos pais, evidenciando uma abordagem flexível e centrada nas necessidades da família. Este modelo de continuidade do cuidado é essencial para garantir a adaptação dos pais ao novo papel e para prevenir complicações relacionadas com a saúde física e emocional do bebé e da mãe (Silva, Santos, & Costa, 2020). A diversificação alimentar foi um dos temas que suscitou maior interesse entre os pais, destacando-se pela sua importância na construção de hábitos alimentares saudáveis desde os primeiros anos de vida. Este processo, que marca a transição entre o aleitamento materno e a alimentação familiar, pode ser um período desafiante tanto para o bebé como para os cuidadores. Durante as sessões, foi enfatizada a importância de respeitar o ritmo individual do bebé, as suas preferências alimentares e de promover um ambiente calmo durante as

refeições. Segundo os autores (Silva, & Aguiar, 2011), estratégias como introduzir gradualmente os alimentos recomendados nas idades-chave e garantir uma alimentação diversificada são fundamentais para prevenir deficiências nutricionais e promover o desenvolvimento saudável. Também participei em sessões nas quais foram abordadas questões relacionadas com o estado febril, as convulsões febris e a desobstrução das vias aéreas. Estas sessões visaram capacitar os pais para reconhecerem sinais de alerta e adotarem intervenções seguras em emergências. A formação de cuidadores em primeiros socorros pediátricos é amplamente reconhecida como uma intervenção eficaz na prevenção de complicações graves, ao permitir uma resposta precoce e adequada a eventos adversos. Como EESIP denoto que é emergente garantir que estas formações possam chegar a mais famílias de forma a fortalecer a resiliência familiar, reduzir a sobrecarga dos serviços de urgência e promover a segurança infantil. Nestas sessões utilizaram-se estratégias digitais, como vídeos educativos e simulações interativas, que aumentam o impacto das formações e facilitam o acesso à informação para um maior número de famílias (Ferreira, Sousa, & Almeida, 2021).

A massagem infantil foi outra atividade desenvolvida no âmbito do projeto, proporcionando um momento de proximidade entre pais e bebés. Durante as sessões, os pais aprenderam técnicas que promovem o bem-estar do bebé, como o alívio de cólicas, gases e prisão de ventre, além de estimularem a libertação de endorfinas e a redução do cortisol. Este tipo de intervenção também fortalece a vinculação, contribuindo para o desenvolvimento emocional e social da criança (Fonseca, Silva, & Nogueira,, 2004). A massagem infantil contribui para a regulação do sono, melhora da digestão e redução de episódios de cólicas, o que impacta diretamente no bem-estar da criança e na qualidade de vida da família

(Ferreira, Sousa, & Almeida, 2021). A minha participação ativa permitiu aplicar conhecimentos teóricos na prática e observar os benefícios diretos destas interações. Complementando o apoio às famílias, o curso de recuperação pós-parto, dinamizado por uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, ofereceu um espaço para a promoção da saúde física e emocional das mães. Este tipo de intervenção é crucial, considerando as alterações físicas e psicológicas inerentes ao período pós-parto, que podem impactar a capacidade das mães em desempenhar o seu papel de cuidadoras (Nascimento, Cardoso, & Pereira, 2017). A participação neste projeto permitiu não apenas o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, mas também o fortalecimento de competências relacionais e educativas. A abordagem interdisciplinar e a interação direta com as famílias possibilitaram uma compreensão mais profunda das suas necessidades e desafios. Além disso, a aplicação de intervenções baseadas em evidências reforçou a importância de práticas seguras e eficazes, alinhadas às orientações da DGS.

Durante o decorrer do estágio foi perceptível que existe uma limitação de acesso das famílias aos cursos de preparação para o parto e Parentalidade, aos cursos de massagem infantil e às consultas de apoio ao aleitamento materno a decorrer na UCC, pois nem sempre a população tem conhecimento da sua existência e funcionalidade como também por parte das equipas de USF. Apesar da sua relevância na capacitação dos pais e na promoção da saúde infantil, muitas famílias desconhecem a oferta destes programas nas UCC. Este facto reforça a necessidade de uma maior articulação entre os profissionais de saúde, em especial das USF, que devem referenciar sistematicamente os utentes para esses cursos através do sistema informático SClínico ®. Esta abordagem contribuiria

para melhorar a adesão e participação das famílias, promovendo um acompanhamento mais eficaz e contínuo durante o período perinatal e pós-natal.

Particpei em sessões de educação em saúde escolar no âmbito do projeto de saúde escolar segundo as orientações do PNSE (2015). Particpei em sessões sobre alimentação, SBV e diabetes em diferentes escolas dos agrupamentos de escola desde o pré-escolar ao 3º ciclo. Foi possível elaborar um PSI.

No contexto do PASSE, com alunos do 1º ciclo, nas cantinas das escolas, particpei em atividades nas quais o foco da intervenção foi ensinar como realizar a leitura de rótulos em variadas embalagens. Ao longo das sessões, foram utilizadas estratégias para os alunos ganharem confiança e autonomia, promovendo o envolvimento dos mesmos na construção de alternativas para o consumo de alimentos mais saudáveis tendo em consideração a roda dos alimentos. Trabalhar a alimentação das crianças é um desafio, pois são os pais que compram e preparam os alimentos. Muitas vezes, estes não têm conhecimento ou não dão prioridade a hábitos alimentares saudáveis. Isso pode dificultar a adoção de uma alimentação equilibrada pelas crianças. Por isso, é essencial envolver as famílias na educação alimentar, promovendo escolhas mais saudáveis em casa.

No âmbito do SBV, inserido na semana da saúde particpei em várias sessões teórico-práticas, no 8º, 9º, 10º e 11º ano. O ensino de SBV a crianças e adolescentes é uma iniciativa crucial para disseminar conhecimentos essenciais sobre reanimação cardiopulmonar e intervenção em situações de emergência. A evidência científica demonstra que a introdução precoce de treinamentos sobre

SBV nas escolas aumenta significativamente a probabilidade de resposta adequada a paragens cardiopulmonares na comunidade (Lima, Oliveira, & Martins, 2023). Como EESIP, a participação nessas atividades não só reforça a importância da prevenção como permite a capacitação da população escolar para atuar em situações críticas.

No contexto da diabetes dinamizei uma AES sobre a temática, a docentes e não docentes, no âmbito do programa das necessidades de saúde especiais (apêndice III). A realização destas sessões voltadas para a monitorização glicémica e reconhecimento de sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia foram fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar dos alunos diabéticos durante o período escolar. A elaboração do PSI permitiu que cada aluno com uma condição de saúde específica tivesse um plano de intervenção para responder a situações emergentes, garantindo uma abordagem integrada entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade educativa. Como EESIP pude desempenhar um papel fundamental, não só na capacitação dos agentes educativos, mas também na defesa e implementação de medidas que garantam a inclusão e a equidade na saúde escolar. A continuidade destas AES e a implementação de estratégias de monitorização são essenciais para consolidar práticas seguras e garantir que a escola seja um espaço protetor e promotor da saúde para todos os alunos. Durante as ações existiram alguns docentes e não docentes que foram relatando que a escola não deveria assumir funções relacionadas à saúde, delegando inteiramente essa responsabilidade à família ou à equipa de saúde escolar. Acredito que no final das mesmas essa ideia tenha sido desconstruída em prol do bem-estar de todos.

Quanto à intervenção realizada junto dos alunos integrados em Universidades Seniores, surgiu como uma oportunidade de capacitar indivíduos com uma faixa etária distinta, tendo surgido no âmbito da colaboração da equipa da UCC com a CM . A crescente participação de pessoas idosas no apoio intergeracional enquanto cuidadores diretos ou elementos de retaguarda familiar justifica plenamente o investimento na sua capacitação para a resposta imediata a situações de emergência envolvendo crianças. Este tipo de intervenção, ao mobilizar o potencial educativo da população sénior, contribui para a promoção de uma cultura de segurança e para o fortalecimento da literacia em saúde numa perspetiva comunitária. Tal como sublinhado por (Sørensen, et al., 2012), a literacia em saúde constitui um determinante estruturante da capacidade individual e coletiva de agir adequadamente em contextos de saúde e doença. Neste enquadramento, a ação formativa realizada adquiriu uma dimensão preventiva e promotora da saúde pública, particularmente relevante em territórios envelhecidos, como é o caso da região de abrangência da UCC. A planificação pedagógica da AES exigiu uma atenção cuidadosa às especificidades do grupo-alvo. A heterogeneidade ao nível das experiências prévias, competências digitais, níveis de escolaridade e aptidões psicomotoras implicou a adoção de metodologias ativas, adaptadas à faixa etária e às características funcionais dos participantes. O recurso à simulação prática, à linguagem acessível e à exemplificação concreta permitiu criar um ambiente propício à aprendizagem significativa e ao desenvolvimento de competências práticas. No decurso da implementação, observei uma elevada motivação dos participantes, traduzida numa postura de envolvimento e valorização do saber adquirido. Este aspeto revelou-se especialmente relevante, uma vez que a perceção de utilidade social do conhecimento favorece a retenção e a aplicação prática das aprendizagens, conforme demonstrado por (Browning, Schein, & Cuneo, 2018),

ao associarem a formação em SBVP a ganhos em autoconfiança e redução da ansiedade perante emergências. Contudo, importa reconhecer que, apesar do impacto positivo imediato, a consolidação das competências adquiridas depende fortemente de reforço contínuo e de oportunidades regulares de treino. A evidência indica que a retenção de habilidades em SBVP tende a diminuir com o tempo, especialmente quando não sujeita a prática periódica (Van de Voorde, Turner, Djakow, & al., 2021). Assim, torna-se imperativo pensar estas intervenções não como eventos pontuais, mas como parte de um modelo formativo cíclico e sustentado. Em termos de impacto futuro, a capacitação da população sénior em SBVP potencia múltiplos efeitos positivos. Para além do aumento da prontidão em responder a emergências pediátricas, estes indivíduos passam a ocupar uma posição de referência no seio familiar e comunitário, reforçando a sua autoestima e o seu papel enquanto agentes ativos na promoção da saúde. Tal posicionamento contribui, ainda, para a desmistificação do envelhecimento como fase de declínio, afirmando-o como um tempo de aprendizagem, responsabilidade e contribuição social.

Objetivo:

- Aprofundar competências no apoio na transição e no desempenho da parentalidade, refletindo sobre a importância do papel do EESIP;

Atividades realizadas:

- ✓ Planeei e realizei AES aos Pais sobre SBVP (apêndice I)
- ✓ Realizei consultas no âmbito do apoio ao aleitamento materno

Reflexão crítica:

No contexto deste estágio, os objetivos delineados centraram-se no aprofundamento das competências relacionadas com o apoio à transição e ao desempenho da parentalidade, destacando-se a importância do papel do EESIP neste processo. Nesse sentido, foram realizadas diversas atividades relacionadas com a educação para a saúde, reforçando o envolvimento das famílias e promovendo a sua participação ativa no cuidado e desenvolvimento das crianças (Melnyk & Fineout-Overholt, 2018).

Outro aspeto fundamental foi o planeamento e a realização de AES destinadas a pais sobre SBVP. Estas ações, alicerçadas numa metodologia científica de trabalho, abordaram questões relacionadas com a promoção da saúde infantil e a prevenção de problemas de saúde comuns na infância. A planificação cuidadosa e a execução estruturada destas atividades permitiram transmitir informações de forma clara e acessível, promovendo o empoderamento das famílias e a melhoria da qualidade dos cuidados (Melnyk & Fineout-Overholt, 2018).

O aprofundamento de competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade constitui um eixo fundamental da prática do EESIP. A realização de atividades que visam a capacitação dos pais e o acompanhamento das necessidades do recém-nascido permite não só fortalecer o vínculo familiar, mas também contribuir para a promoção da saúde infantil e a prevenção de eventuais complicações.

Realizei uma AES para capacitar pais e cuidadores de bebês até seis meses, combinando teoria e prática. Com o planejamento desta ação cumpro os requisitos de avaliação do estágio; e detalhei o planejamento da intervenção em SBVP. A PCR pediátrica resulta, na maioria dos casos, de uma falha respiratória progressiva, sendo a hipóxia a principal causa. Assim, o SBVP foca-se na desobstrução das vias respiratórias e na oxigenação adequada. A formação de pais e cuidadores é essencial, promovendo a confiança e reduzindo a ansiedade perante emergências (Barry, Dixon, Armstrong, & Keane, 2019), (Callahan & Fuchs, 2018). Utilizei como abordagem pedagógica, centrada na combinação de teoria e prática através de sessões interativas e demonstrações, alinhando com as recomendações atuais da literatura. A decisão de abordar o tema “Suporte Básico de Vida Pediátrico” surgiu após a realização de um levantamento de necessidades junto de pais e cuidadores de bebês até 6 meses, revelando que a maioria não possuía conhecimentos ou treino em SBVP. Apenas dois dos 24 participantes tinham contacto prévio com o tema por razões profissionais, e todos demonstraram interesse na formação. Diante dessa lacuna e da relevância do SBVP na redução da morbimortalidade infantil, realizei uma AES teórico-prática. A avaliação demonstrou elevada assimilação dos conceitos fundamentais, com 100% de acertos em várias áreas-chave. Contudo, 25% dos participantes revelaram dificuldades na avaliação da respiração, reforçando a necessidade de maior treino prático (Almutairi, Alharthy, Almaziad, & et al, 2023). O treino em SBVP demonstrou impacto positivo na literacia em saúde e na capacidade de resposta em emergências pediátricas (Uehara, et al., 2018). A AES provou ser uma intervenção eficaz, sendo recomendada a sua continuidade e melhoria, especialmente no ensino da avaliação respiratória. Estudos indicam que a educação parental em SBVP melhora significativamente a confiança dos cuidadores e pode reduzir a mortalidade infantil por causas evitáveis (Berden,

Willems, Hendrick, & Pijls, 2019). A transmissão de conhecimentos e competências nesta área contribui para o empoderamento dos pais e para a criação de um ambiente doméstico mais seguro. Contudo, é essencial assegurar que estas formações sejam interativas, permitindo a prática de manobras de reanimação e a clarificação de dúvidas em tempo real. A avaliação da eficácia destas intervenções pode ser feita através da aplicação de questionários antes e depois da formação, o que possibilita a aferição da retenção de conhecimentos e a identificação de áreas de melhoria (Madden, 2021) .

No âmbito do apoio ao aleitamento materno, a realização de consultas específicas permitiu-me prestar um acompanhamento individualizado, ajustado às dificuldades e expectativas de cada mãe. A evidência científica reforça que o suporte especializado influencia positivamente a taxa e a duração do aleitamento materno, sendo um dos determinantes para a promoção da saúde infantil e o fortalecimento do vínculo mãe-bebé (Victora, et al., 2016) . No entanto, é crucial considerar os desafios associados à amamentação, como dificuldades na pega, dor materna e insegurança, que frequentemente conduzem ao desmame precoce. Neste contexto, foquei a minha intervenção como EESIP na escuta ativa, no reforço positivo e na adaptação das orientações à realidade de cada família, garantindo que as mães se sentissem apoiadas e capacitadas para continuar a amamentação (World Health Organization, 2020) .

Um dos aspetos desenvolvidos em consulta de extrema importância são os ensinamentos realizados aos pais. O contacto próximo com estes gera uma maior abertura para o esclarecimento de dúvidas e balizar expectativas dos pais relativamente ao crescimento e maturação dos seus filhos. No entanto, é

necessário evitar a transmissão de padrões rígidos, enfatizando, pois, cada criança tem o seu próprio ritmo de crescimento. Além disso, a estimulação adequada ao estágio de desenvolvimento deve ser promovida através de atividades lúdicas, interação social e um ambiente favorável ao desenvolvimento cognitivo e emocional (Zeanah, 2018).

A reflexão sobre estas atividades evidencia a importância do papel do EESIP na promoção de uma parentalidade informada, consciente e apoiada em práticas baseadas na melhor evidência científica disponível. O investimento na capacitação dos pais e no acompanhamento da criança nos primeiros anos de vida traduz-se em benefícios de longo prazo para a saúde infantil, a qualidade da relação parental e a prevenção de problemáticas futuras. No entanto, para garantir a eficácia destas intervenções, é necessário um compromisso contínuo com a atualização científica e a adaptação das abordagens às necessidades específicas de cada família e contexto sociocultural.

Competência:

- **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;**
- **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;**
- **Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.**

Objetivo:

- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na assistência à criança e família em situações complexas;
- Aprofundar competências promotoras da gestão emocional, quer pessoais, quer relativas à criança e família;
- Refletir sobre o papel do EESIP perante situações complexas.

Atividades realizadas:

- ✓ Refleti sobre o papel do EESIP e sua atuação em situações complexas durante o meu percurso enquanto EESIP;
- ✓ Discuti situações reais em grupo, permitindo debater possíveis intervenções e refletir sobre a sua prática;
- ✓ Promovi a colaboração com profissionais de outras áreas (psicologia, assistência social, educação) para uma abordagem mais holística das situações complexas.

Reflexão crítica:

O exercício da enfermagem em saúde infantil e pediátrica exige competências avançadas, capazes de responder às necessidades complexas da criança e da sua família. Uma das competências mais significativas foi a capacidade de avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, partindo de uma perspetiva académica avançada. Este processo exigiu a aplicação de ferramentas teóricas e práticas que facilitassem a compreensão da multidimensionalidade das situações vivenciadas pelas crianças e suas famílias.

Durante o estágio fui chamada a intervir junto de uma família cujo filho, com sete anos de idade, tinha sido recentemente diagnosticado com DM1. O diagnóstico, obtido na sequência de um episódio de cetoacidose diabética, constituiu para a família um acontecimento profundamente desestabilizador, dado o impacto abrupto na dinâmica familiar, nos hábitos diários e nas expectativas futuras relativamente à saúde da criança. A complexidade da situação exigiu uma abordagem sistemática, capaz de integrar simultaneamente as dimensões clínicas, emocionais e sociais implicadas. Após o contacto inicial com a família, tornou-se evidente a necessidade de um plano de intervenção individualizado, que considerasse não apenas a adesão ao regime terapêutico (monitorização da glicemia, administração de insulina, plano alimentar), mas também a gestão das reações emocionais associadas ao diagnóstico. Estas incluíam sentimentos de medo, incerteza e, por parte dos pais, uma perceção de incapacidade para prestar os cuidados exigidos, o que motivava comportamentos de hipervigilância e controlo excessivo. A construção do plano de intervenção baseou-se nos princípios da educação em saúde preconizados por (Nutbeam, 2018), centrando-se na promoção da literacia em saúde da criança e da família. Os conteúdos e métodos utilizados foram ajustados ao nível de compreensão da criança e à experiência prévia da família com cuidados de saúde, garantindo a acessibilidade cognitiva e comunicacional da informação. Recorreu-se a materiais visuais e interativos, de carácter lúdico e pedagógico, com o objetivo de facilitar a compreensão da fisiopatologia da DM1, a identificação de sinais de hipo e hiperglicemia e a adoção de estratégias de autocontrolo, promovendo o desenvolvimento de competências de autorregulação e tomada de decisão informada. Paralelamente, tornou-se imprescindível integrar uma dimensão terapêutica orientada para a gestão emocional da criança e dos seus cuidadores, em consonância com o princípio da intervenção precoce e preventiva. O impacto

do diagnóstico recente revelou-se estruturante na dinâmica familiar, exigindo uma reorganização dos papéis parentais, uma redefinição da autonomia da criança e uma reconfiguração da percepção de controlo sobre a situação. Neste contexto, a adoção de uma postura de escuta ativa e empática revelou-se essencial para validar as emoções expressas, identificar barreiras emocionais ao processo de adaptação e favorecer a construção conjunta de estratégias adequadas ao contexto familiar. A articulação com a escola da criança, foi promovida por uma reunião com a equipa docente e os auxiliares de ação educativa, com o objetivo de criar um plano de gestão individualizado em ambiente escolar. Esta intervenção visou assegurar a continuidade e coerência dos cuidados, bem como sensibilizar a comunidade educativa para a importância da vigilância e da resposta adequada em caso de alteração do estado glicémico. A abordagem sistemática e criativa de questões relacionadas com a criança e a família, especialmente no âmbito da Educação para a Saúde em Idade Pediátrica, destacou-se como uma competência essencial. A complexidade das situações enfrentadas exigiu a criação de estratégias inovadoras, como a elaboração de planos individualizados de intervenção que considerassem as especificidades de cada família. Este trabalho foi fundamentado em princípios de educação em saúde, os quais, segundo Nutbeam (Nutbeam, 2018) , promovem a literacia em saúde e aumentam a capacidade das famílias de tomar decisões informadas. Outro aspeto crítico foi a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, especialmente em contextos onde as necessidades das famílias mudam de forma abrupta. A gestão de crises emocionais, como as associadas a diagnósticos inesperados, evidenciou a importância de uma abordagem que conjugasse competências clínicas e emocionais.

Conforme Greiner e Knebel (Greiner & Knebel, E, 2020) destacam, a formação avançada em enfermagem deve incluir o desenvolvimento de competências emocionais, essenciais para lidar com situações de elevada exigência. O objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na assistência à criança e à família em situações complexas foi concretizado, em contexto de estágio, através de uma prática sustentada na reflexão contínua, na integração de evidência científica atualizada e na aplicação de estratégias diferenciadas, adequadas às necessidades específicas de cada contexto familiar. Esta abordagem permitiu aplicar de forma concreta a competência de avaliar a adequação de diferentes métodos de análise de situações complexas, traduzindo-se numa atuação fundamentada e ajustada a realidades clínicas e emocionais desafiantes, como foi o caso do acompanhamento de uma criança com diagnóstico recente de DM1. Neste caso particular, a complexidade clínica da doença associava-se à carga emocional vivida pela família perante a nova realidade, implicando alterações súbitas nos hábitos diários, nos papéis parentais e na perceção de controlo sobre a situação. A gestão emocional, quer a nível pessoal, quer no apoio à criança e à família, destacou-se como um eixo central da intervenção. Através dos momentos no qual foi realizado o PSI como também a sessão de capacitação para docentes e não docentes, adaptadas ao nível de compreensão da criança e aos conhecimentos prévios da família e da comunidade educativa, foi possível promover a literacia em saúde, capacitar os cuidadores para a tomada de decisões informadas e fomentar a autonomia progressiva da criança no processo de autocuidado e em contexto educativo. Estas intervenções foram concebidas com base nos princípios da educação inclusiva (Decreto-Lei n.º 54/2018), assegurando a acessibilidade, a participação ativa e a personalização da resposta educativa. Paralelamente, a abordagem sistemática e criativa das questões emocionais permitiu aplicar a competência de abordar questões complexas de modo criativo

e reflexivo, particularmente no que se refere à gestão do stresse emocional associado ao diagnóstico. A adoção de uma postura de escuta ativa, aliada à aplicação do modelo de coping de autores como Folkman e Lazarus (Folkman & Lazarus, 1984) , favoreceu a construção de um espaço terapêutico onde os cuidadores puderam expressar emoções, clarificar dúvidas e reestruturar estratégias adaptativas. Esta dimensão relacional da prática foi ainda intensificada perante situações imprevistas, como episódios de hipoglicemia ocorridos em contexto de visita domiciliária, onde foi necessário conjugar competências clínicas com uma resposta emocionalmente contida, reforçando a confiança e o sentimento de segurança por parte da família.

A reflexão crítica ao longo do processo permitiu identificar os elementos facilitadores da intervenção e áreas a melhorar, promovendo um desenvolvimento contínuo da prática profissional. Esta análise sustentada contribuiu para consolidar o papel do EESIP enquanto agente de mudança, capaz de responder com competência, sensibilidade e criatividade aos desafios complexos da saúde infantil no contexto comunitário.

Souza e outros autores (Souza, Cunha, C. P, & Almeida, F. P, 2021) referem que a gestão emocional é uma competência fundamental no trabalho com populações vulneráveis, promovendo a resiliência tanto nos profissionais como nos indivíduos atendidos.

Durante este percurso, diversas atividades foram realizadas com o objetivo de consolidar o papel do EESIP em situações complexas. A reflexão crítica sobre a atuação do EESIP foi fundamental para identificar áreas de melhoria e reforçar a sua contribuição na educação para a saúde. Discussões em grupo acerca de situações reais permitiram partilhar experiências, analisar intervenções

realizadas e planejar estratégias futuras. Em contexto de UCC e USF, as discussões de grupo sobre situações reais constituíram igualmente uma estratégia pedagógica relevante para a consolidação de competências no domínio da prestação de cuidados. Um dos exemplos debatidos referiu-se à gestão de crianças em programa de vigilância do desenvolvimento infantil, em que se pude assistir a casos de atraso no desenvolvimento da linguagem. A reflexão sobre estes episódios permitiu reforçar a importância e a necessidade de referenciação atempada para intervenção precoce. A partir desta análise, planearam-se estratégias de sensibilização aos pais para a importância da estimulação comunicativa no domicílio. Também foram objeto de discussão casos relacionados com a educação para a saúde em contexto escolar, nomeadamente intervenções dirigidas à promoção da alimentação saudável e da atividade física em crianças do ensino básico. A análise destas experiências permitiu refletir sobre a adaptação das mensagens educativas à faixa etária e ao contexto cultural das crianças, bem como sobre metodologias ativas de ensino que promovam uma participação mais efetiva. Por fim, discutiu-se ainda situações de gestão de vacinação em crianças em atraso vacinal, abordando estratégias de recuperação de esquemas vacinais e de comunicação assertiva com os cuidadores para reforçar a confiança nas vacinas, com base em evidência científica atualizada.

Estas discussões, centradas na prática quotidiana das UCC e USF, favoreceram o desenvolvimento de competências específicas de intervenção comunitária, de gestão de programas de saúde e de promoção da literacia em saúde, consolidando uma prática profissional orientada para a prevenção da doença, a promoção da saúde e a intervenção precoce junto da população pediátrica.

Estas dinâmicas, baseadas em princípios de aprendizagem colaborativa, são corroboradas por estudos que enfatizam a eficácia do trabalho em equipa na resolução de problemas complexos (Silva, Santos, & Oliveira, 2023). A

colaboração com profissionais de outras áreas, como psicologia, assistência social e educação, foi uma atividade indispensável para garantir uma abordagem holística. Em contexto escolar, no âmbito de projetos de promoção da saúde, a colaboração com profissionais de educação foi determinante. Na implementação de sessões educativas sobre estilos de vida saudáveis (alimentação, atividade física, competências socio-emocionais), o trabalho conjunto com professores e psicólogos permitiu adaptar os conteúdos pedagógicos à faixa etária das crianças, recorrendo a metodologias participativas que incentivaram uma maior adesão e envolvimento dos alunos. Em casos de vacinação de crianças migrantes em atraso vacinal, a articulação com mediadores culturais e técnicos de intervenção comunitária foi crucial para ultrapassar barreiras linguísticas e culturais, garantindo a adesão ao programa nacional de vacinação e promovendo o acesso equitativo aos cuidados de saúde. A interdisciplinaridade revelou-se essencial para compreender e atender às múltiplas dimensões das situações enfrentadas pelas famílias. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2019), a integração de diferentes áreas do saber promove intervenções mais abrangentes e sustentáveis, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Em suma, a experiência vivida em contexto comunitário proporcionou um aprofundamento significativo de competências técnicas e emocionais, fundamentais para a assistência à criança e família em situações complexas. A reflexão sobre o papel do EESIP reforçou a importância de uma abordagem baseada na evidência, colaborativa e adaptativa às necessidades das famílias, promovendo a saúde e o bem-estar no âmbito comunitário.

4.2 Domínio da Formação

O progresso do enfermeiro está ligado ao esforço que este dedica ao aprimoramento das suas habilidades e conhecimentos em enfermagem, além do seu crescimento pessoal. Para assegurar a excelência nos cuidados oferecidos, é fundamental que o enfermeiro esteja sempre atualizado, ampliando o seu saber com base nas evidências científicas mais recentes.

Competência:

- **Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**
- **Analisar problema de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Objetivo:

- Demonstrar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, integrando a experiência com conhecimento teórico atualizado.
- Aplicar raciocínio clínico e modelos de tomada de decisão no planeamento de cuidados.
- Refletir sobre os contributos da prática clínica para o desenvolvimento de competências especializadas
- Desenvolver capacidades de autoaprendizagem e reflexão crítica através da organização das atividades e comunicação com crianças e famílias, utilizando a autorreflexão e feedback como instrumentos de melhoria contínua.

Atividades realizadas:

- ✓ Demonstrei progressivamente autonomia na organização das atividades e na comunicação com crianças e famílias, monitorizando essa evolução através de autorreflexão e feedback do tutor.
- ✓ Desenvolvi uma proposta de intervenção educativa com base nas necessidades identificadas no serviço, integrando pressupostos pedagógicos e metodologias participativas.
- ✓ Assisti no dia 19 de setembro de 2024 ao ciclo de formação para profissionais de Saúde – 8ª edição Health Insights
- ✓ Assisti à Formação com a temática Igualdade e Diversidade de Género que decorreu no dia 10 de outubro de 2024 desenvolvida pela Com Alma - Associação para a Promoção da Igualdade e Inclusão Social
- ✓ Assisti ao II Encontro de Saúde Escolar – One Health e Escolas Promotoras de Saúde, promovido pela ULS Matosinhos nos dias 24 e 25 de outubro de 2024.

Reflexão crítica:

O exercício da ESIP requer uma atualização contínua e uma postura reflexiva que garanta não apenas a melhoria das práticas profissionais, mas também o crescimento pessoal. A promoção do crescimento pessoal e profissional constitui um dos principais objetivos no desenvolvimento das competências em enfermagem. Exige uma atualização contínua do conhecimento técnico-científico e uma postura reflexiva permanente. Esta postura visa assegurar não apenas a melhoria da prática profissional, mas também o crescimento pessoal do enfermeiro (Schön, 1983). A prática reflexiva, entendida como a capacidade crítica de analisar as próprias ações, motiva a revisão constante dos saberes, atitudes e procedimentos, impulsionando a evolução da identidade profissional

(Benner, 1981). A promoção do crescimento pessoal e profissional configura-se, assim, como um dos pilares do desenvolvimento das competências em enfermagem. Para manter o processo de autodesenvolvimento, torna-se imprescindível o investimento regular em formação contínua, a participação ativa em contextos de aprendizagem formal e informal, a leitura crítica da literatura científica atualizada e a integração de novos conhecimentos na prática clínica (Fukada, 2018). Além disso, o autodesenvolvimento é sustentado pela capacidade de autoavaliação, que implica reconhecer limitações, identificar necessidades de aprendizagem e estabelecer objetivos de melhoria contínua. A supervisão clínica, a análise de práticas e a partilha de experiências com pares configuram estratégias essenciais para alimentar este processo, permitindo que o enfermeiro se mantenha comprometido com a excelência dos cuidados prestados e com o fortalecimento do seu percurso pessoal e profissional (Duffy, 2009). Neste contexto de valorização contínua da prática reflexiva e do compromisso com o autodesenvolvimento profissional, a participação ativa em iniciativas formativas constitui uma estratégia fundamental para sustentar e expandir as competências do enfermeiro. A frequência em ações de formação permite não apenas a atualização do conhecimento técnico-científico, mas também o aprofundamento de uma visão crítica sobre as exigências emergentes da prática clínica. Assim, as experiências formativas vivenciadas, que se apresentam de seguida, evidenciam o investimento pessoal e profissional em áreas prioritárias para o exercício qualificado da ESIP, reforçando a capacidade de resposta face aos desafios contemporâneos dos cuidados de saúde. Pode participar em várias formações constituindo um pilar essencial no autodesenvolvimento, permitindo a aquisição de conhecimentos atuais e relevantes para a prática clínica. No dia 19 de setembro de 2024, assisti ao ciclo de formação para profissionais de saúde – 8ª edição Health Insights. Este evento, reconhecido pela sua abordagem

multidisciplinar, abordou temas inovadores na área da saúde, incluindo tecnologias emergentes e estratégias de gestão em saúde comunitária. A formação reforçou a importância da integração de tecnologias no apoio à tomada de decisão clínica, promovendo uma visão mais eficaz e integrada do cuidado. No dia 10 de outubro de 2024, assisti à formação com a temática “Igualdade e Diversidade de Género”, organizada pela entidade Com Alma. Esta organização atua no âmbito da promoção dos direitos humanos, da igualdade de género e da diversidade social. A formação enquadrou-se no âmbito de iniciativas de sensibilização e capacitação dirigidas a profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de fomentar práticas mais inclusivas e conscientes, bem como de promover a eliminação de discriminações baseadas no género. Esta formação destacou-se pela abordagem crítica às questões de género e pelos desafios associados à promoção da equidade nos cuidados de saúde. Com base nos ensinamentos adquiridos, foi possível refletir sobre a necessidade de uma prática inclusiva que considere as especificidades e vulnerabilidades de cada indivíduo, respeitando as suas diferenças. A formação em igualdade de género é um elemento essencial para promover a humanização e equidade nos serviços de saúde (Silva, Santos, & Oliveira, 2021) . Adicionalmente, entre os dias 24 e 25 de outubro de 2024, participei no II Encontro de Saúde Escolar – “One Health e Escolas Promotoras de Saúde”, promovido pela ULS Matosinhos. Este encontro foi fundamental para compreender a interligação entre a saúde humana, animal e ambiental no conceito “One Health” e para reforçar a importância das escolas como espaços privilegiados para a promoção da saúde comunitária. A abordagem multidimensional deste evento, que incluiu painéis com profissionais de várias áreas, como medicina, enfermagem e educação, sublinhou a relevância de parcerias interdisciplinares na implementação de estratégias sustentáveis e integradas para a promoção da saúde. As aprendizagens adquiridas ao longo

destas formações foram profundamente enriquecedoras. O ciclo Health Insights contribuiu para o desenvolvimento de competências no uso de tecnologias e ferramentas inovadoras no cuidado de saúde, enquanto a formação sobre igualdade de género proporcionou uma perspetiva crítica e reflexiva sobre a prática inclusiva e humanizada. Já o II Encontro de Saúde Escolar reforçou a importância de uma abordagem holística e interdisciplinar no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, especialmente em contextos escolares. Estas atividades não apenas contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, mas também reforçaram o papel do enfermeiro como agente transformador no contexto comunitário. A integração dos conhecimentos adquiridos em práticas clínicas diárias garante a melhoria contínua dos cuidados prestados e promove uma abordagem mais informada e reflexiva face aos desafios emergentes na área da saúde infantil e pediátrica.

Competências:

- **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;**
- **Identificar as necessidades formativas na área de EESIP;**
- **Promover a formação em serviço na área de EESIP.**

Objetivo:

- Desenvolver competências ao nível da formação de pares sobre SBVP;
- Promover a reflexão com a equipa de enfermagem sobre as necessidades de formação em serviço;

- Treinar competências comunicacionais.

Atividades realizadas:

- ✓ Identifiquei as necessidades formativas da equipa de enfermagem;
- ✓ Planeei e realizei uma Ação de Formação para Pares sobre SBVP

Reflexão crítica:

No âmbito da prática de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, a formação contínua da equipa de enfermagem é um pilar fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados prestados. Assim, o desenvolvimento de competências que visem a capacitação dos pares e a identificação das suas necessidades formativas torna-se essencial. Uma das competências mais significativas foi a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Este processo implicou não apenas a identificação das necessidades formativas da equipa, mas também a criação de estratégias que favorecessem a aquisição de conhecimentos e competências. Este trabalho exige habilidades de comunicação eficazes, fundamentais para o envolvimento dos pares e para a condução de momentos formativos de forma colaborativa e participativa. A capacitação de profissionais de saúde através de formações específicas promove a melhoria da prática clínica e a satisfação no trabalho (Grol & Grimshaw, 2019). A identificação das necessidades formativas foi um dos principais objetivos deste processo, com enfoque na área de EESIP. Esta atividade foi realizada através de métodos sistemáticos, incluindo a observação da prática clínica e a realização de inquéritos informais junto à equipa. Este diagnóstico foi essencial para a conceção de uma formação direcionada e relevante, alinhada com os desafios encontrados na prestação de cuidados em pediatria. De acordo com as diretrizes a OMS

(Organização Mundial de Saúde, 2019), a identificação das necessidades formativas é um passo crítico para garantir que as formações em serviço sejam eficazes e respondam às prioridades identificadas. Com base nesta análise, foi realizada uma formação ao grupo de pares sobre suporte básico de vida pediátrico. Este tema foi selecionado à percepção junto da equipa da sua relevância para a prática e ao impacto direto na qualidade dos cuidados em emergências. A formação seguiu uma abordagem teórica e prática, com demonstrações e simulações que permitiram aos participantes consolidar competências técnicas essenciais. A utilização de metodologias ativas de ensino, como simulações, contribui para a retenção de conhecimentos e para a aplicação prática em situações reais (Greiner & Knebel, E, 2020). A formação em SBVP também proporcionou uma oportunidade de treinar competências comunicacionais, tanto na transmissão de conhecimentos técnicos como na interação com os pares. A facilitação de um ambiente de aprendizagem colaborativa foi essencial para promover a participação ativa dos enfermeiros e para fomentar a troca de experiências, elemento que enriqueceu o processo formativo. A comunicação eficaz é um fator-chave no sucesso das formações em saúde, permitindo que os participantes compreendam e apliquem os conhecimentos adquiridos de forma consistente (Nutbeam, 2018). Adicionalmente, a reflexão com a equipa de enfermagem sobre as necessidades de formação em serviço foi uma atividade que reforçou a importância do envolvimento dos profissionais no planeamento de ações formativas. Este processo garantiu que a formação sobre SBVP fosse alinhada com as expectativas e necessidades reais da equipa, promovendo um maior comprometimento e resultados mais significativos. Estudos recentes corroboram a eficácia das práticas reflexivas na melhoria contínua dos processos formativos e na capacitação dos profissionais de saúde (Silva, Santos, & Oliveira, 2023). Neste contexto, a avaliação da ação de formação em SBVP para pares

(apêndice II) permitiu confirmar a efetividade da intervenção formativa junto dos enfermeiros da UCC. Os resultados obtidos demonstraram uma evolução positiva dos conhecimentos teóricos, sendo que, após a formação, 100% dos participantes responderam corretamente à maioria das questões do questionário aplicado. As áreas com menor percentagem de respostas corretas, nomeadamente a avaliação da respiração e a execução das insuflações, apontam para domínios a reforçar em futuras sessões. A avaliação prática das competências evidenciou elevada proficiência na execução das principais manobras de SBVP, como a avaliação do estado de consciência e a realização de compressões torácicas adequadas, com taxas de sucesso de 100%. Ainda assim, identificaram-se algumas dificuldades na permeabilização da via aérea e na comunicação eficaz com os serviços de emergência, aspetos críticos que justificam treino contínuo. Relativamente à satisfação dos formandos, os dados foram unanimemente positivos, com todos os participantes a classificarem como "muito bom" o desempenho do formador e a relevância da formação ministrada. Estes resultados reforçam a importância da implementação sistemática de programas de formação prática e reflexiva em SBVP, destacando a necessidade de estratégias pedagógicas dinâmicas que consolidem conhecimentos e habilidades essenciais à intervenção em situações críticas na população pediátrica. Em conclusão, as atividades realizadas em contexto de unidade de cuidados na comunidade demonstraram a relevância da formação em serviço como ferramenta essencial para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros. A identificação das necessidades formativas, aliada à realização de formações práticas e reflexivas, contribuiu para o fortalecimento das competências individuais e coletivas da equipa, promovendo um impacto positivo nos cuidados prestados às crianças e suas famílias.

4.3 Domínio da Investigação

O domínio de investigação assume um papel essencial no desenvolvimento das competências do EESIP, constituindo-se como um eixo fundamental para a prática baseada na evidência e para a melhoria contínua dos cuidados prestados. A investigação em enfermagem permite identificar necessidades emergentes, sustentar intervenções clínicas eficazes e promover a inovação nos contextos de prática profissional.

Durante o estágio, a integração da investigação no percurso formativo traduziu-se na procura sistemática de evidência científica para suportar as decisões clínicas, na análise crítica das práticas existentes e na reflexão sobre os resultados das intervenções realizadas. Esta abordagem favoreceu a construção de um raciocínio clínico mais sólido, orientado pela atualização constante do conhecimento e pela responsabilidade ética de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados dirigidos à criança, ao jovem e à família.

O presente subcapítulo apresenta a forma como as competências de investigação foram mobilizadas e desenvolvidas ao longo do estágio, evidenciando a importância desta dimensão no exercício especializado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Competências:

- **Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;**

- **Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;**
- **Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.**
- **Comunicar informação complexa de âmbito profissional 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;**

Objetivo:

- Aprofundar competências na área da investigação;
- Integrar o conhecimento científico na prática clínica;

Atividades realizadas:

- ✓ Realizei revisão bibliográfica na procura de evidência científica;
- ✓ Refleti criticamente sobre a prática de enfermagem à luz do conhecimento científico mais recente;
- ✓ Incorporei na prática resultados de investigação válidos;
- ✓ Realizei uma revisão de literatura sobre o tema: A influência da formação em SBVP na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências (apêndice IV);
- ✓ Realizei um póster científico com o título: A influência da formação em suporte básico de vida pediátrico na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências (apêndice VI);
- ✓ Apresentei um póster científico no evento científico VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - “Comunicação em Enfermagem: A

Prática especializada para a excelência do Cuidar “organizado pela Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica.

Reflexão crítica:

A prática baseada na evidência tem-se afirmado como um pilar fundamental na enfermagem, especialmente na área de saúde infantil e pediátrica, onde as decisões clínicas podem ter um impacto significativo no desenvolvimento da criança e no bem-estar da família. No contexto da unidade de cuidados na comunidade, o desenvolvimento de competências relacionadas com a incorporação de evidências científicas na prática e a promoção da investigação na área da Educação para a Saúde em Idade Pediátrica revelou-se essencial. Entre as competências desenvolvidas, destaca-se a compreensão das implicações da investigação para a prática baseada na evidência. Este aspeto é crucial, uma vez que a integração de resultados de estudos científicos atualizados permite melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. A prática baseada na evidência envolve a aplicação consciente e criteriosa da melhor evidência disponível, aliada à experiência clínica e às preferências do cliente (Melnyk, B. M & Fineout-Overholt, E., 2019). Além disso, incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização foi um exercício contínuo, exigindo uma postura crítica e reflexiva sobre a literatura científica. No apoio ao aleitamento materno, as práticas implementadas nas consultas foram orientadas pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (2020), que evidenciam a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida. As ações de educação para a saúde no âmbito da parentalidade, ministradas no curso de PPP foram abordados temas como a prevenção de acidentes infantis, dirigidas a pais e cuidadores, basearam-se em estudos que demonstram a eficácia da intervenção educativa na redução de acidentes em

idade pediátrica (Peden, et al., 2008). No contexto da saúde escolar, a promoção de estilos de vida saudáveis seguiu as orientações de revisões sistemáticas que reforçam a eficácia das intervenções educativas na prevenção da obesidade infantil (Waters, et al., 2011). As AES de SBVP tanto a pares como a pais e cuidadores integraram as recomendações mais recentes da European Resuscitation Council (2021), assegurando práticas de emergência adaptadas às melhores evidências disponíveis. A vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil realizada nas consultas de saúde infantil e pediátrica basearam-se nos referenciais do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2019). Este processo foi amplamente facilitado pela realização de revisões bibliográficas, que permitiram identificar as melhores práticas e evidências mais recentes. Por exemplo, a revisão da literatura sobre suporte básico de vida pediátrico proporcionou uma visão abrangente sobre as atualizações mais relevantes neste domínio, com implicações diretas na formação e capacitação de pais e cuidadores. A integração de evidências científicas na prática promove a excelência clínica e contribui para o desenvolvimento profissional contínuo (Greiner & Knebel, E, 2020).

A revisão da literatura sobre a influência da formação em SBVP na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências; e a reflexão sobre a prática demonstraram ser uma estratégia eficaz para identificar lacunas no conhecimento dos pais e cuidadores e planear intervenções baseadas na evidência. Esta abordagem reforça a importância da investigação que, é essencial para implementar mudanças sustentáveis nos contextos clínicos (Grol & Grimshaw, 2019). Este exercício revelou-se particularmente útil para questionar práticas rotineiras e identificar oportunidades de melhoria. A reflexão crítica é uma ferramenta indispensável para os profissionais de saúde, permitindo-lhes

adaptar-se às novas exigências e incorporar inovações baseadas na evidência (Silva, Santos, & Oliveira, 2023). A revisão da literatura sobre a influência da formação em SBVP na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências destacou-se como uma atividade de grande relevância, não apenas pela sua aplicabilidade prática, mas também pelo impacto na formação. A falta de sensibilização e formação em RCP entre os pais constitui um problema internacional crítico (Uehara, et al., 2018), (Moran & Stanley, 2011). O treino de SBV é necessário para Pais. Em estudos exploratórios os pais expressam o seu desejo de treino de SBV após o nascimento dos seus filhos para reduzir a sua própria ansiedade e melhorar a confiança (Stephens, 2019). A formação em SBVP para pais e cuidadores é um investimento importante na saúde e bem-estar das crianças, contribuindo para uma resposta mais eficiente e eficaz em emergências e aumentando as oportunidades de sobrevivência e recuperação.

Esta revisão permitiu identificar as recomendações mais recentes e traduzi-las em orientações claras e práticas para a equipa de enfermagem. A OMS (Organização Mundial de Saúde, 2019) reconhece que a disseminação de evidências científicas entre profissionais de saúde é uma estratégia essencial para melhorar os resultados clínicos e promover a segurança do utente. Evidenciou de forma consistente a influência positiva da formação em SBVP na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências pediátricas. A formação contribuiu para o aumento da confiança, da perceção de competência e da capacidade prática dos participantes, fatores essenciais para a eficácia da resposta inicial em situações de emergência (Barry, Dixon, Armstrong, & Keane, 2019), (Krogh, Steinmetz, & Rasmussen, 2015), (Chia, Loke, & Lim, 2014), (Almutairi, Alharthy, Almaziad, & et al, 2023), (Callahan & Fuchs, 2018), (Montana, Capogrosso, & Ferrara, 2020). Relativamente às modalidades formativas, tanto o

formato presencial como o online são eficazes na melhoria do desempenho dos formandos. Dois estudos (Barry, Dixon, Armstrong, & Keane, 2019), (Krogh, Steinmetz, & Rasmussen, 2015) confirmaram a eficácia do ensino online, destacando vantagens como a acessibilidade, a flexibilidade e o baixo custo. Por outro lado, quatro estudos (Chia, Loke, & Lim, 2014), (Almutairi, Alharthy, Almaziad, & et al, 2023), (Callahan & Fuchs, 2018), (Montana, Capogrosso, & Ferrara, 2020) sublinharam que a formação presencial favorece a aquisição de competências motoras, essenciais para a correta execução das manobras de reanimação. A maioria dos programas analisados consistiu em sessões únicas, com ganhos imediatos nas competências dos participantes (Barry, Dixon, Armstrong, & Keane, 2019), (Krogh, Steinmetz, & Rasmussen, 2015), (Chia, Loke, & Lim, 2014), (Montana, Capogrosso, & Ferrara, 2020). No entanto, vários autores salientam a necessidade de reciclagens periódicas para reforçar a retenção do conhecimento e das competências ao longo do tempo (Almutairi, Alharthy, Almaziad, & et al, 2023), (Callahan & Fuchs, 2018). A revisão identificou ainda barreiras importantes ao acesso à formação, nomeadamente a falta de informação sobre a disponibilidade dos cursos, as dificuldades logísticas e a inexistência de programas sistemáticos dirigidos a pais e cuidadores (Almutairi, Alharthy, Almaziad, & et al, 2023). Este resultado sugere a necessidade de estratégias que ampliem a disseminação e a acessibilidade da formação em SBVP. Importa destacar que nenhum dos estudos identificou efeitos adversos associados à formação em SBVP, o que reforça a sua segurança como intervenção educativa. Adicionalmente, a ausência de dados sobre o impacto clínico real das formações (como a sobrevivência e as sequelas neurológicas após a intervenção dos cuidadores) limita a avaliação da verdadeira eficácia destas estratégias na prática. Assim, será necessário que futuros estudos estabeleçam a

relação entre a formação em SBVP e os desfechos clínicos reais (Callahan & Fuchs, 2018).

As atividades realizadas no contexto da UCC evidenciaram a importância da investigação e da prática baseada na evidência na enfermagem pediátrica. A integração de conhecimentos científicos na prática clínica contribuiu para o desenvolvimento de competências avançadas e reforçou o papel do enfermeiro como agente transformador, comprometido com a melhoria contínua dos cuidados prestados. O compromisso com a investigação, aliado à reflexão crítica e ao uso de evidências atualizadas, constitui um caminho essencial para promover a excelência na enfermagem.

Neste âmbito, a revisão e implementação de estratégias de promoção da amamentação exclusiva até aos seis meses surgiram como uma das práticas desenvolvidas a partir da evidência científica. Durante as consultas foram identificadas barreiras à amamentação e a valorização de fatores preditores do sucesso, como o apoio precoce e a capacitação materna, foram fundamentadas em literatura atualizada, a qual sublinha a importância da intervenção precoce dos profissionais de saúde (Rollins, et al., 2016). Assim, foi possível refletir e reformular juntamente com a EESMO e a EESIP, sessões de educação para a saúde a casais grávidos e puérperas, privilegiando metodologias interativas, adaptadas às necessidades específicas das famílias. Esta abordagem permitiu não apenas reforçar a adesão às recomendações da OMS, como também evidenciou o impacto positivo da prática baseada na evidência na promoção da saúde infantil.

Paralelamente nas consultas de SI na USF, foi possível utilizar instrumentos padronizados para rastreio de perturbações do desenvolvimento,

nomeadamente o **M-CHAT-R/F**. A utilização deste instrumento de rastreio exemplifica a integração de instrumentos validados na prática clínica quotidiana, contribuindo para a identificação precoce de fatores de risco para PEA, em crianças entre os 16 e os 30 meses de idade e, para a intervenção atempada, quando necessária. A sua aplicação sistemática, realizada pela Enfermeira tutora permite identificar precocemente fatores de risco, possibilitando a referenciação atempada e o início de intervenções específicas, com impacto comprovado na evolução do desenvolvimento infantil. Para além da sua validade científica, o instrumento apresenta-se como culturalmente adaptado e traduzido para a população portuguesa, o que assegura a sua adequação ao contexto clínico nacional. A integração do M-CHAT-R/F na prática clínica pelo EESIP exige não apenas o domínio técnico da aplicação do questionário, mas também uma capacidade crítica na interpretação dos resultados e na condução da entrevista de seguimento, que aumenta significativamente a especificidade do rastreio.

A escolha destes instrumentos, fundamentada na robustez metodológica e na adequação cultural, reforçou a capacidade crítica do EESIP para selecionar intervenções fundamentadas e cientificamente sustentadas, aumentando, assim, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Estas experiências práticas demonstram, de forma inequívoca, que a incorporação da investigação no quotidiano assistencial não só eleva a qualidade dos cuidados, como também consolida o desenvolvimento profissional e a responsabilidade ética do enfermeiro na defesa de práticas clínicas baseadas na melhor evidência disponível.

4.4 Domínio da Gestão de Cuidados

O domínio da gestão de cuidados revela-se central no exercício da ESIP, constituindo uma competência imprescindível no percurso. A inclusão deste domínio no capítulo das competências desenvolvidas justifica-se pela sua relevância na organização e na coordenação de intervenções de enfermagem dirigidas à criança e à família, num quadro de promoção, proteção e recuperação da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decorrer do estágio, a prática da gestão de cuidados foi determinante para assegurar a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, em resposta às necessidades complexas e dinâmicas próprias da população pediátrica. A gestão de cuidados, neste contexto, envolve a planificação sistemática de intervenções individualizadas, a priorização de ações segundo critérios de gravidade e de urgência, e a articulação eficiente com a equipa multidisciplinar e com os diversos níveis de cuidados de saúde (Sousa & Silva, 2021). Para além da vertente organizativa, este domínio requer competências de supervisão, de liderança clínica e de gestão de recursos, respeitando as especificidades do desenvolvimento infantil, a centralidade da família como unidade de cuidados, e os princípios éticos e legais que regem a prática em pediatria (Pereira, Fonseca, & Martins, 2020). A reflexão crítica sobre o desenvolvimento destas competências, ao longo do estágio, permite evidenciar não apenas os conhecimentos técnicos adquiridos, mas também a capacidade de adaptação a diferentes contextos clínicos, a tomada de decisão fundamentada e o compromisso com a qualidade dos cuidados (American Nurses Association, 2021). Este subcapítulo propõe-se, assim, analisar de forma sistematizada as competências de gestão de cuidados desenvolvidas, os desafios enfrentados e as

estratégias adotadas para uma prática de enfermagem especializada, humanizada e promotora do bem-estar da criança e da família.

Competência:

- **Liderar equipas de prestação de Cuidados especializados na área de especialização;**
- **Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;**
- **Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;**
- **Colaborar no processo de integração de novos profissionais.**

Objetivo:

- Identificar as estratégias de gestão de recursos em vigor;
- Observar e participar no processo de gestão dos recursos materiais, humanos e dos cuidados no contexto de estágio.

Atividades realizadas:

- ✓ Analisei a metodologia de trabalho utilizada;
- ✓ Refleti sobre a gestão de recursos no contexto clínico.
- ✓ Apoiei a minha tutora no acompanhamento de alunos de enfermagem e enfermeiros recém-chegados ao serviço;

Reflexão crítica:

No contexto da ESIP, a liderança e a gestão de cuidados especializados assumem uma importância central na organização e prestação de cuidados de qualidade. Liderar equipas implica ainda fomentar a colaboração interdisciplinar, garantir a

comunicação eficaz entre os membros da equipa e promover uma cultura de melhoria contínua. A liderança em enfermagem exige competências para influenciar e motivar equipas, assegurando que os objetivos institucionais e os padrões de qualidade são cumpridos (Marquis & Huston, 2021). Na UCC, as competências de gestão foram particularmente mobilizadas no contexto da organização de AES dirigidas à comunidade escolar, como no caso da AES sobre DM1. A necessidade de planear e coordenar intervenções com diversos intervenientes — enfermeiros, docentes e pessoal não docente — exigiu a aplicação de competências de gestão, nomeadamente ao nível da comunicação eficaz, da clarificação de objetivos comuns, da distribuição estruturada de tarefas e da harmonização das metodologias de atuação. Estas competências revelaram-se essenciais para assegurar a coerência e a eficácia da intervenção educativa.

A coordenação da AES sobre DM1, dirigida à comunidade escolar, constituiu uma oportunidade para aplicar competências de gestão no contexto da prática clínica. Esta atividade implicou a articulação entre diferentes profissionais, exigindo a gestão estratégica do tempo, dos recursos e da colaboração interdisciplinar. A experiência permitiu evidenciar a relevância da gestão integrada na organização de intervenções educativas em saúde, contribuindo para a eficácia da resposta às necessidades identificadas na comunidade escolar.

Durante a realização de consultas de vigilância do desenvolvimento infantil, nomeadamente na consulta dos 12 meses, em contexto de USF, tive a oportunidade de desenvolver competências de gestão aplicadas à prática clínica. Este tipo de consulta representa uma etapa fundamental na monitorização do crescimento ponderoestatural, no despiste precoce de alterações do desenvolvimento neuropsicomotor e na promoção da saúde da criança e da sua

família. Assumi a responsabilidade pela preparação da consulta, o que implicou a atualização do processo clínico, a identificação de fatores de risco e a antecipação de possíveis necessidades de intervenção. Estas ações exigiram planeamento, organização e tomada de decisão informada, evidenciando a importância da gestão eficaz dos recursos disponíveis, do tempo e da informação clínica. A articulação com o MF foi essencial para garantir uma abordagem integrada, sendo também necessário gerir de forma sistemática os diferentes momentos da consulta — desde a entrevista clínica à realização da avaliação antropométrica e ao reforço do calendário vacinal. Esta experiência reforçou a consciência de que, mesmo fora de funções formais de chefia, o exercício das competências de gestão é indispensável para assegurar a qualidade, a segurança e a continuidade dos cuidados prestados.

A gestão de cuidados de enfermagem foi outra competência essencial desenvolvida, abrangendo tanto a organização dos recursos humanos e materiais como o acompanhamento das práticas clínicas. A supervisão do exercício profissional, pelo Enfermeiro Tutor como por mim enquanto EESIP, em particular, revelou-se um elemento crucial para garantir a conformidade com os protocolos e a aplicação de práticas baseadas na evidência. Este papel permitiu não só monitorizar a qualidade dos cuidados prestados, mas também identificar necessidades de formação e áreas de melhoria, conforme descrito por Greiner e Knebel (Greiner & Knebel, E, 2020), que destacam a supervisão como uma ferramenta para assegurar padrões de excelência na prática clínica.

O objetivo de identificar as estratégias de gestão de recursos em vigor foi alcançado através da análise da metodologia de trabalho utilizada no contexto clínico. No contexto observado, a metodologia adotada baseava-se num modelo

de gestão tradicional, com organização das atividades assistenciais centrada em agendas programadas e distribuição de tarefas de acordo com a disponibilidade dos recursos humanos existentes, sem uma avaliação sistemática da carga de trabalho real. A gestão dos recursos materiais seguia um modelo de reposição reativa, isto é, procedia-se à reposição dos materiais apenas quando detetada a sua escassez, o que, em determinadas situações, comprometia a eficiência da resposta assistencial. Considerando a realidade observada, esta metodologia, embora funcional para a manutenção da atividade assistencial diária, revelou-se limitada na sua capacidade de antecipação das necessidades e de otimização dos recursos. A ausência de instrumentos formais de avaliação da carga de trabalho e a falta de planeamento estratégico de consumíveis e equipamentos são exemplos de fragilidades que, a médio prazo, podem impactar negativamente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Alternativamente, poderiam ser implementadas metodologias mais dinâmicas e eficientes de gestão de recursos, nomeadamente a utilização de sistemas de monitorização contínua da carga de trabalho, baseados em indicadores de produtividade assistencial ajustados à complexidade dos cuidados. Além disso, a adoção de modelos de gestão de inventário de tipo preditivo, com base em sistemas informatizados de controlo de stocks, permitiria antecipar necessidades e garantir a disponibilidade atempada de recursos. A implementação de reuniões periódicas de planeamento e avaliação, envolvendo toda a equipa, poderia ainda promover uma gestão mais participativa e alinhada com as necessidades assistenciais reais.

A realização do estágio em duas realidades organizacionais distintas, UCC e USF permitiu observar e integrar diferentes métodos de trabalho com impacto direto na gestão de cuidados em saúde infantil e pediátrica. Na UCC, a intervenção baseou-se maioritariamente em abordagens comunitárias e intersectoriais,

centradas na promoção da saúde e na prevenção da doença. O trabalho em equipa multidisciplinar, articulado com escolas e outras instituições da comunidade, exigiu uma gestão cuidada dos recursos disponíveis, a planificação de intervenções dirigidas a populações específicas e a adaptação constante às dinâmicas locais. Por outro lado, na USF, o método de trabalho revelou-se mais estruturado, com fluxos assistenciais bem definidos e protocolos clínicos que orientam a prestação de cuidados individualizados e de proximidade. A organização por listas de utentes e o funcionamento em sistema de carteira atribuída permitiram um acompanhamento contínuo e sistemático da criança e da sua família, facilitando a gestão longitudinal dos cuidados. A comparação entre os dois contextos favoreceu uma reflexão crítica sobre a importância da flexibilidade e da capacidade de adaptação do enfermeiro à estrutura funcional da unidade onde se insere. Ambos os modelos implicam diferentes exigências ao nível da planificação, execução e avaliação dos cuidados, exigindo competências de gestão que permitam responder com eficácia e qualidade às necessidades emergentes. Esta experiência reforçou a importância do conhecimento dos métodos de trabalho institucionais como base para uma gestão de cuidados informada, eficaz e centrada nas especificidades da saúde infantil.

Este exercício permitiu observar como os recursos humanos e materiais eram geridos para responder às necessidades da comunidade atendida. Por exemplo, a alocação eficiente de profissionais para atender os diferentes projetos da carteira de serviços da UCC. A Organização Mundial da Saúde (2019) sublinha que a gestão adequada de recursos é um determinante essencial para a sustentabilidade e qualidade dos sistemas de saúde. Além disso, a participação no processo de gestão dos recursos possibilitou uma reflexão sobre a eficácia das práticas adotadas e o seu impacto nos resultados clínicos. Este exercício crítico

revelou a necessidade de equilibrar as necessidades assistenciais com a disponibilidade de recursos, promovendo uma utilização racional e eficiente. Estudos como o de Silva e outros autores (Silva, Santos, & Oliveira, 2023) enfatizam que a gestão de recursos materiais e humanos deve estar alinhada com as necessidades reais dos utentes, permitindo a implementação de cuidados individualizados e eficazes. Tive oportunidade de colaborar no processo de integração de novos profissionais na UCC, tendo sido outra experiência relevante, destacando a importância de criar um ambiente de aprendizagem e suporte para os recém-chegados. Este processo não só facilita a adaptação ao contexto de trabalho como promove a integração de práticas baseadas na evidência. Segundo Melnyk e Fineout-Overholt (Melnyk, B. M & Fineout-Overholt, E., 2019), a mentoria e supervisão de novos profissionais são essenciais para garantir uma transição eficaz para contextos de alta complexidade, como os cuidados pediátricos. A reflexão sobre a gestão de recursos no contexto clínico permitiu identificar boas práticas e áreas de melhoria, destacando o papel do enfermeiro especialista na liderança de equipas e na supervisão do exercício profissional. Entre as boas práticas observadas, na UCC destacou-se a existência de um protocolo interno para a gestão integrada de crianças com necessidades de saúde especiais. Este protocolo previa a elaboração de planos de cuidados individualizados, a articulação com estruturas educativas e sociais e o acompanhamento, promovendo a continuidade dos cuidados e uma intervenção centrada na família. Na USF, salientou-se a organização eficaz das agendas de consultas de vigilância de saúde infantil, com a distribuição equilibrada das avaliações de saúde pelas diferentes faixas etárias, assegurando o cumprimento das normas do PNSIJ e uma resposta atempada às necessidades da população pediátrica. Contudo, foram também identificadas áreas de melhoria em ambos os contextos. Na UCC, a análise dos processos de articulação interinstitucional

revelou a ausência de procedimentos formais de comunicação para a referenciação de crianças com suspeita de perturbações do foro psicológico às equipas de saúde mental infantil e juvenil, o que dificultava a intervenção precoce e integrada. Adicionalmente, a metodologia de acompanhamento dos indicadores de saúde era realizada de forma manual e não sistematizada, dificultando a avaliação contínua dos resultados das intervenções. Na USF, verificou-se a necessidade de reforçar a qualidade dos registos clínicos, nomeadamente no que respeita à documentação de planos de cuidados individualizados para crianças com doenças crónicas, comprometendo a continuidade da resposta assistencial. A integração de estratégias de gestão eficazes, aliada a uma liderança que promova a colaboração e a inovação, constitui um passo essencial para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Entre as estratégias de gestão implementadas, destacou-se a organização sistematizada das agendas clínicas de vigilância da saúde infantil, permitindo uma distribuição equilibrada das consultas e a redução dos tempos de espera, otimizando assim a utilização dos recursos humanos disponíveis. Outra estratégia consistiu na criação de circuitos formais de articulação interinstitucional, nomeadamente com as equipas de saúde mental, com as instituições educativas, facilitando a referenciação precoce de crianças. A liderança exercida centrou-se na promoção da colaboração interdisciplinar, através da dinamização de reuniões de equipa para discussão de casos, incentivando a partilha de conhecimentos e a construção de soluções integradas. Paralelamente, a inovação foi fomentada pela implementação de práticas baseadas na evidência, como a utilização de instrumentos padronizados para a avaliação do desenvolvimento infantil, contribuindo para a uniformização dos cuidados e para a melhoria dos resultados em saúde. Estas estratégias e práticas de liderança demonstram a importância do EESIP como motor de

mudança, orientado para a qualidade e para a resposta efetiva às necessidades emergentes da população pediátrica.

5 Conclusão

A prestação de cuidados à criança e à família é de importância primordial, exigindo uma diversidade de conhecimentos e competências específicas. No culminar deste processo formativo, torna-se indispensável uma análise reflexiva do percurso de aprendizagem, abrangendo tanto o domínio da Enfermagem especializada como o desenvolvimento de competências académicas. Esta reflexão está alicerçada na concretização dos objetivos traçados, orientados para o alcance das competências esperadas no âmbito da EESIP. O presente relatório procurou sistematizar e evidenciar essas competências, traduzindo o percurso formativo desenvolvido durante o estágio. O objetivo foi expor as experiências mais marcantes e os desafios encontrados, assim como os conhecimentos adquiridos que contribuíram para a evolução académica, profissional e pessoal. Ainda que não seja possível retratar na totalidade o conjunto de aprendizagens realizadas, este relatório funcionou como um instrumento de ligação entre o conhecimento científico assimilado e a sua aplicação na prática clínica, destacando os elementos mais significativos para o progresso enquanto enfermeiro especializado.

O estágio representou um constante desafio, abrangendo diferentes contextos de assistência e apresentando conteúdos de elevado valor, sustentados por bases teóricas sólidas, que permitiram responder de forma adequada às necessidades específicas da criança e da família. Este percurso foi determinante para a aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e o aprofundamento de competências específicas no âmbito da EESIP. Proporcionou momentos de aprendizagem significativos, permitindo consolidar os conhecimentos teóricos previamente adquiridos e aplicar, na prática clínica,

competências que dificilmente seriam desenvolvidas sem esta experiência em ambiente real de cuidados.

É fundamental destacar a relevância da metodologia adotada ao longo do documento, que se revelou um recurso valioso para a sua concretização, permitindo uma organização clara e estruturada do pensamento. A descrição das experiências foi sustentada por uma observação minuciosa e pelo registo sistemático das vivências, o que contribuiu significativamente para a consolidação dos conhecimentos adquiridos. A componente crítico-reflexiva envolveu uma análise aprofundada dessas vivências, acompanhada pela pesquisa de evidência científica atualizada, que serviu de base para sustentar as realidades observadas nos diferentes contextos de assistência. Este processo constituiu um estímulo importante para fomentar o interesse pela aquisição de conhecimento científico mais recente, promovendo a atualização contínua e elevando o nível de qualidade dos cuidados prestados na assistência especializada. Adicionalmente, esta reflexão mostrou-se determinante na análise das implicações para a prática profissional, ao fornecer uma compreensão mais ampla e fundamentada sobre as ações realizadas, reforçando o compromisso com a excelência nos cuidados de saúde.

Os contextos assistenciais vivenciados ao longo deste percurso proporcionaram experiências de grande relevância, permitindo explorar diferentes realidades de trabalho, ainda que algumas possam ter semelhanças com a prática clínica atual. De forma transversal partilharam a mesma premissa fundamental: a excelência no cuidado à criança e à família, que constituiu o eixo orientador de todo o percurso formativo. Esta abordagem é inerente à área da saúde infantil e pediátrica, destacando-se como elementos essenciais a comunicação eficaz, a

parentalidade, a parceria de cuidados e a promoção da saúde infantil e juvenil, os quais são indispensáveis e aplicáveis a qualquer cenário de assistência nesta especialidade.

Cada uma das experiências vividas contribuiu de forma significativa para a aquisição de competências em diferentes dimensões de atuação, consolidando os princípios mencionados anteriormente. Este período de estágio revelou-se fundamental para o alcance dos objetivos inicialmente delineados, permitindo a realização de um processo contínuo de aprendizagem e crescimento, tanto a nível profissional como pessoal.

Ao longo deste percurso formativo, foi possível aplicar os conhecimentos previamente adquiridos enquanto EESIP, aprofundando a capacidade de intervir de forma crítica e fundamentada em contextos clínicos. Simultaneamente, o mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica proporcionou o desenvolvimento de competências avançadas de investigação, essenciais para a análise de fenómenos complexos, a identificação de problemas emergentes na prática e a construção de soluções sustentadas em evidência científica. A integração entre teoria, prática e investigação revelou-se crucial para a resolução de questões inerentes ao cuidado especializado, promovendo uma atuação reflexiva, inovadora e ajustada às necessidades reais da população pediátrica. Este progresso reflete não apenas o cumprimento dos objetivos específicos definidos para o estágio, mas também a concretização das metas gerais preconizadas pelo plano de estudos, reafirmando a investigação como pilar central da formação conducente ao grau de mestre.

Um dos principais elementos que contribuíram para o sucesso deste percurso foi a orientação proporcionada pela enfermeira tutora, que desempenhou um papel fundamental ao criar oportunidades de aprendizagem e reflexão. A sua orientação foi determinante para alcançar os objetivos delineados, sendo difícil imaginar a concretização deste processo sem o apoio e o conhecimento partilhados por este e os outros profissionais com quem tive o prazer de cruzar-me neste caminho.

Ao concluir este percurso académico, é evidente que qualquer processo formativo exige dedicação e entrega. A formação especializada revela-se indispensável para o desenvolvimento e aprofundamento de competências específicas, promovendo um crescimento significativo em diversas dimensões.

A realização do mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica representou uma etapa decisiva no aprofundamento e consolidação de um percurso profissional previamente marcado pela obtenção do título de EESIP. Esta formação avançada permitiu integrar de forma mais estruturada o pensamento crítico, a capacidade investigativa e as competências de gestão de cuidados, potenciando uma prática clínica mais reflexiva, fundamentada e estrategicamente orientada. A articulação entre a teoria, a evidência científica e a realidade dos contextos assistenciais possibilitaram não só a resolução de problemas complexos, mas também a construção de soluções inovadoras e ajustadas às necessidades da população pediátrica. O mestrado contribuiu, assim, para o fortalecimento de um perfil profissional diferenciado, com competências avançadas que respondem aos desafios atuais da prática em saúde infantil e pediátrica e sustentam o exercício autónomo, ético e responsável da profissão.

6 Bibliografia

- (2024). Obtido em dezembro de 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/814/10035/1133755/Pages/default.aspx>
- Aguiar, C. (2013). *Aprendizagem experiencial e desenvolvimento profissional na enfermagem*.
- Almutairi, N. S., Alharthy, N. A., Almaziad, A. M., & et al. (2023). Parental perceptions of the importance of pediatric out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation for the survival rate in Saudi Arabia: a cross-sectional survey. *International Journal of Emergency Medicine*, 16(76). Obtido de <https://doi.org/10.1186/s12245-023-00564-3>
- American Heart Association. (2021). Obtido de Heart Attack and Stroke Symptoms: <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest>
- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4^a ed.). ANA.
- Association, A. H. (2020). *2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Obtido de <https://professional.heart.org/en/science-news/2020-aha-guidelines-for-cpr-and-ecc>
- Barr, R. G. (2019). PLoS ONE. *Infant crying and the calming response: Parental versus mechanical soothing using swaddling, sound, and movement*, 14(4). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214548>
- Barros, M., & Mendes, F. (2018). *Enfermagem pediátrica: Prática baseada em evidências*. Editora Universitária.
- Barry, M., Dixon, M., Armstrong, C., & Keane, F. (2019). The Pillow Project, Infant Choking, and Basic Life Support Training for Prospective Parents: A Low-Cost Intervention for Widespread Application. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 141(6), 260-267. Obtido de <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0704>
- Batalha, L. M., & Fernandes, M. A. (2018). Desenvolvimento profissional e formação contínua dos enfermeiros: Perspectivas e desafios. Em *Revista*

de Enfermagem Referência (Vol. 17, pp. 157-162). Obtido de <https://doi.org/10.12707/RIV17062>

- Benner, P. (1981). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley .
- Benner, P. (2001). *From the novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Berden, H. J., Willems, F. F., Hendrick, J. M., & Pijls, N. J. (2019). Basic life support education for the lay public: A systematic review. *Resuscitation*, 137, 36-45.
- Browning, M., Schein, R., & Cuneo, B. (2018). Improving CPR education for parents: Impact on confidence and anxiety levels. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 37- 42. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.006>
- Callahan, J. M., & Fuchs, S. M. (2018). Pediatrics. *Advocating for Life Support Training of Children, Parents, Caregivers, School Personnel, and the Public*, 6(e20180704). Obtido de <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0704>
- Chia, P. A., Loke, A. Y., & Lim, K. H. (2014). Parental Knowledge, Attitudes and Perceptions Regarding Infant Basic Life Support. *Singapore Medical Journal*, 55(6), 300-305. Obtido de <https://doi.org/10.11622/smedj.2014080>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.)*. SAGE Publications.
- Direção- Geral da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2030*. Obtido de https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/RNCCI_2030/22f376a8-8673-4f6a-98b1-407e4211029a
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Normas e orientações para a prestação de cuidados em pediatria*. DGS.

- Duffy, K. (2009). Guidance for mentors of nursing students and midwives: An RCN toolkit. *Royal College of Nursing*.
- Ferguson, L. M., & Day, R. (2007). Challenges for new nurses in evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 15(107-113). Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00638.x>
- Ferreira, A., Sousa, P., & Almeida, R. (2021). A participação da família nos cuidados de saúde infantil: Evidências e práticas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74.
- Ferreira, M., Santos, L., & Cunha, R. (2022). Educação em saúde na enfermagem pediátrica: Estratégias e desafios. *Revista de Enfermagem Pediátrica*, 30(2), pp. 45-59.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Fonseca, R., Silva, M., & Nogueira, C. (2004). *Massagem Infantil: Benefícios e aplicações*. Lisboa: APMI.
- Frankenburg, W. K., Dodds, J. B., Archer, P., Bresnick, B., Maschka, P., Edeleman, N., & Shapiro, H. (1992). Denver II: Training Manual. Denver Developmental Materials.
- Fukada, M. (2018). Yonago Acta Medica. *Nursing competency: Definition, structure and development*, 61(1), pp. 1-7. Obtido de <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Gomes, P., & Costa, S. (2021). *Promoção da adesão terapêutica em crianças com doenças crônicas: O papel do enfermeiro*, 28(3), pp. 112-130.
- Greiner, A. C., & Knebel, E. (2020). *Health professions education: A bridge to quality*. Prentice Hall.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2019). *From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients care*, 362, pp. 1225-1230.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2ª ed.). Lisboa: Edições de Saúde.

- Jahromi, V. K., Tabatabaee, S. S., Abdar, Z. E., & Raiabi, M. (2016). Active Listening: The Key of successful communication in hospital managers. *Electronic Physician*, 8(3), pp. 2123-2128. doi:10.19082/2123
- Krogh, C. L., Steinmetz, J., & Rasmussen, L. S. (2015). E-learning in Pediatric Basic Life Support: A Randomized Controlled Non-Inferiority Study. *Resuscitation*, 90, 7-12. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.02.021>
- Lima, R., Oliveira, P., & Martins, C. (2023). Integração intersetorial na saúde infantil: Perspectivas e desafios. *Revista de políticas de Saúde*, 15, pp. 112-129.
- Madden, C. (2021). Retention of basic life support skills in parents trained in pediatric cardiopulmonary resuscitation: A longitudinal study. *Emergency Medicine Journal*, 38(4), 265-271.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2021). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (10 ed.). Wolters Kluwer.
- Martins, C., Sousa, P., & Lopes, S. (2018). Intervenções educativas na parentalidade: Impacto no bem-estar familiar. 12, 3, 45-56.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Wolters Kluwer.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2018). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4^a ed.). Wolters Kluwer.
- Mendes, R., Oliveira, T., & Martins, C. (2021). *Cuidado centrado na criança e família: Princípios e práticas na enfermagem pediátrica*. Editora Saúde.
- Montana, A., Capogrosso, F., & Ferrara, P. (2020). Risk Management and Recommendations for the Prevention of Fatal Foreign Body Aspiration: Four Cases Aged 1.5 to 3 Years and Mini-Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 516. Obtido de <https://doi.org/10.3390/ijerph17020516>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes* (5 ed.). Elsevier.

- Moran, K., & Stanley, T. (2011). *Toddler parents training, understanding, and perceptions of CPR*, pp. 572-576. doi:10.1016/019
- Nascimento, A., Cardoso, F., & Pereira, J. (2017). *Recuperação pós-parto: Benefícios de programa dirigidos às mães*, 16, pp. 12-20.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259–267. Obtido de <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2018). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, 15(3), pp. 259-267.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento n.º428/2010 - Regulamento do título de especialista de enfermagem. (74), 2.ª. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 125/2019). Diário da República.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Guidelines on child health and development: A global perspective*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global strategic directions of strengthening nursing and midwifery 2021-2025*. WHO. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>

- Organização Mundial da saúde. (2021). *Guidelines on child health and development: A global perspective*. OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. WHO. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019-monitoring-report>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *World Health Statistics 2021: Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization.
- Patel, N., Brown, J., & Jones, R. (2022). Effective training strategies for pediatric emergency care: a mixed-methods study. *Journal of Pediatric Nursing*, 234-240.
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne - Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., & Bartolomeos, K. (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization/ UNICEF. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-child-injury-prevention>
- Pereira, A., & Rodrigues, C. (2018). O papel da família na continuidade dos cuidados pediátricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem Pediátrica*, 25(1), pp. 76-88.
- Pereira, F., Fonseca, C., & Martins, J. (2020). *Revista Portuguesa de Enfermagem pediátrica e Saúde Infantil. Gestão de cuidados na enfermagem pediátrica: Desafios e competências*, 12(1), pp. 15-22.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11 ed.). Wolters Kluwer.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhov, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., . . . Victoria, C. G. (2016). *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet*, 387(10017), pp. 491-504. Obtido de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Schilling, L. S., Grey, M., & Kanfl, K. A. (2013). The concept of self and family management: Background and perspectives. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(1), 10-18. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.10.002>

- Schön, D. A. (1983). *he reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Silva, J., & Almeida, P. (2019). O impacto do contexto sociofamiliar nos cuidados de saúde á criança. *Enfermagem e Sociedade*, 12(4), pp. 89-102.
- Silva, M. R., Santos, A. F., & Oliveira, P. T. (2021). Igualdade de género nos cuidados de saúde: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 45, pp. 85-94. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RVdc45>
- Silva, M. R., Santos, A. F., & Oliveira, P. T. (2023). Parental involvement and child health outcomes: A systematic review. *Journal of Community Health Nursing*, 40(1), 12-21.
- Silva, M., Santos, R., & Costa, J. (2020). Continuidade do cuidado no primeiro ano de vida do bebé. 15, pp. 30-41.
- Silva,, A., & Aguiar, R. (2011). *Diversificação alimentar: Práticas recomendadas para uma transição saudável*, 17, pp. 25-32.
- Smith, J., Jones, A., & Taylor, R. (2020). Family-centered care in pediatric nursing: A rview of evidence and practice. *Journal of Pediatric Nursing*(45-52), 45-52. doi:10.1016
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, p. 80. Obtido de <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sousa, P., & Silva, R. (2021). *Gestão em Enfermagem: Fundamentos e práticas no contexto pediátrico*. Lidel.
- Souza, L. R., Cunha, C. P, & Almeida, F. P. (2021). Parentalidade positiva e literacia em saúde: Estratégias para a promoção do bem-estar infantil. 49, pp. 97-105.
- Sposito, A. M., Rossato, L. M., Lima, R. A., Santos, C. B., & Silva-Rodrigues, F. M. (2016). Intervenções lúdicas na redução do medo e da dor em crianças hospitalizadas: Revisão sistemática. *REvista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(e2803). doi:10.1590

- Stephens, N. (2019). *Perceptions of parental awareness, knowledge and anxiety*.
Dissertação de Mestrado.
- Uehara, R., Akjyama, Y., Ichikawa, k., Ojima, T., Matsuura, K., & et al. (2018).
*Awareness of cardiopulmonary resuscitation among parents of 3-year-old
children*, pp. 869-74. doi:10.1111/649
- Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., & al., e. (2021). European
Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support.
Resuscitation, 161, 327–387. Obtido de
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Victoria, C. G., Bahl, R., Barros, A. D., França, G. A., Hourton, S., Krasevec, J., . . .
Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology,
mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 38(10017), pp. 475-490.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Waters, E., de Silva - Sanigorski, A., Hall, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao,
Y., . . . Prosser, L. (2011). Interventions for preventing obesity in children.
Cochrane Database of Systematic Reviews, 12, CD001871. Obtido de
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub3>
- World Health Organization. (2018). *Standards for improving quality of care for
children and young adolescents in health facilities*. World Health
Organization. Obtido de
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565550>
- World Health Organization. (2020). *Infant and young child feeding*.
doi:<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015760>
- Zeanah, C. H. (2018). The scope of infant mental health. In C. H. Zeanah. Em
Handbook of infant mental health (pp. 5-21). Guilford Press.

7 Apêndices

**Apêndice I - Planejamento de Ação de Educação para a Saúde: Suporte
Básico de Vida Pediátrico**



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde: Suporte Básico de Vida Pediátrico

Elaborada por:

Lucinda Maria Ribeiro Ramos

Docente orientadora:

Prof. Doutora Isabel Quelhas

Porto, novembro/dezembro 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Introdução

O presente documento integra a unidade curricular Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, com (Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), e mais concretamente o estágio que se desenvolve numa UCC da zona Norte do país foi desenvolvida uma ação de educação em saúde sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP), entre 18 de setembro a 20 de dezembro de 2024, orientado por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e pela Professora Doutora Isabel Quelhas.

Após ter tido oportunidade de assistir às sessões no âmbito da parentalidade percebendo a sua dinâmica e conteúdos em reflexão com a minha Enfermeira Tutora, definimos abordar a temática “Suporte Básico de Vida Pediátrico”, visto ser um tema que os Pais demonstraram interesse em obter conhecimentos e habilidades. A capacitação de famílias neste âmbito torna os Pais/Famílias mais capazes e seguros. A grande maioria dos Pais/Cuidadores auscultados não possui conhecimento e treino em Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP).

A ação de educação para a saúde decorrerá numa UCC no âmbito da parentalidade dentro do Projeto SOS Papás onde são abordados os seguintes temas como cólica, regurgitação e vômito, desidratação, febre/convulsão febril, reações às vacinas, eritema da fralda, queimaduras, obstrução nasal e respiração e engasgamento, destinados a Pais/Cuidadores de bebés até aos 6 meses de vida.

Assim, a sessão de educação para a saúde vai de encontro às necessidades formativas dos pais que frequentam o Projeto “SOS Papás” com o objetivo de os capacitar para os melhores cuidados aos seus filhos.

Este planeamento de ação visa: cumprir os requisitos de avaliação do estágio; e detalhar o planeamento da intervenção em Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP).

Através deste documento, pretende-se: desenvolver competências no âmbito do planeamento em saúde e da realização de uma ação de educação para a saúde e compreender a importância do planeamento em saúde visando atingir os objetivos propostos.

O documento encontra-se estruturado da seguinte forma: no primeiro encontra-se a introdução na qual está descrita a importância da ação, o problema identificado e a justificação da intervenção; o segundo capítulo a contextualização da temática destaca-se a relevância do SBVP na preservação da vida em emergências médica, enfatizando a redução de morbimortalidade e a necessidade de formação adequada, atualizada para a população em geral e profissionais de saúde; o terceiro capítulo o diagnóstico de situação onde se realiza uma análise crítica e sistemática de um problema/contexto; o quarto capítulo a definição da população alvo no qual identifica-se o grupo específico de pessoas para as quais a intervenção é direcionada; o quinto capítulo designa-se por intervenção comunitária na qual se identifica as estratégias para aumentar o conhecimento e as habilidades de SBVP dentro de uma comunidade específica; o sexto capítulo apresenta os recursos a serem utilizados na ação de educação para a saúde; no sétimo capítulo encontram-se as estratégias como planos de ação e os métodos específicos utilizados para alcançar os objetivos estabelecidos; o oitavo capítulo contempla os objetivos definidos, o que se pretende alcançar em termos de conhecimento e habilidades da população-alvo, contribuindo para a melhoria da sua saúde; no nono capítulo apresenta-se os indicadores que irão avaliar o impacto e o sucesso da intervenção; no décimo capítulo encontra-se a

avaliação no qual sintetiza-se os principais métodos, resultados e conclusões apresentados e, por último o capítulo décimo primeiro no qual se apresenta a conclusão resumindo os principais argumentos, descobertas e contribuições do trabalho como um todo.

Contextualização da temática

Em crianças, a paragem cardiorrespiratória (PCR) quase nunca é repentina. Na maioria dos casos, ela é precedida por uma falha gradual da respiração, levando à insuficiência circulatória. A causa principal é a falta de oxigénio (hipóxia), resultado da incapacidade do organismo da criança de compensar uma doença ou lesão preexistente. Deste modo, o foco inicial da reanimação pediátrica é garantir a respiração e a oxigenação adequadas, abrindo as vias aéreas.

As diferenças físicas e funcionais de uma criança exigem que os procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV) sejam adaptados para garantir a sua eficácia.

Crianças têm maior risco de obstrução das vias aéreas devido ao seu pequeno diâmetro e à maior propensão ao colapso. A língua, proporcionalmente maior em relação à via aérea, também aumenta esse risco.

As causas primárias de paragem cardiorrespiratória (PCR) de origem cardíaca são raras, embora também possam ocorrer (Van de Voorde P. , Turner , Djakow, & et. al, 2021). A incidência de paragem cardíaca entre bebés (crianças com menos de 12 meses) é de 72 por 1000.000 anos-bebés e representa aproximadamente metade das paragens cardíacas entre crianças (England, Axelsson A, & Karlson BW, 2003), (Atkins, Everson-Stewart, Sears, & et al, 2009).

Embora os princípios básicos de ressuscitação sejam semelhantes em adultos e crianças, existem diferenças importantes. Na prática, as técnicas para adultos podem ser aplicadas a adolescentes com aparência física adulta (Van de Voorde P. , Turner , Djakow, & et. al, 2021)

De acordo com a American Heart Association, a cadeia de sobrevivência cardíaca pediátrica inclui prevenção, ressuscitação cardiopulmonar precoce, procura de ajuda, implementação rápida de suporte avançado de vida pediátrica e cuidados agressivos pós ressuscitação (Topjian AA, 2012). O objetivo da RCP é manter o fluxo sanguíneo ativo por meio de compressões torácicas com ventilação artificial boca-a-boca e, se possível, preservar manualmente a circulação espontânea de sangue oxigenado (American Heart Association, 2021), (Topjian AA, 2012), (American Heart Association, 2021), (Almutari & all, 2023).

O Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP) é crucial para garantir a sobrevivência de crianças em emergências médicas. A sua implementação envolve diversos aspetos, incluindo: formação de SBVP para profissionais de saúde, educadores, cuidadores e público em geral é fundamental e deve seguir diretrizes nacionais e internacionais. A qualidade da formação, incluindo a prática em simuladores, é essencial para garantir a eficácia das intervenções; acesso a equipamentos adequados, como desfibriladores pediátricos, equipamentos de intubação e ventilação adequados ao tamanho das crianças, é crucial para o sucesso das intervenções. A sua disponibilidade em locais públicos e de elevada concentração de crianças, como escolas e creches, deve ser assegurada; existência de protocolos e diretrizes nacionais claros e atualizados, baseados nas melhores evidências científicas, é essencial para uniformizar as práticas e garantir a qualidade da assistência prestada às crianças. A sua divulgação e atualização regular são vitais; a articulação eficiente entre os primeiros intervenientes em SBVP e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (INEM) é crucial para garantir uma resposta rápida e eficaz. Isso inclui sistemas de comunicação eficientes e protocolos de transferência de responsabilidades; a investigação contínua em SBVP é necessária para melhorar as técnicas, desenvolver novos equipamentos e adaptar as práticas às

necessidades específicas da população pediátrica portuguesa; os desafios incluem a disseminação da formação a todos os grupos relevantes, a garantia de acesso equitativo aos equipamentos e a constante atualização dos profissionais de saúde e outros intervenientes sobre as melhores práticas.

A falta de sensibilização e formação em RCP entre os pais constitui um problema internacional crítico (Uehara, et al., 2018), (Moran & Stanley, 2011).

O treino de SBV é necessário para Pais. Em estudos exploratórios os pais expressam o seu desejo de treino de SBV após o nascimento dos seus filhos para reduzir a sua própria ansiedade e melhorar a confiança (Stephens, 2019).

Estas ações de formação em SBVP têm um impacto extremamente positivo e significativo, podendo salvar vidas e melhorar o prognóstico em situações de emergência médica infantil. Os benefícios são inúmeros podendo incluir vários aspetos tais como: o aumento da confiança e autoeficácia pois Pais e cuidadores treinados sentem-se mais confiantes na sua capacidade de lidar com emergências, reduzindo a ansiedade e o pânico em situações críticas. Essa confiança permite que eles ajam com mais rapidez e eficácia; uma resposta mais rápida e eficaz pois o conhecimento de técnicas de SBVP permite que iniciem o atendimento imediato, antes da chegada dos serviços de emergência. Cada minuto conta em situações de paragem cardiorrespiratória ou outras emergências, e a ação rápida pode ser crucial; a redução da morbidade e mortalidade pois a intervenção precoce e correta, baseada em técnicas de SBVP, pode reduzir significativamente a morbidade (complicações) e a mortalidade (risco de morte) em crianças que sofrem de paragem cardiorrespiratória, asfixia ou outras emergências médicas; melhoria do prognóstico pois a assistência prestada antes da chegada de profissionais de saúde pode melhorar significativamente o prognóstico a longo prazo para a criança, minimizando

sequelas neurológicas ou outras complicações; Maior tranquilidade e redução de stress pois o saber o que fazer numa situação de emergência proporciona uma maior tranquilidade aos pais e cuidadores, reduzindo o stress e a incerteza associados a essas situações; Alcance mais amplo de conhecimento pois Pais e cuidadores treinados podem, por sua vez, ensinar outras pessoas, ampliando o alcance do conhecimento em SBVP na comunidade.

A formação em SBVP para pais e cuidadores é um investimento importante na saúde e bem-estar das crianças, contribuindo para uma resposta mais eficiente e eficaz em emergências e aumentando as oportunidades de sobrevivência e recuperação.

A Cadeia de Sobrevivência está representada por 5 elos que representam um conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardiorrespiratória: Reconhecimento precoce da gravidade da situação e pedido de ajuda: para prevenir a PCR; Suporte Básico de Vida: para otimizar a oxigenação; Ligar 112: para pedir ajuda diferenciada; Desfibrilhar: para administração de um choque elétrico que trata um ritmo cardíaco irregular e fatal; Suporte Avançado de Vida (SAV), desfibrilhação e cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar). Estes procedimentos sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte (DFEM, 2022).

As manobras de SBV devem ser executadas com a vítima em decúbito dorsal num plano duro. O reanimador deve posicionar-se junto da vítima para que, se for necessário, possa fazer insuflações e compressões sem ter que fazer grandes deslocamentos. O SBV deve ser efetuado sequencialmente, seguindo uma ordem de ações cujo sucesso da próxima depende da eficácia da anterior. O algoritmo a usar em vítimas pediátricas corresponde às 5 insuflações iniciais, seguido de 15

compressões torácicas e 2 insuflações. A sequência de ações que compõem o algoritmo de SBVP tem como objetivo a simplificação de procedimentos, focando-se nos momentos considerados críticos. O algoritmo apresenta-se assim de forma lógica e concisa. (DFEM, 2022).

Após contextualização da temática e para atingir os objetivos delineados cumpre-me selecionar para a ação de educação para a saúde os seguintes conteúdos: cadeia de sobrevivência pediátrica, importância de contactar o 112 e o algoritmo de reanimação em pediatria.

Diagnóstico de situação

Um diagnóstico de situação, também conhecido como análise de situação ou avaliação de situação, é um processo sistemático de colheita e análise de informações para entender uma situação específica, problema ou oportunidade. Descreve a situação atual, identifica os fatores que contribuem para ele e define o problema ou a oportunidade que precisa ser abordado.

O objetivo principal de um diagnóstico de situação é compreender a realidade de um determinado contexto para planejar e implementar ações mais eficazes. Isso envolve identificar problemas, oportunidades, recursos e atores relevantes.

Neste sentido, após ter tido oportunidade de assistir às sessões no âmbito da Parentalidade dentro do Projeto SOS Papás, em reflexão com a Enfermeira Tutora, definimos abordar a temática “Suporte Básico de Vida Pediátrico”, visto ser um conteúdo em que os Pais demonstraram interesse em obter conhecimentos e habilidades. Foi realizado um levantamento de necessidades, ao qual os Pais/Cuidadores de bebés até aos 6 meses foram questionados quem teria interesse em realizar formação em SBVP. A grande maioria dos Pais/Cuidadores auscultados não possui conhecimento e treino em SBVP. Essa necessidade foi transmitida pelos pais/cuidadores a partir de uma discussão sobre o tema. Através de opiniões e experiências de forma mais aprofundada, revelando nuances e perspectivas de atuação que um questionário não alcançaria. Em dois grupos de 12 pais/cuidadores, no total 24 participantes, em somente 2 dos participantes tiveram algum contacto com este tema devido a questões profissionais. Todos demonstraram interesse em fazer formação sobre SBVP.

Considerando essa lacuna significativa na formação dos pais e a importância crucial do SBVP na redução da morbimortalidade infantil, propomo-nos a realização de uma ação de educação para a saúde teórico-prática sobre SBVP,

integrada no Projeto SOS Papás. Consideramos que esta ação de educação para a saúde poderá contribuir significativamente para o aumento da segurança e bem-estar das crianças, empoderando os pais/cuidadores a responder de forma eficiente em situações críticas.

Definição da população-alvo

A população-alvo de uma ação de educação para a saúde é um grupo específico de indivíduos que a intervenção pretende alcançar e beneficiar. Não se trata apenas de uma definição demográfica, mas sim de uma caracterização detalhada que considera as necessidades, características e vulnerabilidades desse grupo em relação ao tema da ação.

A população alvo serão pais e cuidadores de bebês (até aos 6 meses) que integram o grupo do Projeto SOS Papás na UCC, que se desenvolve no âmbito da Parentalidade. Serão 24 os participantes frequentam o referido curso pelo que desta foram com condições para poderem participar na ação de educação para a saúde em SBVP que serão proporcionadas.

Intervenção Comunitária

Uma intervenção comunitária na área da saúde é um processo colaborativo e participativo que visa melhorar a saúde e o bem-estar de uma comunidade específica. Ao contrário de intervenções focadas em indivíduos isolados, aborda os determinantes sociais da saúde, que são os fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde de uma população. Essas intervenções não se concentram apenas no tratamento de doenças, mas também na prevenção e promoção da saúde.

Para esta intervenção foi delineada uma ação de educação para a saúde que irá ser replicada em dois grupos de Pais/Cuidadores de Bebés que frequentam o Projeto SOS Papás.

A intervenção comunitária na saúde envolve: avaliação de necessidades, tendo sido identificado a necessidade de capacitar pais e cuidadores de conhecimentos e habilidades sobre SBVP; um planeamento participativo no qual um dos elementos da equipa da UCC/EESIP ajudou a planear e intervir garantindo que todas as estratégias sejam relevantes e culturalmente apropriadas; implementação através de uma ação de educação para a saúde tendo a monitorização e avaliação da intervenção tendo em vista o alcance dos objetivos propostos e impacto positivo na saúde da comunidade.

Uma intervenção comunitária deverá ser uma abordagem holística e participativa que visa melhorar a saúde e o bem-estar de uma comunidade, abordando os determinantes sociais da saúde e fortalecendo a capacidade da comunidade para promover a sua própria saúde.

Recursos

Os recursos necessários para realizar uma ação de educação para a saúde são diversos e dependem de vários fatores, incluindo o público-alvo, os objetivos da ação, o escopo e a duração da intervenção, e o contexto em que será realizada.

Os recursos previstos e que serão necessários para esta ação de educação para a saúde são:

- **Recursos Humanos:** Aluna do 17º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da Docente Professora Doutora, e colaboração da Enfermeira Tutora;
- **Recursos Físicos:** Ginásio da UCC onde decorre o Projeto SOS Papás;
- **Recursos materiais:** um computador, um projetor, colchões, modelos de simulação de reanimação, questionários de avaliação de conhecimentos e grelha de avaliação da prática.;
- **Recursos Financeiros:** Impressão de questionários, suportados pela UCC, onde decorre o estágio.

Estratégias

As estratégias a serem implementadas numa ação de educação para a saúde devem ser cuidadosamente planejadas para alcançar os objetivos específicos da intervenção. Devem ser baseadas em evidências científicas, considerar as características da população-alvo e o contexto da ação, e ser adaptadas às necessidades e preferências do público.

As sessões serão realizadas na primeira quinzena de dezembro de 2024, para grupos de Pais que frequentam o Projeto SOS Papás na UCC, dado o período do decorrente estágio.

Para estas ações de educação para a saúde foi escolhido utilizar o método expositivo e interativo. Iniciar-se-á a partir de uma apresentação em power point com demonstração prática nos modelos de suporte básico de vida, utilizando uma linguagem simples, evitando termos excessivamente técnicos tendo como objetivo uma mensagem relevante, crível e fácil de entender. Posteriormente terá uma parte prática onde cada Pai/Cuidador irá poder exemplificar todos os conteúdos aprendidos no modelo de SBVP, adaptando a cada participante de acordo com as suas necessidades específicas, sendo avaliada a aquisição de habilidades através de grelha de avaliação.

No final irá ser entregue um questionário para preenchimento dos participantes para avaliação de conhecimentos, participação esta voluntária e sigilosa.

Um planeamento cuidadoso, considerando todos os aspetos, é fundamental para o sucesso da intervenção.

Objetivos

A definição de objetivos para um planejamento em ação de educação para a saúde é crucial para o sucesso da intervenção. Objetivos bem definidos fornecem uma direção clara, permitem a medição do impacto e facilitam a avaliação da eficácia da ação. Devem seguir a regra SMART, sendo: específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e com prazo definido. A clareza nos objetivos é fundamental para o sucesso do planejamento e da implementação da ação de educação para a saúde.

Objetivo Geral

Foi definido como objetivo geral: Dotar os Pais/Cuidadores com conhecimentos e habilidades no âmbito do suporte básico de vida pediátrico.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são menores e mais específicos que contribuem para o alcance dos objetivos gerais. Devem ser mais detalhados e mensuráveis num curto espaço de tempo.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências no âmbito do planejamento em saúde e da sua realização durante o período decorrente do estágio;

- Demonstrar com clareza o algoritmo do suporte básico de vida pediátrico aos pais e cuidadores de bebés até 6 meses que frequentem as sessões do Projeto SOS Papás da UCC.

Objetivos Educacionais

Objetivos educacionais são declarações que descrevem o que os participantes devem saber, compreender ou ser capazes de fazer ao final de uma ação de educação para a saúde. Definem os resultados de aprendizagem esperados e servem como guia para o planeamento, a implementação e a avaliação do processo educacional. Noutras palavras, são metas específicas que indicam o que os participantes devem alcançar como resultado do processo de ensino-aprendizagem.

Foram definidos os seguintes objetivos educacionais:

- Descrevam corretamente as etapas do algoritmo do suporte básico de vida pediátrico
- Evidenciem saber contactar o 112 fornecendo todas as informações necessárias para a chegada de apoio diferenciado.
- Demonstrem corretamente a técnica de compressões torácicas em manequins pediátricos, mantendo a profundidade e frequência adequadas para a faixa etária simulada
- Demonstrem a realização de ventilações eficazes.
- Demonstrem a sequência correta de RCP (Respiração Cardiopulmonar) em bebés e crianças, incluindo abertura de vias aéreas, verificação de respiração e realização de compressões torácicas e ventilações.

Indicadores

Num planeamento de uma ação de educação para a saúde, indicadores são medidas quantificáveis que permitem monitorizar o progresso e avaliar o impacto da intervenção. Demonstram se os objetivos da ação estão a ser alcançados e se a intervenção está a ter o efeito desejado na população-alvo. Os indicadores são essenciais para acompanhar a eficácia do programa, identificar áreas que precisam de ajustes e justificar a alocação de recursos.

Os indicadores podem ser coletados antes, durante e depois da intervenção, fornecendo uma linha de base, dados de progresso e resultados. Podem ser qualitativos ou quantitativos, mas os quantitativos são mais facilmente mensuráveis e comparáveis. Os indicadores podem ser agrupados em diferentes categorias, dependendo do aspeto da intervenção que se deseja medir.

De Processo

Indicadores de processo numa ação de educação para a saúde são ferramentas utilizadas para avaliar e monitorizar o desenvolvimento de atividades educacionais, com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças. Esses indicadores são essenciais para medir a eficácia das ações implementadas, ajudando a identificar se os objetivos planeados estão a ser atingidos, qual a participação dos envolvidos, e como as atividades estão a ser conduzidas.

- **% = (Número de pais e cuidadores participantes / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**

Este indicador calcula a percentagem de pais/cuidadores de bebés com até 6 meses de idade que participam na ação de educação em SBVP, em relação ao número total de pais/cuidadores que compõem a população-alvo definida. A população-alvo precisa estar claramente delimitada desde o início da intervenção (ex: pais/cuidadores de bebés com até 6 meses residentes em determinada área geográfica, pais/cuidadores inscritos em um centro de saúde específico, etc.).

A meta para este indicador é que 70% dos Pais/cuidadores de bebés até aos 6 meses participem **na ação de educação para a saúde sobre suporte básico de vida pediátrico/número da população-alvo.**

Para avaliar a meta de 70% de pais/cuidadores de bebés até aos 6 meses de participantes na ação de educação para a saúde sobre suporte básico de vida pediátrico, é necessário adotar métodos de colheita e análise de dados que permitam mensurar com precisão o alcance da ação. Registrar o número de pais/cuidadores que efetivamente participam da ação de educação para a saúde.

O cálculo do indicador é feito pela seguinte equação:

Percentagem de participação = [(Número de pais/cuidadores participantes) / (Número total de pais/cuidadores na população-alvo)] x 100

De Resultado

Os indicadores de resultado medem os efeitos imediatos da intervenção sobre os participantes. Demonstram as mudanças que ocorreram nos indivíduos como resultado direto da participação na ação de educação para a saúde. Diferentemente dos indicadores de impacto, que avaliam mudanças a longo

prazo na saúde da população, os indicadores de resultado focam nos efeitos observáveis logo após a conclusão da intervenção ou de uma etapa específica do programa.

O Método de Avaliação utilizado será um questionário no final da ação de educação para a saúde, com questões de verdadeiro e falso.

Indicador de retenção de conhecimento:

- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 1 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**
- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 2 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**
- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 3 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**
- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 4 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**

- % = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 5 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 6 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 7 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 8 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 9 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 10 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

A meta para estes indicadores é que 75% dos pais/cuidadores acertem, no mínimo, 75% das questões do questionário, demonstrando retenção satisfatória do conteúdo abordado.

Indicador de retenção de habilidades:

- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 1 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**
- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 2 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**
- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 3 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**
- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 4 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**
- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 5 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**
- **% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 6 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100**

- % = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 7 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 8 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 9 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 10 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100
- % = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 11 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

Os indicadores supracitados avaliam a habilidade dos pais/cuidadores de realizar algumas etapas do algoritmo de SBVP.

O Método de avaliação utilizado será uma grelha de avaliação para avaliar as habilidades num cenário de treino prático de PCR num lactente.

A meta para este indicador é que 75% dos pais/cuidadores acertem, no mínimo. 75% dos parâmetros avaliados na grelha de avaliação de habilidades.

Avaliação

A avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos participantes será realizada através de um questionário estruturado, aplicado no final da AES. Este instrumento incluirá questões de verdadeiro/falso, cobrindo os principais temas abordados na formação, nomeadamente a sequência de ações no SBVP pediátrico, a identificação precoce de emergências e a utilização correta de técnicas de ressuscitação (ex: verificação de resposta, chamada de emergência médica, RCP).

A análise dos resultados deste questionário permitirá quantificar o nível de conhecimento pós-intervenção pois anteriormente este grupo-alvo não tinha tido acesso a formações sobre SBVP, permitindo determinar o impacto da AES na aquisição de conhecimentos sobre SBVP.

Para além da avaliação dos conhecimentos teóricos, a presente AES também valoriza a avaliação das habilidades práticas dos pais e cuidadores na execução das técnicas de SBVP. Para tal, será utilizada uma grelha de avaliação (Apêndice IV)), previamente construída. A observação direta da performance dos participantes na prática simulada das técnicas de SBVP permitirá uma avaliação objetiva do seu desempenho e identificação de áreas onde a formação possa necessitar de reforço. A análise dos dados da grelha de avaliação contribuirá para a avaliação da eficácia da AES na aquisição de competências práticas em SBVP.

A articulação entre os resultados obtidos através do questionário e da grelha de avaliação permitirá uma avaliação holística da aprendizagem dos participantes. A análise dos dados permitirá identificar aspetos da formação que foram mais eficazes e aqueles que necessitam de melhorias, contribuindo para a revisão e aperfeiçoamento da AES. Esta avaliação, além de fornecer dados para melhorar

a presente AES, permitirá também extrapolar conclusões para a implementação de ações de formação semelhantes, contribuindo para o aumento da literacia em saúde na comunidade.

Conclusão

Este planeamento de AES sobre SBVP para pais e cuidadores de crianças até aos 6 meses de idade procurou preencher uma lacuna na literacia em saúde, dotando os cuidadores de conhecimentos e competências cruciais para lidar com emergências pediátricas.

A abordagem pedagógica, centrada na combinação de teoria e prática através de sessões interativas e demonstrações, alinou-se com as recomendações atuais da literatura.

A opção por um formato de AES em detrimento de outros métodos de disseminação de informação, como campanhas de comunicação em massa, justifica-se pela necessidade de envolvimento ativo dos participantes e pela possibilidade de feedback imediato, garantindo maior retenção de informação e consolidação das competências práticas.

Bibliografia

- Almutari, N. S., & all, e. (2023). Percepções dos pais sobre a importancia da ressuscitação cardiopulmonar pediátrica fora do hospital para a taxa de sobrevivencia a Arábia Saudita: um estudo transversal. doi:10.1186/s12245-023-00564-3
- American Heart Association. (2020). *2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Obtido de <https://professional.heart.org/en/science-news/2020-aha-guidelines-for-cpr-and-ecc>
- American Heart Association. (19 de Setembro de 2021). Obtido de <https://cpr.heart.org/en/resources/what-is-cpr>
- American Heart Association. (2021). *Heart Attack and Stroke Symptoms*. Obtido em 15 de setembro de 2021, de <https://www.heartorg/en/health-topics/cardiac-arrest>
- Atkins, D., Everson-Stewart, S., Sears, G., & et al. (2009). *Epidemiology and outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in children: the Resuscitation Outcomes Consortium Epistry-Cardiac Arrest*, pp. 1484-91. doi:10.1161/678
- Creswell, J., & Creswell, J. (2018). *Reserach design: Qualitative,quantitative and mixed methods approaches*.
- DFEM, I. &. (2022). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico.
- England, J., Axelsson A, B., & Karlson BW, H. (2003). The epidemiology of cardiacareest in children and young adults. pp. 131-8.
- Imperiratori, E., & Giraldes, M. d. (1986). *Metodologia do Planemaneto da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2ª Edição ed.). Lisboa: Edições de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2016). *Diário da República - Gabinete do Secretariado de Estado Adjunto e da Saúde* (Vols. 2ª série, nº 49). Portugal.
- Moran, K., & Stanley, T. (2011). *Toddler parents training, understanding, and perceptions of CPR*, pp. 572-576. doi:10.1016/019

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Porto.
- Stephens, N. (2019). *Perceptions of parental awareness, knowledge and anxiety* . Dissertação de Mestrado.
- Topjian AA, B. R. (2012). Pediatric Out-of-Hospital Cardiac Arrest. doi:<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.071472>
- Uehara, R., Akjyama, Y., Ichikawa, k., Ojima, T., Matsuura, K., & et al. (2018). *Awareness of cardiopulmonary resuscitation among parents of 3-year-old children*, pp. 869-74. doi:10.1111/649
- Van de Voorde, P., M.Turner, N., Djakow, J., & et al. (2021). 327-387. doi:10.1016/015
- Van de Voorde, P., Turner , N., Djakow, J., & et. al. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. 161, 327-387. doi:10.1016/015
- World Health Organization. (2019). *Track 2: Health literacy and health behaviour* . Obtido em Março de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

Apresentação Ação de Educação para a Saúde – Suporte Básico de Vida Pediátrico



Sumário

1. Definição de Suporte Básico de Vida
2. Cadeia de Sobrevivência Pediátrica
3. Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico
4. Pontos a reter
5. Referências Bibliográficas

Objetivos

1. Descrevam corretamente as etapas do algoritmo do suporte básico de vida pediátrico
2. Evidenciem saber contactar o 112 fornecendo todas as informações necessárias para a chegada de apoio diferenciado.
3. Demonstrem corretamente a técnica de compressões torácicas em manequins pediátricos, mantendo a profundidade e frequência adequadas para a faixa etária simulada
4. Demonstrem a realização de ventilações eficazes.
5. Demonstrem a sequência correta de RCP (Respiração Cardiopulmonar) em bebês e crianças, incluindo abertura de vias aéreas, verificação de respiração e realização de compressões torácicas e ventilações.



Suporte Básico de Vida pressupõe um conjunto de procedimentos simples com o objetivo de fornecer oxigênio ao cérebro e ao coração, sem recurso a dispositivos avançados, até à chegada das equipas de emergência, que garantem o Suporte Avançado de Vida.



A **principal causa de paragem** cardiorrespiratória (PCR) na idade pediátrica é a **hipóxia** (baixa quantidade de oxigénio).

A **prioridade** na reanimação pediátrica é a **permeabilização da via aérea e a oxigenação**.

A **criança está sujeita a situações de OVA**, dado que a mesma é de menor diâmetro e colapsa com facilidade. A língua sendo maior, facilmente causa obstrução da via aérea.

As **causas PCR de origem cardíaca são raras**, embora também possam ocorrer.

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



- Conjunto de procedimentos que permitem salvar vidas em caso de PCR, acontecendo de forma encadeada, em que cada elo se articula influenciando a sobrevivência.

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



- 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 (SAV), desfibrilhação e cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).

Algoritmo do SBV Pediátrico



Condições de Segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

Condições de Segurança

Antes de abordar a criança

Reanimador

Vítima (Criança)

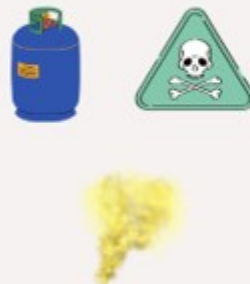
Terceiros



Fatores ambientais



Fatores toxicológicos



Fatores infecciosos

Tuberculose
Hepatite
SARS-COV2

Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de Segurança



Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

Avaliar o estado de consciência da criança

“Estás bem, sentes-te bem?” - enquanto a estimula batendo suavemente nos ombros

Os lactentes (até 1 ano) devem ser estimulados mexendo nas mãos e/ou nos pés, ao mesmo tempo que são chamados em voz alta.





Se a criança **responder**,
mexer, falar ou chorar



Avaliar a situação em causa e
potenciais riscos e, se
necessário, deixá-la na posição
em que está, ou na que ela
pretender adotar



LIGAR 112, reavaliando-
a frequentemente.

Nos **lactentes** sugere-se a colocação em decúbito lateral,
usando uma almofada ou um lençol dobrado, colocado por
trás, a nível das costas, para manter a posição estável.



A posição de recuperação usada nas **crianças** obedece aos
mesmos princípios da PLS (posição lateral de segurança)
do adulto e pode ser usada a mesma técnica.



Se a criança **não**
responder



Prosseguir com a avaliação
(se existirem 2
reanimadores)



Um reanimador inicia
15: 2 e o outro LIGA 112

Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de Segurança

Estado de consciência



Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

Permeabilizar a via aérea



Os lactentes para além da língua volumosa, têm a cabeça maior que o resto do corpo aumentando o risco de uma potencial obstrução da via aérea.

1. Colocar uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);
2. Fazer a extensão da cabeça, inclinando-a cuidadosamente para trás, sem pressionar os tecidos moles abaixo do mento (pode causar obstrução da via aérea);
3. No caso do lactente, coloque a cabeça em posição neutra (face paralela ao plano onde está deitado), elevando ligeiramente os ombros/costas do bebé (ex: toalha).

Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de Segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

✓ Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

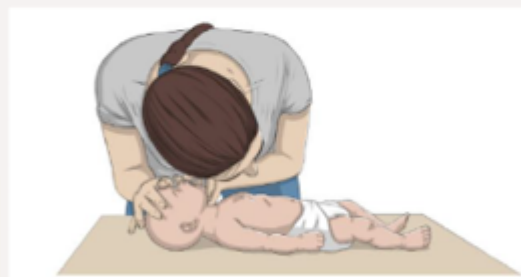
Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

Ver,
Ouvir
Sentir

10

Se a criança respira normalmente e não há evidência de trauma, coloque-a em posição de recuperação

Ligar 112



Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de Segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)



5 Insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

5 Insuflações iniciais



Cada insuflação deve durar 1 segundo, com um volume de ar suficiente para causar uma expansão torácica visível. Após cada insuflação, deve manter a via aérea permeável para permitir a expiração e repetir o procedimento.

Se criança não respira

permeabilizar via área

realize 5 insuflações iniciais

Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de Segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais



Ligar 112

SBV (15:2)

Ligar 112

- Local com exatidão
- Tipo de situação - emergência médica

Complementar a informação:

- localização, com referência à freguesia/localidade e pontos de referência
- sexo e idade da vítima,

Seguir os conselhos do técnico do CODU e não desligar a chamada até indicação do mesmo.

Após 5 insuflações iniciais, na ausência de sinais de vida



iniciam-se as 15 compressões torácicas.

Local: metade inferior do esterno

Frequência: 100 a 120 /min

Profundidade: 1/3 do diâmetro ântero-posterior do tórax



SBV (15:2)

Técnica boca a boca-nariz (lactentes)



- permeabilidade da via aérea, assegurando que a cabeça está em posição neutra.
- encher o “peito de ar”, adaptar a boca à volta da boca e do nariz do lactente e insuflar.

Caso não consegue efetuar uma boa adaptação da boca à volta da boca e nariz é igualmente adequado efetuar ventilação boca-a-boca.

Manter as manobras de reanimação - 15 compressões seguidas de 2 insuflações, ou em alternativa compressões contínuas) até:

- Chegar ajuda diferenciada e ser substituído;
- A vítima retomar sinais de vida (tosse, movimentos e respiração normal);
- Ficar exausto

Deve trocar de reanimador a cada 2 minutos de Suporte Básico de Vida, o que corresponde a 10 sequências de 15:2.

Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de Segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

ASSEGURE CONDIÇÕES DE SEGURANÇA



Mitigue riscos:

- Ambientais (ex. choque elétrico, derrocada, explosão, tráfego);
 - Toxicológicos (ex. exposição a gás, fumo, tóxico);
 - Infeciosos (ex. tuberculose, hepatite, Sars-Cov2).
- Use equipamento de proteção, se aplicável.

AVALIE O ESTADO DE CONSCIÊNCIA



- Estimule o lactente mexendo nos pés/mãos e chamando por ele;
- Perante uma criança, abane os ombros com cuidado e pergunte em voz alta: "Está-me a ouvir?"

PERMEABILIZE A VIA AÉREA



- Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);
- Faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás;
- No lactente, coloque a cabeça em posição neutra, fazendo uma ligeira elevação dos ombros.

AVALIE A VENTILAÇÃO



Ver, Ouvir e Sentir até 10 segundos:

- Ver os movimentos torácicos;
- Ouvir os sons respiratórios saídos da boca/nariz;
- Sentir o ar expirado na face do reanimador.

SE NÃO RESPIRA, FAÇA 5 INSUFLAÇÕES



- Realize 5 insuflações, garantindo uma expansão eficaz do tórax;
- Cada insuflação deverá demorar cerca 1 segundo.

LIGUE 112 E FAÇA COMPRESSÕES



Informe:

- "Estou com uma criança que não respira";
- Forneça a sua localização (com pontos de referência);
- Responda a todas as perguntas que forem colocadas;
- Desligue apenas quando indicado.

**REALIZE 15
COMPRESSÕES
TORÁCIAS**



Faça 15 compressões, com:

- As mãos no centro do tórax;
- Uma frequência de 100 a 120/min;
- Uma depressão do esterno 1/3 do diâmetro ântero-posterior do tórax;
- Tempos de compressão e descompressão iguais.

FAÇA 2 INSUFLAÇÕES



Realize 2 insuflações, garantindo:

- Uma expansão eficaz do tórax;
- Que não demora mais de 10 seg.

Pontos a reter

- Em caso de emergência, ligar 112 e colaborar nas questões colocadas
- O bom funcionamento da cadeia de sobrevivência permite salvar vidas em risco
- Todos os elos da cadeia de sobrevivência pediátrica são igualmente importantes
- É fundamental saber como e quando pedir ajuda e iniciar precocemente o SBV
- Reconhecer a situação e iniciar de imediato medidas adequadas pode evitar a paragem cardiorrespiratória e salvar uma vida

Vamos à prática?



Bibliografia

- INEM & DFEM. (2022). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Lisboa.

Obrigada pela
vossa atenção



Plano de Sessão

PLANO DE SESSÃO

Formadora: Lucinda Ramos, aluna do MEESIP Tema: “Suporte Básico de Vida Pediátrico” Duração: 1h30		Grupo destinatário: Pais/Cuidadores de bebés dos 0 aos 6 meses da área de abrangência da [REDACTED] Local: Sala da Parentalidade da UCC Data: dezembro 2024 Hora: 10h00		
Fase	Conteúdo	Método	Recursos Didáticos	Avaliação
Introdução (10 min)	Apresentação do tema da sessão de formação e seus objetivos; Exposição sucinta dos conteúdos irão ser abordados;	Expositivo Demonstrativo	Projetor Computador	
Desenvolvimento (45 min)	Definição de Suporte Básico de Vida Pediátrico; Apresentação e explicação da Cadeia de Sobrevivência Pediátrica; Apresentação e explicação do Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico; Demonstração prática das técnicas abordadas;	Expositivo Demonstrativo Interativo	Projetor Computador Modelos práticos para reanimação	
Conclusão (35 min)	Resumo dos principais conteúdos Treino prático dos Pais/Cuidadores nos modelos de reanimação. Esclarecimento de dúvidas	Interativo	Projetor Computador Modelos práticos para reanimação	Avaliação de conhecimentos através de questionário Avaliação de habilidades através de grelha de observação



Questionário de Avaliação de Conhecimentos

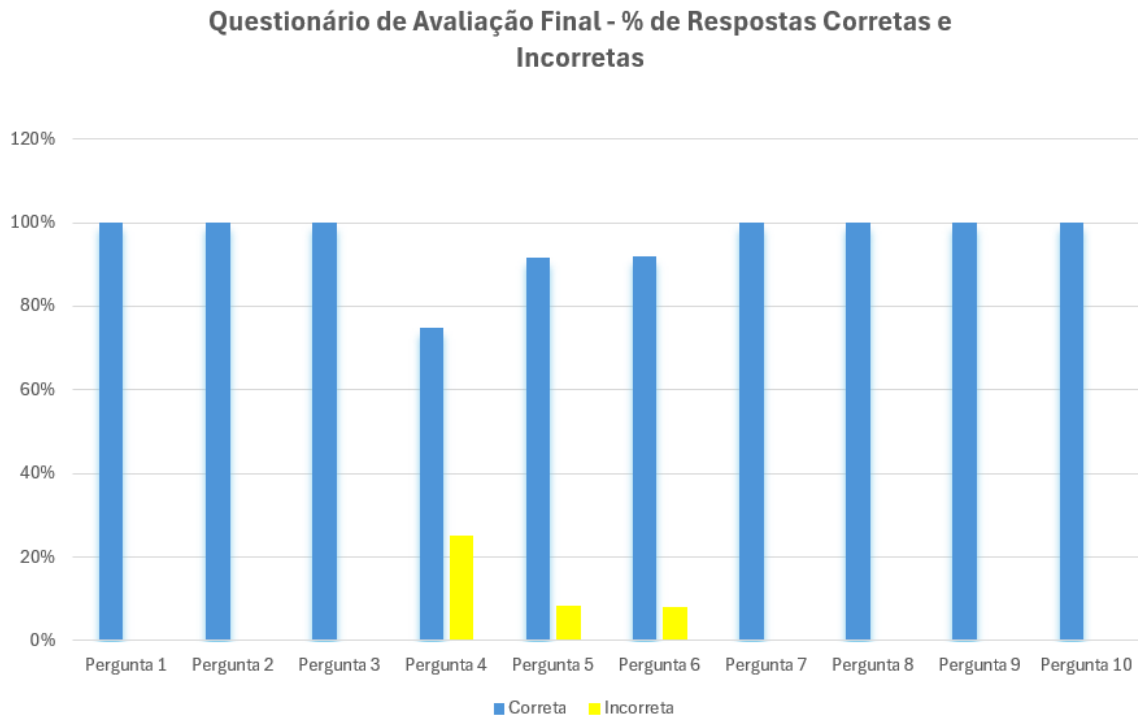
Questionário de avaliação de conhecimentos

Ação de Educação para a Saúde - Suporte Básico de Vida Pediátrico

Para cada uma das afirmações assinale com um "X" as que considera verdadeiras (V) ou falsas (F), no local respetivo.

	V	F
1. A principal causa de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) na idade pediátrica é a hipoxia (diminuição capacidade de oxigénio).		
2. A prioridade na reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação.		
3. Antes de abordar a vítima não é necessário avaliar as condições de segurança.		
4. Avaliar a respiração durante 20 segundos, Ver, Ouvir e Sentir (VOS).		
5. Se a criança não respira, permeabilizar a via aérea e realizar 5 insuflações iniciais.		
6. Ao contactar o 112 o aspeto mais importante é referir que é uma emergência médica.		
7. Após 5 insuflações iniciais, na ausência de sinais de vida iniciam-se as 15 compressões torácicas.		
8. A ventilação com a técnica boca a boca-nariz é a mais adequada para o lactente.		
9. A relação compressões/insuflações na criança é 30:2.		
10. Caso a criança retome sinais de vida (tosse, movimentos e respiração normal) parar de realizar as compressões e insuflações e colocar em Posição neutra (criança até aos 12 meses) ou Posição Lateral de Segurança (criança entre 1 aos 18 anos).		

Resultados da Avaliação de Conhecimentos da Ação de Educação para a saúde - Suporte Básico de Vida Pediátrico



Análise dos Resultados

A presente análise avalia o conhecimento adquirido por pais e cuidadores de crianças até aos 6 meses de idade, após a participação numa AES focada em SBVP. A avaliação baseou-se num questionário com dez afirmações de verdadeiro/falso, aplicado após a conclusão da AES. Os resultados demonstram um desempenho globalmente elevado, refletindo a eficácia da intervenção na transmissão de conhecimentos essenciais de SBVP.

Na maioria das questões, a taxa de respostas corretas foi de 100%. Especificamente, todos os participantes compreenderam corretamente a etiologia da PCR pediátrica (hipóxia), a prioridade na reanimação (permeabilização da via aérea e oxigenação), a necessidade de avaliação prévia da segurança antes de abordar a vítima, a técnica de ventilação ideal para lactentes (boca-a-boca-nariz), a correta relação compressões/insuflações (15:2), e os procedimentos a adotar em caso de recuperação espontânea dos sinais vitais (posição neutra ou lateral de segurança). Esta elevada taxa de sucesso indica uma transmissão eficiente de conceitos fundamentais de SBVP, alinhada com as diretrizes internacionais de reanimação cardiopulmonar (RCP) pediátrica (American Heart Association, 2020). (Van de Voorde P. , Turner , Djakow, & et. al, 2021) A compreensão destes aspetos é crucial para uma resposta eficaz em emergências.

No entanto, a análise revela alguma heterogeneidade na aquisição de conhecimento em relação à avaliação da respiração. 75% dos participantes responderam corretamente à questão que abordava a avaliação da respiração durante 20 segundos, utilizando a técnica de ver, ouvir e sentir. Os 25% restantes erraram ao considerar esta afirmação como verdadeira, possivelmente não interpretando corretamente o tempo dessa mesma avaliação, sendo os 10 segundos que se encontra preconizado. Este resultado sugere a necessidade de reforçar a prática desta técnica durante a AES, através de demonstrações e simulações mais detalhadas, garantindo a compreensão da importância de cada elemento desta avaliação (ver, ouvir e sentir). Apesar desta ligeira dificuldade na avaliação da respiração, o desempenho em questões relacionadas com a sequência de ações no SBVP foi notavelmente elevado (92% ou mais de respostas corretas). A grande maioria dos participantes demonstrou compreender a necessidade de realizar 5 insuflações iniciais após permeabilização da via aérea e

a importância de contatar o 112, referindo a emergência médica. Estes dados sugerem que a AES foi bem-sucedida na transmissão de procedimentos cruciais para a cadeia de sobrevivência em casos de PCR pediátrica, contribuindo para a melhoria da literacia em saúde dos participantes. Estudos demonstram a importância do treino em RCP para aumentar a confiança e a competência dos cuidadores na resposta a emergências pediátricas (Browning et al., 2018).

A avaliação quantitativa deste AES demonstrou que a grande maioria dos participantes assimilou os princípios fundamentais do SBVP. A necessidade de melhorar a compreensão da avaliação respiratória deve ser considerada para futuras edições da AES. A eficácia global da intervenção, no entanto, demonstra o potencial desta iniciativa para aumentar a literacia em saúde, capacitando pais e cuidadores para melhor responderem a emergências com crianças pequenas.

O Método de Avaliação utilizado foi o questionário no final da ação de educação para a saúde, com questões de verdadeiro e falso.

Indicador de retenção de conhecimento:

$$\% = (\text{Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 1} / \text{Número total de pais e cuidadores da população alvo}) * 100$$
$$(24/24) * 100 = 100\%$$

A análise do indicador de resultado referente à questão 1 do questionário sobre SBVP, que investigava a principal causa de PCR na idade pediátrica, revelou um resultado de 100% de respostas corretas. Este resultado indica uma compreensão unânime por parte dos 24 participantes sobre a hipóxia como a causa principal de PCR em crianças. Esta taxa de sucesso sugere uma elevada literacia em saúde dentro da amostra.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 2 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(24/24) * 100 = 100\%$$

A análise do indicador de resultado referente à questão 2 do questionário, que questionava a prioridade na reanimação infantil (permeabilização da via aérea e oxigenação), revelou uma taxa de respostas corretas de 100%. Este resultado, sugere um conhecimento unânime, por parte dos 24 participantes, da importância primordial da permeabilização da via aérea e da subsequente oxigenação na sequência de reanimação cardiopulmonar pediátrica.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 3 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(24/24) * 100 = 100\%$$

A análise do indicador de resultado referente à questão 3 do questionário, que avaliou a compreensão da necessidade de avaliar as condições de segurança antes de abordar uma vítima, revelou uma taxa de respostas corretas de 100%. Este resultado indica que todos os 24 participantes demonstraram conhecimento da importância desta etapa crucial nos procedimentos de primeiros socorros.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 4 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(18/24) * 100 = 75\%$$

75%, indica que 18 dos 24 pais e cuidadores participantes demonstraram conhecimento adequado sobre a correta técnica e duração de VOS em questão. Embora o resultado de 75% sugira um nível razoável de compreensão da técnica pelos participantes, é crucial analisar este dado com cautela e considerar as potenciais limitações do estudo devido ao número da amostra. Para além dessa consideração deverá ser tido em conta a formulação da pergunta e as instruções dadas pois podem ter influenciado as respostas.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 5 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(22/24) * 100 = 92\%$$

A análise do indicador de resultado referente à questão 5 do questionário sobre primeiros socorros pediátricos revela um índice de 92% de respostas corretas. Indica um elevado nível de conhecimento demonstrado pela amostra de 24 pais e cuidadores em relação à sequência correta de procedimentos em caso de ausência de respiração em crianças: permeabilização da via aérea seguida da realização de cinco insuflações iniciais. Este desempenho positivo sugere a eficácia das ações de formação ou sensibilização prévias à aplicação do questionário, ou, alternativamente, um bom nível prévio de conhecimento da população em estudo. A análise das duas respostas incorretas seria também relevante para a compreensão de eventuais lacunas no conhecimento que possam ser alvo de intervenções educativas mais direcionadas.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 6 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(22/24) * 100 = 92\%$$

A análise do indicador de resultado referente à questão 6 do questionário sobre SBVP, que averiguava a compreensão da prioridade de comunicar a urgência em chamadas para o número de emergência 112, revela um índice de 92% de respostas corretas. Este resultado, obtido sugere um elevado nível de conhecimento por parte dos 24 participantes sobre a importância de comunicar claramente a natureza urgente da situação médica em contato com a linha de emergência. Esta percepção, aparentemente disseminada na amostra, pode indicar a eficácia de campanhas de sensibilização pública ou refletir um nível de literacia em saúde previamente existente na população em estudo.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 7 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(24/24) * 100 = 100\%$$

A análise do indicador de resultado relativo à questão 7 do questionário que inquiria sobre a sequência correta de ações na reanimação cardiopulmonar (RCP) após insuflações iniciais sem resposta, revela uma taxa de acerto de 100%. Este resultado, sugere que todos os 24 participantes demonstraram conhecimento da sequência correta de 5 insuflações iniciais seguidas de 15 compressões torácicas na ausência de sinais de vida.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 8 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(24/24) * 100 = 100\%$$

A análise do indicador de resultado referente à questão 8 que versava sobre a técnica de ventilação mais adequada para lactentes (boca-a-boca-nariz), revelou uma taxa de respostas corretas de 100%. Este resultado, sugere uma compreensão unânime, por parte dos 24 pais e cuidadores participantes, da técnica boca-a-boca-nariz como a mais indicada para a ventilação em lactentes.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 9 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(24/24) * 100 = 100\%$$

A análise do indicador de resultado referente à questão 9 do questionário que questionava a correta relação compressões/insuflações, revelou uma taxa de acerto de 100%. Este resultado indica que todos os 24 pais e cuidadores participantes demonstraram conhecimento desta proporção, crucial para a eficácia da reanimação cardiopulmonar em crianças (American Heart Association, 2020).

% = (Número de pais e cuidadores participantes que respondem corretamente à questão 10 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(24/24) * 100 = 100\%$$

A questão 10 do questionário sobre SBVP, que abordava a interrupção das manobras de ressuscitação em caso de recuperação espontânea dos sinais vitais (tosse, movimentos e respiração normal) e a subsequente colocação da criança em posição neutra ou lateral de segurança, obteve uma taxa de respostas corretas de 100%. Este resultado sugere uma compreensão perfeita, pela amostra de 24 participantes, do procedimento correto em situações de recuperação espontânea durante a RCP pediátrica.

A meta para estes indicadores é que 75% dos pais/cuidadores acertem, no mínimo, 75% das questões do questionário, demonstrando retenção satisfatória do conteúdo abordado.

O objetivo desta avaliação era aferir a retenção do conteúdo sobre SBVP por parte dos pais e cuidadores, estabelecendo como meta um mínimo de 75% de acertos em pelo menos 75% das questões do questionário. Contudo, a análise dos dados revela resultados que, à primeira vista, sugerem uma taxa de sucesso excepcionalmente elevada, com 96%. Esta aparente excelência, no entanto, precisa de ser contextualizada e analisada criticamente, tendo em conta as limitações metodológicas do estudo. A pequena dimensão da amostra (n=24) compromete significativamente a validade externa dos resultados, impedindo a generalização para a população-alvo (Creswell & Creswell, 2018). A probabilidade de viés de amostragem é elevada, tornando os resultados pouco representativos da realidade.

A interpretação dos dados exige, por conseguinte, cautela. Embora a taxa de acerto tenha superado largamente a meta estabelecida, a pequena amostra impossibilita a construção de inferências estatísticas robustas. Uma análise mais completa necessitaria de informações sobre o nível de escolaridade, experiência prévia com emergências, ou participação em cursos de formação em primeiros socorros, permitindo uma melhor compreensão da aparente facilidade com que as questões foram respondidas.

Grelha de Avaliação Prática de Suporte Básico de Vida Pediátrico

Avaliação Prática de Suporte Básico de Vida Pediátrico

Parâmetros a avaliar	Realiza	Realiza com Falhas	Não realiza
Avaliar condições de Segurança			
Avaliar estado de consciência			
Permeabilização da via aérea			
VOS (Ver, Ouvir e Sentir)			
Ligar 112			
Chamada com todas as informações importantes			
15 Compressões			
2 Insuflações			
Mantêm o ritmo			
Posicionamento das mãos			
Profundidade das Compressões			

Resultados da Avaliação Prática de Suporte Básico de Vida Pediátrico

Análise dos Resultados

Indicador de retenção de habilidades:

$$\% = (\text{Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 1} / \text{Número total de pais e cuidadores da população alvo}) * 100$$

$$(20/24) * 100 = 83\%$$

A avaliação prática do SBVP aplicada a pais e cuidadores incluiu, como primeiro parâmetro, a avaliação das condições de segurança prévias à realização das manobras de ressuscitação. A análise deste parâmetro, cujo objetivo era aferir a capacidade dos participantes em garantir um ambiente seguro, resultou numa taxa de sucesso de 83,3%. Este resultado sugere que a maioria dos participantes demonstra alguma compreensão da importância da segurança na realização do SBVP, mas indica também a existência de áreas de melhoria na formação ou capacitação nestes procedimentos.

A interpretação deste achado deve ser feita com cautela, considerando as limitações intrínsecas à metodologia empregue. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra (n=24) é reduzido, o que compromete a generalização dos resultados para a população-alvo mais ampla e aumenta a probabilidade de viés de seleção (Creswell & Creswell, 2018). Consequentemente, a inferência estatística derivada

desta amostra pequena apresenta margem de erro significativa, dificultando a extrapolação segura dos resultados para outros grupos de pais e cuidadores.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 2 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(19/24) * 100 = 79\%$$

A avaliação prática de SBVP realizada com pais e cuidadores incluiu, como segundo parâmetro a avaliação do estado de consciência da criança. A análise deste aspecto crucial do procedimento de SBVP resultou numa taxa de sucesso de 79,2%. Este resultado indica que uma significativa proporção dos participantes demonstrou competência na avaliação do nível de consciência, um passo fundamental para a tomada de decisão subsequente no processo de reanimação. No entanto, a percentagem obtida sugere também a necessidade de aperfeiçoamento e reforço da formação nesta área específica.

Apesar do resultado aparentemente positivo, é imperativo considerar as limitações metodológicas do estudo.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 3 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(19/24) * 100 = 79\%$$

A avaliação prática do SBVP aplicada a pais e cuidadores incluiu, como terceiro parâmetro a permeabilização da via aérea. A análise deste aspecto fundamental do procedimento registou uma taxa de sucesso de 79,2%. Este resultado indica que uma significativa proporção dos participantes demonstrou competência na manobra de permeabilização da via aérea, etapa crucial para garantir a ventilação adequada em caso de emergência pediátrica. Contudo, a percentagem obtida sugere a necessidade de reforçar a formação prática neste procedimento específico.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 4 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(19/24) * 100 = 79\%$$

A avaliação prática do SBVP em pais e cuidadores, centrada na capacidade de execução da sequência "ver, ouvir e sentir" durante dez segundos (Parâmetro 4), resultou numa taxa de sucesso de 79%. Este resultado, calculado a partir da proporção de participantes que demonstraram a competência requerida (19 de 24), indica que uma significativa maioria dos sujeitos apresentou a capacidade técnica avaliada. Contudo, a análise desta percentagem exige uma abordagem crítica, considerando as limitações inerentes ao desenho metodológico do estudo.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 5 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(22/24) * 100 = 92\%$$

A avaliação prática de SBVP em pais e cuidadores, que integrava a capacidade de efetuar um pedido de ajuda através do número de emergência 112 (Parâmetro 5), revelou uma taxa de sucesso de 92%. Este resultado, calculado com base na proporção de participantes que demonstraram a competência (22 de 24), sugere um bom nível de conhecimento prático sobre este procedimento crucial em emergências pediátricas.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 6 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(20/24) * 100 = 83\%$$

A avaliação prática do SBVP aplicada a uma amostra de 24 pais e cuidadores, incluiu como sexto parâmetro, a realização de uma chamada para o 112 com a inclusão de todas as informações relevantes. A análise deste parâmetro, crucial para a eficácia da resposta em emergências pediátricas, revelou uma taxa de sucesso de 83%. Este resultado sugere que a maioria dos participantes possui um bom nível de conhecimento prático sobre a forma correta de contatar os serviços de emergência.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 7 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(20/24) * 100 = 83\%$$

A avaliação prática de SBVP realizada com 24 pais e cuidadores incluiu, como sétimo parâmetro, a execução correta de 15 compressões torácicas. A análise dos resultados revela uma taxa de sucesso de 83%, calculada com base no número de participantes que demonstraram a capacidade de realizar a sequência de compressões de forma adequada (20 de 24 participantes).

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 8 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(20/24) * 100 = 83\%$$

A avaliação prática do SBVP em pais e cuidadores, focada no oitavo parâmetro, a realização correta de duas insuflações – resultou numa taxa de sucesso de 83%. Este valor, calculado a partir da proporção de participantes que demonstraram a capacidade de executar adequadamente a técnica (20 de 24), sugere um nível de proficiência relativamente satisfatório na amostra estudada. No entanto, esta aparente eficácia deve ser interpretada com cautela, considerando as limitações intrínsecas ao desenho da investigação.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 9 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(19/24) * 100 = 79\%$$

A avaliação prática de SBVP realizada com 24 pais e cuidadores incluiu, como nono parâmetro, a coordenação rítmica entre 15 compressões torácicas e duas insuflações. A análise deste parâmetro, fundamental para a eficácia da RCP, revelou uma taxa de sucesso de 79%. Este resultado indica que uma significativa maioria dos participantes consegue coordenar, na prática, as compressões torácicas com as insuflações, embora uma minoria apresente dificuldades neste aspeto crucial da técnica.

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 10 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(18/24) * 100 = 75\%$$

A avaliação prática de SBVP aplicada a uma amostra de 24 pais e cuidadores incluiu a análise do posicionamento das mãos durante as compressões torácicas e ventilações (Parâmetro 10). A taxa de sucesso registada foi de 75%, calculada a partir da percentagem de participantes que demonstraram a correta execução da técnica (18 de 24 participantes). Este resultado indica que uma proporção considerável da amostra apresentou domínio do posicionamento correto das

mãos, elemento crucial para a eficácia das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em crianças (American Heart Association, 2020).

% = (Número de pais e cuidadores participantes que demonstram capacidade de realizar o parâmetro 11 / Número total de pais e cuidadores da população alvo) * 100

$$(18/24) * 100 = 75\%$$

A avaliação prática do SBVP em pais e cuidadores, realizada com uma amostra de 24 participantes, incluiu a análise da profundidade das compressões torácicas. A taxa de sucesso obtida foi de 75%, calculada com base na proporção de participantes que realizaram corretamente a manobra (18/24). Este resultado, aparentemente satisfatório, indica que uma parcela significativa da amostra demonstrou competência na realização das compressões com a profundidade adequada, um fator crucial para a efetividade da RCP pediátrica (American Heart Association, 2020).

A principal limitação reside no tamanho reduzido da amostra. A utilização de apenas 24 pais e cuidadores constitui um constrangimento significativo para a generalização dos resultados para a população-alvo (Creswell & Creswell, 2018). Amostras de pequena dimensão são vulneráveis a erros amostrais e a vieses de seleção, comprometendo a representatividade dos dados e a possibilidade de extrapolar as conclusões para o universo de pais e cuidadores. A taxa de 75%, apesar de sugerir um nível de proficiência razoável, não possui robustez estatística suficiente para permitir afirmações seguras sobre a competência da população total.

A meta para este indicador é que 75% dos pais/cuidadores acertem, no mínimo. 75% dos parâmetros avaliados na grelha de avaliação de habilidades.

A avaliação da aquisição de habilidades de SBVP em 24 pais e cuidadores revelou uma taxa de sucesso de 81%, superando a meta predefinida de 75% de acerto em pelo menos 75% dos parâmetros da grelha de avaliação. Este resultado, à primeira vista positivo, necessita de uma análise criteriosa, considerando as limitações metodológicas inerentes ao estudo. A superação da meta sugere, inicialmente, a eficácia da formação ministrada na transmissão de conhecimentos e competências práticas. Contudo, o reduzido tamanho da amostra (n=24) constitui uma limitação significativa, comprometendo a generalização dos resultados para a população de pais e cuidadores (Creswell & Creswell, 2018). O erro amostral inerente a amostras pequenas pode ter influenciado a taxa de sucesso observada, tornando prudente uma interpretação cautelosa do valor obtido.

Adicionalmente, a validação da grelha de avaliação de habilidades em SBVP é fundamental para a credibilidade dos resultados. A sua fiabilidade e validade devem ser explicitamente descritas, A ausência desta informação detalhada prejudica a interpretação dos dados, uma vez que não garante a fidedignidade da medição das habilidades em questão. Sem uma avaliação robusta da ferramenta de medida, a interpretação dos 81% de sucesso fica comprometida, não sendo possível assegurar a precisão da medida das competências em SBVP. Apesar de os resultados apresentados indicarem uma performance superior à meta estabelecida, a sua interpretação deve ser cautelosa, dado o reduzido tamanho da amostra e a falta de informação detalhada sobre a validação da grelha de avaliação. Estudos futuros com amostras de maior dimensão e uma descrição mais completa dos métodos de avaliação são necessários para

consolidar estas observações e permitir conclusões mais robustas sobre a eficácia da formação em SBVP para pais e cuidadores. A inclusão de dados sociodemográficos e a utilização de métodos estatísticos adequados permitiriam, ainda, uma análise mais completa dos fatores que influenciam a aquisição destas habilidades.

**Apêndice II - Ação de Formação a Pares – Suporte Básico de Vida
Pediátrico**



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Planeamento da Ação de Formação: Suporte Básico de Vida Pediátrico

Elaborada por:

Lucinda Maria Ribeiro Ramos

Docente orientadora:

Prof. Doutora Isabel Quelhas

Porto, dezembro 2024

Introdução

O Presente documento integra-se na Unidade curricular – estágio final e relatório, que integra o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto. O Estágio desenvolve-se em 360 de horas de contacto clínico, 20h de seminário e 20 h de orientação tutorial no período de 18 de setembro a 20 de dezembro de 2024.

No decorrer do estágio integrado na UC irei desenvolver e ministrar uma ação de formação a pares.

Esta atividade, orientada pela Professora Doutora Isabel Quelhas e em colaboração com a tutora, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, focou-se na área do Suporte Básico de Vida Pediátrico, atendendo a uma necessidade identificada pela equipa.

Este planeamento detalha os objetivos, conteúdo, recursos e estratégias da formação, servindo também como instrumento avaliativo para a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. O objetivo é desenvolver competências de planeamento em saúde, compreender a importância do planeamento em ações formativas e criar um documento para avaliação da disciplina.

O documento estrutura-se em onze capítulos da seguinte forma: como primeiro capítulo a introdução na qual está descrita a importância da ação de educação para a saúde e seu problema identificado justificando a intervenção; no segundo capítulo a fundamentação teórica sobre o SBVP ; o terceiro capítulo encontra-se o diagnóstico de situação no qual se realizar uma análise crítica do problema; no quarto capítulo a definição da população alvo onde se identifica os participantes

principais da ação para qual a intervenção é direcionada; o quinto capítulo designa-se por intervenção comunitária onde se identifica as estratégias para aumentar o conhecimento e habilidades em SBVP; no sexto capítulo contempla-se os objetivos definidos para alcançar o conhecimento e habilidade em lidar com crianças em PCR; no sétimo apresenta-se os recursos e métodos a serem usados na intervenção; no oitavo capítulo apresenta-se as estratégias utilizadas para alcançar os objetivos delineados; no nono capítulo a metodologia utilizada para alcançar o sucesso da intervenção; no penúltimo capítulo apresenta-se a avaliação e por último a conclusão resumindo os principais argumentos, descobertas e contribuições do trabalho como um todo.

Fundamentação Teórica

O SBVP é fundamentado em diretrizes que evoluíram ao longo dos anos e que refletem as melhores práticas em cuidados de emergência. Segundo a American Heart Association (AHA, 2020) , a aplicação de protocolos adequados pode aumentar significativamente as taxas de sobrevivência em crianças que sofrem paragens cardiorrespiratórias. A formação em SBV deve englobar não só técnicas de ressuscitação, mas também o reconhecimento precoce dos sinais de emergência em pediatria (Mason, Smith, & Andrews, 2021).

A paragem cardiorrespiratória (PCR) em crianças raramente ocorre de forma súbita. Geralmente, é precedida por um declínio progressivo da respiração, culminando numa insuficiência circulatória. A principal causa é a hipóxia, decorrente da incapacidade do organismo infantil em lidar com uma condição ou lesão pré-existente. Assim, o primeiro passo na reanimação pediátrica é assegurar a respiração e a oxigenação adequadas (INEM & DFEM, 2017).

O tamanho e as características fisiológicas das crianças impõem adaptações nos procedimentos de Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP) para otimizar sua eficácia. O risco de obstrução das vias aéreas é maior em crianças devido ao seu pequeno calibre e à maior probabilidade de colapso. A língua, relativamente maior em proporção à via aérea, contribui para esse risco aumentado (INEM & DFEM, 2017).

A formação em SBVP é crucial para os profissionais da Unidade de Cuidados de Crianças (UCC), pois a sua responsabilidade profissional e cívica exige o reconhecimento precoce de situações graves e a atuação eficiente de acordo com o protocolo SBVP. Considerando o elevado número de crianças atendidas na

UCC, esta formação torna-se imprescindível para garantir assistência adequada e oportuna. O objetivo é capacitar os participantes, aumentando sua confiança e competência na prática clínica.

A sobrevivência de crianças em emergências depende crucialmente do SBVP. Para garantir sua eficácia, é necessário manter treino qualificado através de formações em SBVP, seguindo guidentels nacionais e internacionais recentes dando ênfase à prática. A disponibilidade de equipamentos pediátricos específicos como desfibriladores, material de intubação e ventilação para manter o treino mais real facilitando os momentos de aprendizagem. Compreender a articulação entre os socorristas e o INEM através de uma comunicação eficaz seguindo protocolos de transferência de responsabilidades. Aprimorar a pesquisa e a inovação a partir de uma investigação contínua.

A evidência mais recente aponta para a necessidade de incluir simulações práticas nas formações, dado que estas aumentam a confiança e a competência dos profissionais de saúde (Patel, Brown, & Jones, 2022).

A Cadeia de Sobrevivência está representada por 5 elos que representam um conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardiorrespiratória: Reconhecimento precoce da gravidade da situação e pedido de ajuda: para prevenir a PCR; Suporte Básico de Vida: para otimizar a oxigenação; Ligar 112: para pedir ajuda diferenciada; Desfibrilhar: para administração de um choque elétrico que trata um ritmo cardíaco irregular e fatal; Suporte Avançado de Vida (SAV), desfibrilhação e cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar). Estes procedimentos

sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte (DFEM, 2022).

As manobras de SBV devem ser executadas com a vítima em decúbito dorsal num plano duro. O reanimador deve posicionar-se junto da vítima para que, se for necessário, possa fazer insuflações e compressões sem ter que fazer grandes deslocamentos. O SBV deve ser efetuado sequencialmente, seguindo uma ordem de ações cujo sucesso da próxima depende da eficácia da anterior. O algoritmo a usar em vítimas pediátricas corresponde às 5 insuflações iniciais, seguido de 15 compressões torácicas e 2 insuflações. A sequência de ações que compõem o algoritmo de SBVP tem como objetivo a simplificação de procedimentos, focando-se nos momentos considerados críticos. O algoritmo apresenta-se assim de forma lógica e concisa. (DFEM, 2022).

Diagnóstico de situação

Para entender um problema ou oportunidade, é preciso fazer uma análise detalhada da situação atual. Isso envolve coletar e analisar informações para descrever o cenário, identificar as causas e definir claramente o que precisa ser resolvido ou aproveitado. Essa avaliação sistemática é fundamental para a tomada de decisões eficazes.

Deste modo, após ter realizado um levantamento de necessidades com alguns elementos da equipa da UCC foi sentida a necessidade de realizar formação sobre SBVP. Infelizmente a formação no âmbito do SBVP é realizada mais recorrentemente em contexto hospitalar sobretudo nos serviços de urgência pediátrica, internamento de pediatria e em unidades neonatais. Os cuidados de saúde primários vão sendo, na maioria das vezes, esquecidos e por isso estas formações são menos vezes realizadas, sobretudo na área pediátrica.

Observou-se que, na unidade de cuidados comunitários, a prática de SBVP é, frequentemente, realizada sem a formação atualizada e sistemática. Relatos de situações de emergência revelaram uma falta de confiança e familiaridade por parte dos enfermeiros com as técnicas mais recentes de SBVP, além de uma carência de equipamento apropriado disponível nas situações de emergência. Tal situação sublinha a necessidade urgente de uma formação específica e estruturada.

Considerando essa lacuna significativa na formação dos profissionais em contexto laboral, propomo-nos a realização de uma ação de formação sobre SBVP, integrada no âmbito da formação de pares, respondendo a uma das

competências do EESIP. Consideramos que esta ação de formação poderá contribuir significativamente para o aumento do conhecimentos e habilidades na área do SBVP, empoderando os profissionais a responder de forma eficiente em situações críticas.

Definição da população alvo

O sucesso de uma iniciativa de educação em saúde depende da identificação precisa do seu público-alvo. Não basta definir um grupo demográfico; é importante compreender as necessidades, características e vulnerabilidades específicas desse grupo em relação ao tema abordado. Uma caracterização minuciosa do público-alvo é essencial para garantir a eficácia da intervenção.

A população-alvo deste plano formativo consiste em enfermeiros que atuam na UCC. Esta escolha justifica-se pelo seu papel fundamental na prestação de cuidados de saúde à população pediátrica e pela necessidade de garantir que possuam as competências adequadas para intervir em situações de emergência. Esta será constituída pelos elementos da equipa da UCC. Serão provavelmente 10 elementos a frequentar a formação em SBVP. A convocatória para a ação de formação é realizada pelo Enfermeiro coordenador da UCC.

Intervenção comunitária

Para esta intervenção foi delineada uma ação de formação que irá ser realizada num único momento aos elementos da equipa da UCC.

A intervenção comunitária programada visa proporcionar uma formação abrangente e eficaz em Suporte Básico de Vida (SBV) pediátrico, que combine tanto componentes teóricos como práticos. O modelo da formação será estruturado de forma a abordar desde os princípios fundamentais do SBV até a aplicação de técnicas avançadas de ressuscitação. Esta abordagem holística é crucial para preparar os enfermeiros para responderem eficazmente em situações de crise, onde a atuação rápida e correta pode ser determinante para a sobrevivência da criança.

Na fase teórica da formação, os participantes serão introduzidos aos conceitos essenciais do SBV, que incluem a avaliação inicial do paciente, a identificação de situações de emergência e a importância da ativação do sistema de emergência médica. A formação abrangerá as diretrizes atuais da American Heart Association (AHA, 2020), que indicam a sequência de manobras a seguir em caso de paragem cardiorrespiratória, tais como a ventilação boca-a-boca, as compressões torácicas. Para reforçar a compreensão, serão utilizados recursos audiovisuais didáticos que demonstrem cada um dos passos de forma clara e concisa.

Na fase prática, as sessões serão organizadas em pequenos grupos, permitindo que os enfermeiros se sintam mais à vontade para interagir e praticar as técnicas sob a orientação de formadores qualificados. Este formato não só facilita uma aprendizagem mais colaborativa, mas também garante que cada participante

receba feedback individualizado e imediato. A prática abrangente incluirá simulações realistas, onde serão criados cenários que refletem situações de emergência frequentadas em ambientes comunitários, como paragens cardíacas em crianças.

Serão utilizados manequins pediátricos que simulam as faixas etárias correspondentes, permitindo que os enfermeiros pratiquem técnicas adaptadas ao tamanho e necessidades específicas das crianças, uma vez que as manobras variam conforme a idade e peso do paciente (Patel, Brown, & Jones, 2022). Durante as simulações, será enfatizada a comunicação com a criança e com os cuidadores, uma vez que esta habilidade é fundamental para a gestão do stress e ansiedade que frequentemente acompanham situações de emergência.

Para concretizar esta intervenção, também serão abordadas metodologias que promovam a reflexão crítica dos participantes sobre a sua prática. Esta abordagem encoraja os enfermeiros a pensar sobre a sua atuação, a sua confiança nas manobras aprendidas e como estas se traduzem no atendimento à criança/jovem e respetiva família. Espaço para discussão de casos clínicos e partilha de experiências permitirão que os participantes reavaliem a sua formação anterior e identifiquem áreas para o desenvolvimento futuro.

A intervenção comunitária em SBVP será um processo dinâmico e interativo, desenhado para equipar os enfermeiros com os conhecimentos e habilidades necessárias para agir com competência em situações de emergência. O sucesso desta formação dependerá, em grande medida, da sua capacidade de envolver os participantes de forma ativa e significativa, garantindo que se sintam preparados para aplicar os conhecimentos adquiridos na prática diária.

Objetivos

Os objetivos de uma ação de formação para pares devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e limitados no tempo (SMART), focando tanto no conhecimento adquirido quanto nas habilidades e atitudes desenvolvidas para a eficaz transmissão do conhecimento entre pares.

Como objetivo principal esta ação pretender capacitar os Enfermeiros com conhecimentos atualizados em SBVP.

A formação em Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP) tem como objetivos que os Enfermeiros:

- Saibam identificar qual a causa principal da PCR em idade pediátrica
- Demonstrem conhecimento sobre o algoritmo de SBVP
- Apresentem habilidades em manobras de SBVP

Recursos

Os recursos necessários para realizar a ação de formação são diversos e dependem de vários fatores, incluindo o público-alvo, os objetivos da ação, o escopo e a duração da intervenção, e o contexto em que será realizada.

Os recursos previstos e que serão necessários para esta ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** Aluna do 17º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da Docente Professora Doutora, e colaboração da Enfermeira Tutora;
- **Recursos Físicos:** Ginásio da UCC;
- **Recursos materiais:** um computador, um projetor, colchões, modelos de simulação de reanimação, máscara facial de reanimação; questionários de avaliação da ação de formação;
- **Recursos Financeiros:** Impressão de questionários, suportados pela UCC, onde decorre o estágio.

Estratégias

A formação em SBVP é uma ação essencial para assegurar que os enfermeiros estejam preparados para responder eficazmente a emergências que envolvem crianças. No planeamento desta formação, um conjunto diversificado de estratégias foi implementado com o objetivo de garantir uma aprendizagem significativa e aplicável à prática clínica.

A ação de formação decorrerá a 18 de dezembro de 2024 nas instalações da UCC, para elementos da equipa da mesma.

Uma das estratégias centrais da formação foi a utilização de metodologias ativas que promovem a participação dos enfermeiros. A formação foi estruturada em pequenos grupos, o que favoreceu a interatividade e o envolvimento de todos os participantes. Esta abordagem permitiu que os enfermeiros partilhassem experiências e conhecimentos prévios, promovendo uma aprendizagem colaborativa que valorizou a partilha de saberes através da discussão em grupo. A literatura indica que a formação em grupo potencia a confiança e o desempenho dos profissionais em situações reais de emergência (Walsh, Smith, & Lee, 2021).

Além disso, a formação teve uma componente prática robusta, onde foram realizadas simulações realistas de cenários de emergência pediátrica. Estas simulações foram criteriosamente planeadas para refletir situações que os enfermeiros poderiam encontrar na sua prática diária. Nesta estratégia, os participantes tiveram a oportunidade de aplicar as técnicas de SBV, como a

ventilação e as compressões torácicas, em manequins pediátricos. O recurso a manequins que simulam diferentes faixas etárias foi particularmente útil, pois permitiu que os enfermeiros praticassem manobras adaptadas às características específicas das crianças, conforme preconizado nas diretrizes da American Heart Association (2020).

Outro aspecto fundamental da formação foi a reflexão crítica. Após a sessão prática, foram realizados momentos de feedback onde os enfermeiros puderam discutir as suas percepções sobre as manobras realizadas e a sua confiança na execução das técnicas. A promoção de um ambiente de aprendizagem seguro e aberto ao feedback permite que os participantes identifiquem lacunas nos seus conhecimentos e se comprometam com o desenvolvimento contínuo de competências.

As estratégias utilizadas na ação de formação em SBVP foram cuidadosamente selecionadas para promover uma aprendizagem eficaz e integrada. A combinação de métodos ativos, simulações práticas, momentos de reflexão crítica formaram um plano robusto que visa preparar os enfermeiros para intervir de forma adequada e eficaz em situações de emergência envolvendo crianças.

Metodologia

A ação de formação será realizada a 18 de dezembro para os Profissionais que fazem parte da equipa da UCC.

Inicialmente será aplicado um questionário para avaliar conhecimentos prévios à ação de formação.

Para a sessão será utilizado o método expositivo, demonstrativo e interativo utilizando uma apresentação em PowerPoint com demonstração prática nos manequins de suporte básico de vida (lactente e criança).

No final da ação será realizada nova avaliação de conhecimentos e posteriormente será realizada uma banca prática para avaliar o algoritmo do SBVP avaliando assim a aquisição de habilidades.

A ação terá a duração de 1 hora, 10 minutos para a parte da introdução dando a conhecer o tema, aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos inicial e apresentação dos objetivos; 30 minutos para a fundamentação da mesma e 20 minutos para resumir os principais conteúdos, treino prático dos profissionais, esclarecimento de dúvidas, aplicação do questionário de conhecimentos final.

Para dar resposta aos objetivos traçados no capítulo 6 foram explanados na ação de formação os seguintes conteúdos:

- Definição de SBVP
- Apresentação de dados estatísticos
- Desobstrução da Via aérea
 - Criança com tosse eficaz

- Criança com tosse ineficaz
- Cadeia de sobrevivência pediátrica
- Algoritmo do SBVP

Avaliação

A avaliação da formação será realizada através de questionários antes e após a formação para medir a evolução dos conhecimentos sobre SBV pediátrico. Além disso, será efetuado um exercício prático de simulação onde se avaliará a aplicação das técnicas aprendidas.

Conclusão

A implementação de uma ação de formação focada no SBVP é fundamental para garantir que os enfermeiros da unidade de cuidados na comunidade estejam preparados para intervir em situações de emergência que envolvem crianças. Através de uma metodologia sólida e de estratégias atrativas, espera-se que os enfermeiros adquiram e consolidem competências essenciais que poderão fazer a diferença na prestação de cuidados de saúde pediátricos.

Bibliografía

- AHA. (2020). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*.
- DFEM, I. &. (2022). Manual de Soporte Básico de Vida Pediátrico.
- López-Herce, J., et al. (2019). Quality of Cardiopulmonary Resuscitation and Survival in Pediatric Cardiac Arrest: A Systematic Review. *Resuscitation*, 139, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.01.013>
- Mason, J. M., Muir, W., & Wong, S. (2017). The role of simulation in pediatric resuscitation training: A systematic review. *Resuscitation*, 113, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.02.015>
- Mason, S. J., Smith, T. J., & Andrews, L. (2021). Enhancing pediatric resuscitation training: the impact of audiovisual aids on learning outcomes. *Journal of Pediatric Emergency Care*, 275-280.
- Patel, N., Brown, ,, & Jones, R. (2022). Effective training strategies for pediatric emergency care: a mixed-methods study. *Journal of Pediatric Nursing*, 234-240.
- Walsh, M. T., Smith, M. K., & Lee, C. W. (2021). Group learning in clinical settings: understanding the impacts on nurse education. *Nurse Education Today*, 104747.

Apresentação da Ação de Formação: Suporte Básico de Vida Pediátrico

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Enfª Lucinda Ramos, Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sob tutoria da [redacted] Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Dezembro, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PARIS

CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PARIS

Objetivos

- Saibam identificar qual a causa principal da PCR em idade pediátrica
- Demonstrem conhecimento sobre o algoritmo de SBVP
- Apresentem habilidades em manobras de SBVP

Sumário

1. Definição de Suporte Básico de Vida

2. Dados Estatísticos

3. Obstrução da Via aérea

4. Cadeia de Sobrevivência Pediátrica

5. Algoritmo do SBVP

6. SBVP – Parte Prática

1. Definição de SBVP

Um conjunto de procedimentos simples com o objetivo de fornecer oxigênio ao cérebro e ao coração, sem recurso a dispositivos avançados, até à chegada das equipas de emergência, que garantem o Suporte Avançado de Vida.



1. Dados estatísticos

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024



Morte

No primeiro ano de vida a **primeira causa de morte é asfixia/sufocação/estrangulamento;**

Do 1 aos 4 anos de idade os **afogamentos, a asfixia/sufocação/estrangulamento e os acidentes como peões** são as **primeiras causas de morte.**

Internamento

Dos 0 aos 4 anos a **2ª maior causa** são os corpos/objetos estranhos.

Uma % muito elevada dos **casos de asfixia** acontece dos 0 aos 4 anos (87,4%)

(RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO 30 ANOS DE SEGURANÇA INFANTIL EM PORTUGAL, 2022)

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

2. Obstrução da Via Aérea



Obstrução da Via Aérea

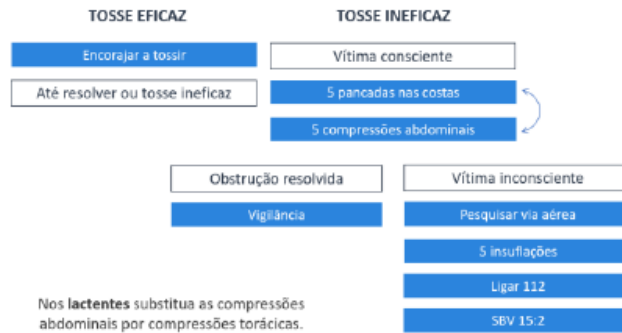
Deve suspeitar-se de obstrução da via aérea (OVA) por corpo estranho se existirem sintomas como: **tosse, estridor e engasgamento de forma súbita** e sem existirem outros sinais de doença.

Na criança, a obstrução da via aérea por corpo estranho manifesta-se por **dificuldade respiratória de início súbito com tosse e estridor**.

Pode acontecer durante a **alimentação**, quando encontram-se a **brincar com objetos de pequenas dimensões**.

Desobstrução da Via Aérea

Algoritmo da desobstrução da via aérea



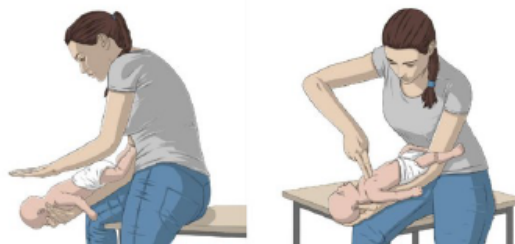
Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Desobstrução da Via Aérea

Algoritmo da desobstrução da via aérea

BEBÉ
5 PANCADAS NAS COSTAS / 5 COMPRESSÕES TORÁICAS



Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Desobstrução da Via Aérea

Algoritmo da desobstrução da via aérea

CRIANÇA
5 PANCADAS NAS COSTAS / 5 COMPRESSÕES ABDOMINAIS



Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

3. Cadeia de Sobrevivência Pediátrica

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico



- Conjunto de procedimentos que permitem salvar vidas em caso de PCR.
- Acontecem de forma encadeada, em que cada elo se articula influenciando a sobrevivência.

Suporte Básico de Vida Pediátrico



- 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 (SAV), desfibrilhação e cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).



4. Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024



Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de segurança



- Local
- Vítima
- Reanimador
- Circunstâncias

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico

Condições de segurança

Estado de consciência



- Estimular o bebé (até 1 ano) - chamar e tocar nos pés e mãos
- Se criança tocar nos ombros

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico



Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

- Colocar uma mão na testa e dois dedos no queixo
- Colocar a cabeça do bebê em posição neutra para evitar que a língua obstrua a passagem de ar

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico



Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

- Ver se existe algum movimento do tórax
- Ouvir a entrada e saída de ar
- Sentir o ar na face

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico



Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

Se respira normalmente:

- Colocar o bebé em posição de recuperação
- Colocar a criança em PLS

Se não respira...

5 insuflações iniciais

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico



Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Realizar **5 insuflações** iniciais via:

- Boca / boca-nariz no bebé
- Boca /boca na criança
- Boca / máscara de bolso

Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico



Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 Insuflações iniciais

Ligar 112

Ligar 112 e informar:

- Situação de Emergência Médica
- Local com exatidão
- Seguir os conselhos do técnico do CODU e não desligar a chamada até indicação do mesmo

Dezembro/2024

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico

15 : 2

Local: metade inferior do esterno
Frequência: 100 a 120/min
Profundidade: 1/3 do diâmetro ântero-posterior do tórax



Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dezembro/2024

Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Algoritmo do SBV Pediátrico

15 : 2



Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

Manter as manobras até:

- Chegar ajuda diferenciada e ser substituído
- A vítima recuperar
- Ficar exausto

Suporte Básico
de Vida Pediátrico –

**Parte
Prática**





Bibliografia

- ✓ APSI. (2022). Relatório de Avaliação 30 anos de Segurança Infantil em Portugal
- ✓ DFEM, I. &. (2022). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico.



Obrigada

Plano da Sessão

PLANO DE SESSÃO

Formadora: Lucinda Ramos, aluna do MEESIP Tema: "Suporte Básico de Vida Pediátrico" Duração: 1h00		Grupo destinatário: Profissionais da Equipa da UCC [REDACTED] Local: Sala da Parentalidade da UCC Data: dezembro 2024 Hora: 13h30		
Fase	Conteúdo	Método	Recursos Didáticos	Avaliação
Introdução (10 min)	Apresentação do tema da sessão de formação e seus objetivos; Exposição sucinta dos conteúdos irão ser abordados;	Expositivo Demonstrativo	Projetor Computador	Avaliação de conhecimentos através de questionário pré e pós sessão Avaliação de habilidades através de grelha de observação
Desenvolvimento (30 min)	Definição de Suporte Básico de Vida Pediátrico; Incidência de situações de Obstrução da Via Aérea; Definição de Obstrução da Via Aérea; Apresentação e explicação da Cadeia de Sobrevivência Pediátrica; Apresentação e explicação do Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico; Demonstração prática das técnicas abordadas;	Expositivo Demonstrativo Interativo	Projetor Computador Modelos práticos para reanimação	
Conclusão (20 min)	Resumo dos principais conteúdos Treino prático dos Profissionais da UCC nos modelos de reanimação. Esclarecimento de dúvidas	Interativo	Projetor Computador Modelos práticos para reanimação	



Questionário de avaliação de conhecimentos aos Pares

Questionário de avaliação de conhecimentos

_ Inicial

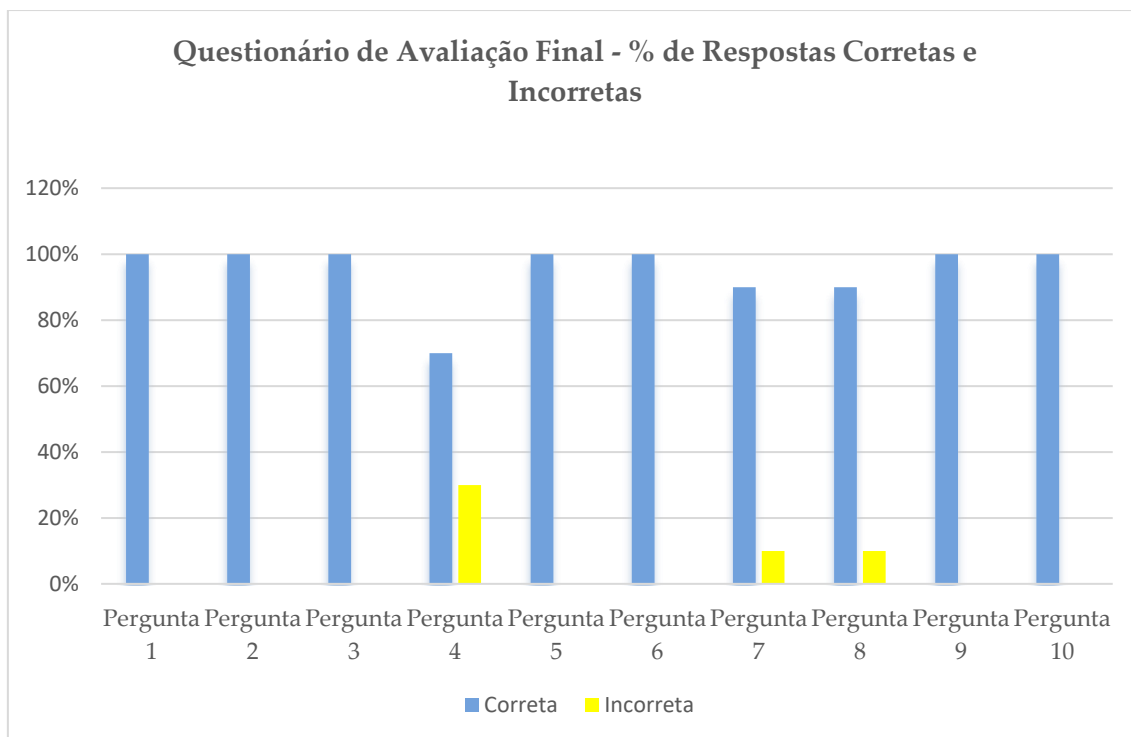
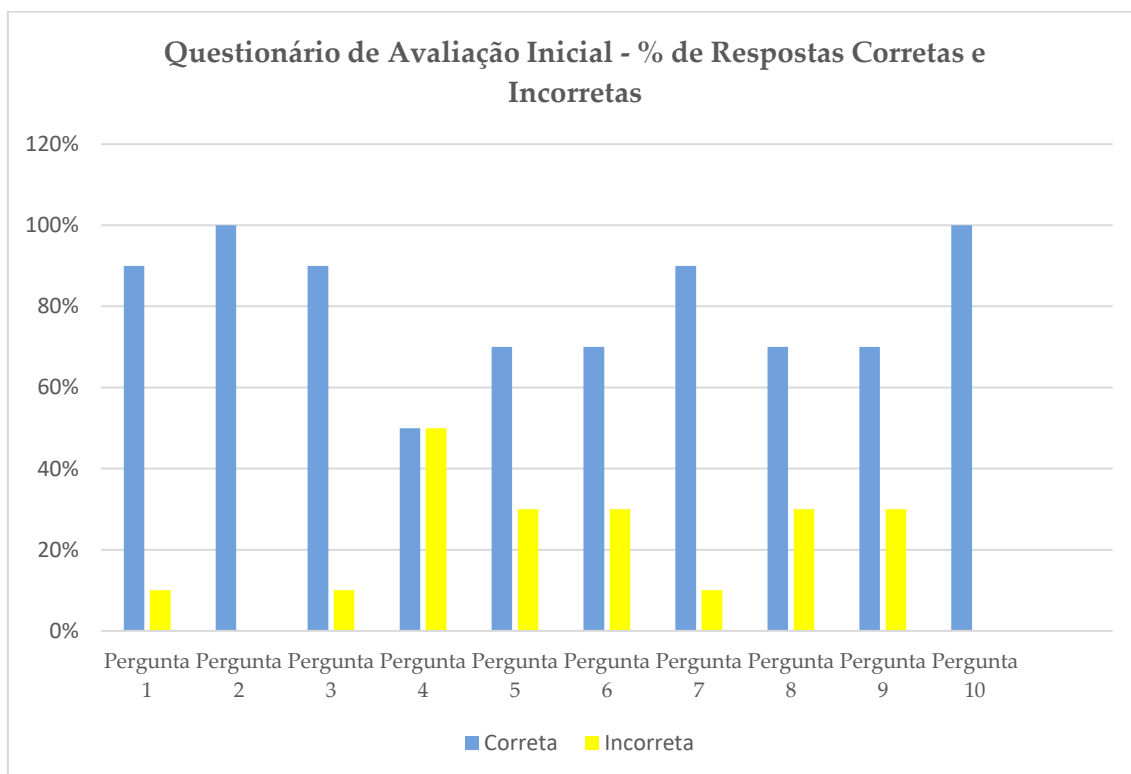
_ Final

Formação de Pares - Suporte Básico de Vida Pediátrico

Para cada uma das afirmações assinale com um "X" as que considera verdadeiras (V) ou falsas (F), no local respetivo.

	V	F
1. A principal causa de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) na idade pediátrica é a hipoxia.		
2. A prioridade na reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação.		
3. Antes de abordar a vítima não é necessário avaliar as condições de segurança.		
4. Avaliar a respiração durante 20 segundos, Ver, Ouvir e Sentir (VOS).		
5. Se a criança não respira, permeabilizar a via aérea e realizar 5 insuflações iniciais.		
6. Ao contactar o 112 o aspeto mais importante é referir que é uma emergência médica.		
7. Após 5 insuflações iniciais, na ausência de sinais de vida iniciam-se as 15 compressões torácicas.		
8. A ventilação com a técnica boca a boca-nariz é a mais adequada para o lactente.		
9. A relação compressões/insuflações na criança é 30:2.		
10. Caso a criança retome sinais de vida (tosse, movimentos e respiração normal) parar de realizar as compressões e insuflações e colocar em Posição neutra (criança até aos 12 meses) ou Posição Lateral de Segurança (criança entre 1 aos 18 anos).		

Resultados da avaliação de conhecimentos dos Pares



Análise dos Resultados

Após a realização de uma formação destinada a enfermeiros sobre SBVP, foi aplicado um questionário de avaliação que revelou resultados altamente satisfatórios. Às perguntas 1, 2, 3, 5, 6, 9 e 10, 100% dos participantes demonstraram ter uma compreensão adequada dos conteúdos abordados. Este resultado é um indicador positivo da eficácia da formação, refletindo não apenas a qualidade do conteúdo apresentado, mas também a capacidade de assimilação dos enfermeiros em relação a um tema tão crítico como o SBVP.

Na **pergunta 4** sobre a avaliação da respiração durante 20 segundos, considerando os aspetos de ver, ouvir e sentir, teve um desempenho de 70% de corretas, enquanto 30% dos participantes não conseguiram responder corretamente. Os dados obtidos revelam que, apesar de um desempenho relativamente bom na avaliação da respiração, existe uma margem significativa para melhoria. A formação em SBV deve ser contínua e adaptada às necessidades dos profissionais, incorporando práticas que promovam a confiança e a proficiência nas habilidades necessárias. A implementação de estratégias pedagógicas eficazes e a promoção de oportunidades de prática realista são essenciais para assegurar que os enfermeiros estejam adequadamente preparados para responder a situações de emergência pediátrica.

A **pergunta 7** revela um elevado nível de respostas corretas, onde 90% dos participantes afirmaram corretamente que, após cinco insuflações iniciais, na ausência de sinais de vida, devem iniciar-se 15 compressões torácicas. Este resultado é encorajador e reflete a eficácia da formação, uma vez que um

conhecimento adequado sobre as manobras de SBVP é crucial para a atuação dos enfermeiros em situações de emergência pediátrica.

Apesar do elevado índice de respostas certas, a taxa de 10% de respostas incorretas ressalta a necessidade de uma contínua atualização e formação dos profissionais de saúde. É vital que os enfermeiros sejam constantemente lembrados das diretrizes e práticas recomendadas, especialmente em contextos emergenciais onde a pressão e o estresse podem afetar a execução correta das manobras (López-Herce et al., 2019). Este dado sugere que, embora a formação tenha sido eficaz, deve haver um componente de revisão periódica e prática regular para garantir que todos os profissionais estejam aptos para agir de forma adequada em situações de emergência.

A análise dos resultados obtidos na **pergunta 8** do questionário de avaliação de conhecimentos, que se referia à técnica de ventilação boca a boca-nariz para lactentes, revela uma taxa de perguntas corretas é de 90% entre os enfermeiros participantes da formação. Este resultado sugere uma boa compreensão e consciência sobre as práticas recomendadas no âmbito da reanimação em lactentes, o que é fundamental considerando a vulnerabilidade dessa faixa etária.

Por outro lado, o fato de 10% dos participantes terem errado a questão levanta a necessidade de uma reflexão sobre a adequação dos conteúdos abordados e a forma como foram transmitidos. É essencial que a formação inclua avaliações práticas e simulações que permitam aos enfermeiros não apenas entender, mas também aplicar as técnicas de ventilação em cenários realistas (Mason et al., 2017). A aprendizagem de foro mais prático é uma abordagem eficaz para

consolidar conhecimentos e habilidades, especialmente em áreas tão críticas como a reanimação pediátrica.

Grelha de Habilidades da ação de formação aos pares



Avaliação Prática de Suporte Básico de Vida Pediátrico

Parâmetros a avaliar	Realiza	Realiza com Falhas	Não realiza
Avaliar condições de Segurança			
Avaliar estado de consciência			
Permeabilização da via aérea			
VOS (Ver, Ouvir e Sentir)			
Ligar 112			
Chamada com todas as informações importantes			
15 Compressões			
2 Insuflações			
Mantêm o ritmo			
Posicionamento das mãos			
Profundidade das Compressões			

Resultados da avaliação de habilidades dos Pares

A análise dos dados obtidos através da grelha de avaliação de habilidades em SBVP revela um panorama significativo das competências e falhas observadas nas práticas realizadas. A maioria dos avaliados demonstrou uma boa compreensão das condições de segurança, com 80% a avaliar estas condições de forma adequada. No entanto, 20% apresentaram deficiências nesta área, o que sugere um espaço considerável para a melhoria das práticas de segurança antes da intervenção. Este aspeto é crucial, uma vez que a segurança é um pré-requisito fundamental para qualquer procedimento de emergência.

A avaliação do estado de consciência é outro ponto em que todos os participantes se mostraram competentes, alcançando uma taxa de 100%. Este resultado é encorajador, uma vez que a consciência do estado da criança é essencial para determinar os passos subsequentes do suporte. Por outro lado, a permeabilização da via aérea revelou-se mais problemática, com apenas 70% dos avaliados a realizarem esta manobra corretamente. Os 30% que falharam nesta etapa evidenciam a necessidade de reforçar a formação e prática nesta área específica, pois a correção da via aérea é um componente crítico nas situações de emergência.

A execução das etapas de "ver, ouvir e sentir" foi igualmente bem-sucedida, com todos os participantes a realizarem esta avaliação corretamente. Este resultado indica que os avaliados estão cientes da importância de realizar uma avaliação inicial abrangente antes de proceder a intervenções mais invasivas. No entanto, a chamada para o contacto com os serviços de emergência apresenta uma taxa de falhas de 10%, o que, apesar de ser uma percentagem relativamente baixa, ainda

assim, revela que uma parte significativa dos avaliados não fornece todas as informações necessárias, comprometendo potencialmente a eficácia da resposta de emergência.

Relativamente à comunicação das informações relevantes durante a chamada, 80% dos participantes conseguiram transmitir todos os dados essenciais, mas 20% não o fizeram. Esta discrepância sugere que, embora muitos compreendam a importância de fornecer informações detalhadas, ainda existem lacunas a serem abordadas na formação. A realização das compressões, por sua vez, foi executada corretamente por 100% dos avaliados, um resultado positivo que demonstra uma sólida compreensão da técnica básica de ressuscitação.

As insuflações apresentaram uma taxa de sucesso de 80%, com 20% dos participantes a falharem nesta etapa. Esta situação indica a necessidade de um foco adicional na prática das insuflações, uma vez que a ventilação adequada é essencial para a eficácia do Suporte Básico de Vida.

A totalidade dos participantes demonstrou competência na manutenção do ritmo adequado entre as compressões e as insuflações, um elemento crítico na eficácia das manobras de reanimação. Mostraram-se igualmente proficientes na execução do correto posicionamento das mãos durante as compressões torácicas.

Formulário de avaliação da ação de formação aos pares

Questionário de avaliação da formação

A sua opinião sobre a ação de formação que acabou de frequentar é muito importante. Por favor, preencha o questionário que se segue, assinalando com X na célula que corresponde à resposta que pretende dar.

1. Competência técnica e pedagógica da formadora

Formador:	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Meios técnico-pedagógicos				
Capacidade de comunicação e clareza				
Nível geral de conhecimentos transmitidos				

2. Conteúdo programático

Conteúdo programático	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Tratado com a profundidade adequada				
Com interesse para o seu desempenho				
Interesse pessoal				

3. Motivação / participação dos(as) formandos(as)

Motivação / participação dos(as) formandos(as)	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Nível de envolvimento dos participantes				
A qualidade das trocas de informação e de experiências profissionais				

4. Apreciação global

Apreciação global	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
As suas expectativas foram satisfeitas?				
Em termos globais, como classificaria esta ação de formação?				

Análise dos Resultados

A avaliação da ação de formação destinada a enfermeiros sobre SBVP revelou resultados extremamente positivos, conforme indicado pelos dados obtidos através do questionário aplicado aos participantes. A totalidade dos inquiridos (100%) classificou como "muito bom" o desempenho do formador em termos de competências técnicas e pedagógicas.

Os resultados obtidos indicam que a ação de formação foi bem-sucedida em diversos aspetos, desde a competência do formador até a relevância do conteúdo e a motivação dos participantes. Estes elementos são fundamentais para garantir que os enfermeiros estejam preparados para atuar com eficácia em situações de emergência pediátrica, o que, por sua vez, pode ter um impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados. Assim, a continuidade na implementação de formações deste tipo é essencial para a atualização e aperfeiçoamento contínuo das competências profissionais dos enfermeiros.

Apêndice III - Ação de Educação para a Saúde - A criança com Diabetes na Escola –orientações para o apoio



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Planeamento da Ação de Educação para a Saúde:

A criança com Diabetes na Escola – orientações para o apoio

Elaborada por:

Lucinda Maria Ribeiro Ramos

Docente orientadora:

Prof. Doutora Isabel Quelhas

Porto, dezembro 2024

Introdução

O Presente documento integra-se na Unidade curricular – estágio final e relatório, que integra o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto. O Estágio desenvolve-se em 360 de horas de contacto clínico, 20h de seminário e 20 h de orientação tutorial no período de 18 de setembro a 20 de dezembro de 2024.

No decorrer do estágio integrado na UC irei desenvolver e ministrar uma ação para docentes e não docentes com a temática “A criança com Diabetes na Escola – orientações para o apoio”.

Esta atividade, orientada pela Professora Doutora Isabel Quelhas e em colaboração com minha tutora, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, focou-se em Diabetes *Mellitus* tipo 1, atendendo a uma necessidade identificada após a realização de um Plano de Saúde Individual (PSI).

Este planeamento detalha os objetivos, conteúdo, recursos e estratégias da formação, servindo também como instrumento avaliativo para a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. O objetivo é desenvolver competências de planeamento em saúde, compreender a importância do planeamento em ações de educação para a saúde e criar um documento para avaliação da disciplina.

Este documento estrutura-se da seguinte forma: como primeiro capítulo a introdução na qual está descrita a importância da ação de educação para a saúde e seu problema identificado justificando a intervenção; no segundo capítulo a fundamentação teórica onde se descreve a DM1 e a importância do acompanhamento das crianças e jovens com DM1 nas escolas; o terceiro capítulo encontra-se o diagnóstico de situação no qual se realizar uma análise crítica do

problema; no quarto capítulo a definição da população alvo onde se identifica os participantes principais da ação para qual a intervenção é direcionada; o quinto capítulo designa-se por intervenção comunitária onde se identifica as estratégias para aumentar a literacia em DM1; no sexto capítulo contempla-se os objetivos definidos para alcançar o conhecimento e habilidade em lidar com uma criança com DM; no sétimo apresenta-se os recursos e métodos a serem usados na intervenção; no oitavo capítulo apresenta-se as estratégias utilizadas para alcançar os objetivos delineados; no nono capítulo a metodologia utilizada para alcançar o sucesso da intervenção; no penúltimo capítulo apresenta-se a avaliação e por último a conclusão resumindo os principais argumentos, descobertas e contribuições do trabalho como um todo.

Fundamentação Teórica

A Diabetes *Mellitus* tipo 1 ou DM1 é uma doença crónica na qual o pâncreas não produz insulina suficiente, devido à destruição das células beta produtoras de insulina. Essa insuficiência leva a níveis altos de glicose no sangue (hiperglicemia) (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2023).

Embora possa manifestar-se em qualquer idade, a maioria dos casos inicia entre os 4 e 6 anos ou entre 10 e 14 anos. A herança genética aumenta o risco significativamente: irmãos de pessoas com DM1 têm cerca de 6% de hipótese de desenvolver a doença, enquanto em gêmeos idênticos, o risco aumenta para mais de 50%. O risco também é maior para filhos de pais com DM1, variando de 1% a 9%. Crianças com DM1 têm maior probabilidade de desenvolver outras doenças autoimunes, como alterações da tiroide e doença celíaca, onde o sistema imunológico ataca o próprio corpo (Calabria, 2024).

A DM 1 é menos frequente que a diabetes tipo 2 (representando menos de 10% dos casos de diabetes), embora a sua incidência tenha aumentado. As causas exatas permanecem desconhecidas, porém, fatores ambientais provavelmente desempenham um papel significativo no desenvolvimento da doença (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2023)

Estima-se que 1,2 milhões de crianças e jovens no Mundo têm DM1 (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2023).

Na diabetes tipo 2 (DM2), as células do corpo não utilizam a insulina de forma eficiente (resistência à insulina). O pâncreas ainda produz insulina, mas não o suficiente para compensar essa resistência, levando a uma deficiência relativa de insulina, ao contrário da deficiência absoluta da DM1. Nas crianças, a DM2 afeta principalmente adolescentes, mas está a aumentar entre crianças menores com excesso de peso ou obesidade. A diabetes tipo 2 geralmente surge após a puberdade, com maior incidência no final da adolescência. As crianças com DM2 têm maior probabilidade de ter histórico familiar da doença (pais, irmãos, tios, avós) (Calabria, 2024).

Na DM1 o quadro clínico inicial é diverso, variando desde hiperglicemia assintomática até cetoacidose diabética com risco de vida. A apresentação mais frequente consiste em hiperglicemia sintomática sem acidose, com poliúria, polidipsia e polifagia evoluindo por dias ou semanas. A poliúria pode se manifestar como noctúria, enurese ou incontinência urinária, sendo observada em lactentes e crianças pequenas como aumento da frequência e volume de micções. Aproximadamente 50% dos casos, regista-se perda de peso, decorrente de aumento do catabolismo proteico e comprometimento do crescimento. Outros sintomas iniciais podem incluir astenia, fadiga, candidíase mucocutânea, visão turva e náuseas/vômitos (associados à cetonemia). Na DM2, a apresentação clínica é variável. Muitas crianças são assintomáticas ou apresentam poucos sintomas, com o diagnóstico realizado apenas por meio de exames laboratoriais de rotina. No entanto, alguns doentes podem apresentar hiperglicemia sintomática grave (Calabria, 2024).

Crianças e jovens com diabetes mal controlado são mais propensos a eventos graves de hipoglicemia, hiperglicemia persistente e internamentos hospitalares.

Têm uma maior sensibilidade à falta de insulina comparada aos adultos aumentando significativamente o risco de rápido para cetoacidose diabética (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2023).

A hipoglicemia apresenta-se como a complicação aguda mais prevalente na DM1. É definida como uma redução da glicemia plasmática que expõe o indivíduo com DM1 a um risco de morbidade ou mortalidade. Não existe um limiar glicémico universalmente aplicável, sendo a sua definição dependente de fatores individuais e contextuais. Na prática, uma glicemia capilar ≤ 70 mg/dL ($\leq 3,9$ mmol/L) geralmente serve como indicação para o tratamento da hipoglicemia. Um evento hipoglicémico pode induzir desconforto físico e sofrimento psicológico, incluindo manifestações clínicas graves. Episódios hipoglicémicos graves e prolongados, particularmente durante o sono, podem resultar em crises convulsivas ou coma, com potencial, embora raro, de letalidade (Diabetes, 2019).

Em Portugal, a maioria dos internamentos nos hospitais públicos são ocupados por adultos com diabetes. No caso das crianças e jovens essa tendência mantém-se, pois, a maioria dos internamentos estão relacionadas com situações de descompensação da diabetes tipo 1. Em 2021 dos 535 internamentos de crianças jovens com diabetes tipo 1, 98,9% foram por descompensação da doença 1 (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2023).

A terapêutica em DM1 baseia-se na insulinoterapia, enquanto na DM2, a metformina constitui a primeira linha de tratamento, podendo ser complementada com insulinoterapia ou agonistas do peptídeo 1 semelhante ao

glucagon (GLP-1) em casos selecionados. A otimização do controle glicêmico, minimizando eventos hipoglicêmicos e prevenindo/retardando complicações crônicas, depende de uma abordagem multidisciplinar intensiva. Essa abordagem deve incluir: prescrição de dieta caracterizada por ingestão regular e consistente de macronutrientes, redução de carboidratos refinados e gorduras saturadas, e priorização de alimentos integrais; recomendação de programa regular de exercícios físicos (Calabria, 2024).

Sabendo que, as crianças e jovens passam o seu maior número de horas na escola, este local torna-se um dos principais espaços onde a criança e jovem com DM1 irá estudar, ingerir as suas refeições, praticar atividade física e socializar, por conseguinte maior probabilidade de surgirem situações de maior stress para criança/jovem, pais, cuidadores e comunidade educativa relacionados com a doença DM1.

A DM1 é uma doença crónica comum em crianças em idade escolar. A escola, ambiente de aprendizado, socialização e inclusão, deve garantir igualdade de oportunidades a todos os alunos, incluindo aqueles com diabetes, fornecendo recursos e suporte para o manejo eficaz da doença. Esta doença devido à sua complexidade (planeamento de atividade física, alimentação e administração de insulina), gera insegurança entre pais, professores e comunidade escolar. Estes alunos precisam de uma correta administração/ controlo da insulina, alimentação e exercícios físicos durante todo o dia, incluindo o tempo escolar. Como qualquer outra criança ou jovem, merecem igualdade de oportunidades para participar de todas as atividades escolares, como aulas de educação física, excursões e atividades extracurriculares. Deste modo, a escola desempenha um papel

fundamental no tratamento, exigindo treino e informação para toda a comunidade escolar sobre a DM1 (Diabetes, 2019) .

Em Portugal, a Orientação Conjunta nº 6/2016 e Decreto-Lei nº 54/2018 garante o direito à educação inclusiva de alunos com DM1, assegurando as suas necessidades de saúde especiais na escola. Isso inclui a elaboração de um Plano de Saúde Individual (PSI) e um Plano de Formação, além da cooperação entre profissionais de saúde, família e escola para garantir o sucesso escolar e o bem-estar da criança ou jovem (Diabetes, 2019).

O Plano de Saúde Individual (PSI) deve ser realizado à criança/jovem com necessidades de saúde especiais (NSE) apresentando as condições que afetam a capacidade de aprender e participar na escola e posterior avaliação das condições de funcionalidade. Este plano define as intervenções necessárias para otimizar o seu desempenho escolar, considerando as características do ambiente escolar, sejam elas facilitadoras ou obstáculos (Direcção Geral de Saúde, 2015).

A Equipa de saúde escolar em conjunto com os serviços de saúde, elabora um Plano de Saúde Individual (PSI) para cada aluno com necessidades especiais de saúde. Esse plano considera as condições de saúde do aluno, as características do ambiente escolar (facilitadoras ou barreiras ao aprendizado), e conta com a participação de um representante da escola e dos pais ou responsáveis.

Após este PSI pode surgir como necessidade a intervenção de realizar formação sobre como lidar com uma criança/jovem com NSE com determinada condição de saúde. A formação para docentes e não docentes que lidam com estas crianças deve ser abrangente e prática, focada nos aspetos essenciais garantindo a segurança e bem-estar da criança/jovem.

Falando especificamente das crianças com DM1, faz sentido que, com a formação sobre como lidar com crianças com DM1 compreendam a diabetes e a sua tipologia, tipo 1 e 2, direcionando para a mais comum em contexto escolar. Esclarecer como a deficiência ou a falta de insulina afeta a utilização do açúcar, gerando casos de hipoglicemia e hiperglicemia. Não menos importante será explicar sobre o tratamento a ser realizado na diabetes incluindo a insulina e o controle glicêmico capilar como intersticial. Esclarecer quais os sinais e sintomas em situações de hipoglicemia e hiperglicemia bem como saber agir em emergência.

Sendo a hipoglicemia uma das situações mais comuns será necessário que todos os indivíduos envolvidos no cuidado da criança, no âmbito familiar e escolar, recebam treino na identificação precoce dos sintomas de hipoglicemia e na implementação de medidas terapêuticas imediatas e apropriadas. O objetivo da intervenção hipoglicêmica é a restauração da euglicemia, elevando os níveis de glicose sanguínea para 100 mg/dL. Durante o tratamento da hipoglicemia, a criança com DM1 deve permanecer sob supervisão constante de um adulto qualificado para monitorizar a eficácia da intervenção. A criança/adolescente com DM1 deve possuir ou ter acesso imediato a um kit de emergência para hipoglicemia, contendo recursos para monitorização glicêmica e administração de terapia de resgate (Diabetes, 2019).

Diagnóstico de Situação

Para compreender cabalmente um problema, oportunidade ou situação específica, é crucial realizar uma análise situacional. Este processo sistemático envolve a coleta e interpretação de dados relevantes para descrever o cenário atual, identificar fatores contribuintes e, finalmente, definir claramente o desafio ou potencial a ser explorado.

A análise situacional visa dar base a decisões e planos de ação eficientes, fornecendo uma compreensão completa do contexto. Isso implica identificar desafios, oportunidades, recursos disponíveis e os agentes envolvidos para, assim, planejar e implementar intervenções eficazes.

Deste modo, após ter realizado um PSI a um aluno da EB2,3 do Agrupamento de Escola de abrangência da UCC com DM1 foi sentida a necessidade de realizar formação sobre a doença, a docentes e não docentes. A criança e pais verbalizaram essa necessidade, pois foram sentindo no decorrer do 1º período, alguma falta de literacia de alguns docentes e não docentes sobre os sinais e sintomas da DM1 e que muitas vezes eram elementos dificultadores quando existia alguma necessidade de apoiar a criança em contexto de aula ou nos intervalos. Provavelmente este facto deve-se a que alguns docentes e não docentes vêm de outras realidades de ensino/trabalho e que nestes contextos não teriam de lidar com a doença nestes tramites legais que é a inclusão destas crianças e jovens no meio escolar.

Considerando essa lacuna significativa na formação dos docentes e não docentes na importância da DM1 em contexto escolar, propomo-nos a realização de uma ação de educação para a saúde sobre DM1, integrada no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar dentro do Projetos das Necessidades de Saúde Especiais.

Consideramos que poderá contribuir significativamente para o aumento da segurança e bem-estar das crianças, capacitar os docentes e não docentes a responder de forma eficiente em situações críticas.

Definição da População Alvo

Uma ação de educação para a saúde precisa atingir um público-alvo bem definido. Esse público não é apenas um grupo demográfico, mas sim um conjunto de indivíduos com necessidades, características e vulnerabilidades específicas relacionadas ao tema da intervenção. A caracterização detalhada desse grupo é fundamental para o sucesso da ação.

A população alvo serão os docentes e não docentes do aluno do 5º ano com DM1 da EB2,3 do Agrupamento de Escolas da abrangência da UCC. Serão 10 docentes inclusive a diretora de turma e 3 não docentes pertencentes ao pavilhão e áreas comuns da escola mais frequentadas pelo aluno (cantina e afins). A convocatória para a necessidade e importância desta ação de educação para a saúde é realizada pelo diretor da escola e professora responsável pelo projeto de educação para a saúde da escola.

Intervenção Comunitária

Uma intervenção comunitária em saúde trabalha em parceria com uma comunidade para melhorar a sua saúde e bem-estar. Considera fatores sociais, económicos e ambientais – os determinantes sociais da saúde – que afetam a população como um todo. O foco é prevenir problemas e promover saúde.

Para esta intervenção foi delineada uma ação de educação para a saúde que irá ser realizada num único momento a docentes e não docentes que convivem com o aluno do 5º ano da EB2,3 do Agrupamento de Escolas da abrangência da UCC.

Para melhorar a saúde e o bem-estar de uma comunidade, uma intervenção comunitária deve ser abrangente e envolver ativamente os seus membros. Significa considerar as condições sociais, económicas e ambientais que afetam a saúde, e empoderar a comunidade para tomar as rédeas da sua própria saúde.

Optou-se por escolher uma AES uma vez que, o contacto direto e a proximidade podem ser fatores importantes no envolvimento e compromisso dos docentes que fazem parte da turma do aluno e não docentes ajudando assim a melhorar a intervenção mais individualizada para esse mesmo aluno. Para além disso as necessidades de uma criança diabética na escola são únicas. Ao realizar uma AES torna a intervenção focada na comunidade educativa (aluno, família, docentes e não docentes) permitindo adaptar as informações e o treino às particularidades do ambiente escolar, como horários de refeição, atividades físicas entre outras situações específicas do aluno. A AES pode também servir como forma agregadora na equipa de saúde escolar, promovendo a colaboração entre

docentes, não docentes e a direção, criando uma rede de apoio integrada em torno da criança com diabetes.

A AES é a intervenção comunitária mais eficaz neste contexto por ser específica, direcionada, eficiente, sustentável e ética no contexto da diabetes em ambiente escolar. Outras intervenções comunitárias podem ser suplementares, mas a capacitação da comunidade educativa é essencial para garantir a segurança e o bem-estar físico, mental e social da criança.

Deste modo é proposto os seguintes conteúdos a dinamizar na AES:

- O que é a diabetes?
- Quais as tipologias da diabetes?
- Diabetes em contexto escolar · Plano Saúde Individual
- Quais os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia?
- Como avaliar os níveis de açúcar no sangue?
 - o Através de glicómetro
 - o Através da glicose intersticial
- Como administrar insulina?
- Como atuar?
 - o Hipoglicemia ligeira
 - o Hipoglicemia moderada
 - o Hipoglicemia grave
- Kit aluno SOS Diabetes

Objetivos

Para garantir o sucesso de uma intervenção em educação para a saúde, é fundamental definir objetivos claros e precisos. Os objetivos orientam a ação, permitem avaliar o seu impacto e determinar sua eficácia. A clareza dos objetivos é essencial para um planeamento e implementação eficazes.

A AES terá como objetivo geral:

- Sensibilizar a comunidade escolar para a intervenção junto das crianças e jovens com DM1 que frequentam a escola
- Contribuir para melhorar o nível de literacia para a saúde.

Como objetivos específicos:

- Definir o que é a diabetes
- Elucidar acerca dos tipos de diabetes
- Explicar qual o apoio da escola numa criança com diabetes;
- Esclarecer sobre quais os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Explicar como avaliar a glicemia;
- Explicar como administrar insulina;
- Conhecer o Kit do Aluno SOS e explicar a sua importância no controlo da doença.

Como meta desta AES propõe-se que docentes e não docentes saibam gerir a diabetes em contexto escolar.

Recursos

Os recursos necessários para realizar a ação de educação para a saúde são diversos e dependem de vários fatores, incluindo o público-alvo, os objetivos da ação, o escopo e a duração da intervenção, e o contexto em que será realizada.

Os recursos previstos e que serão necessários para esta ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** Aluna do 17º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da Docente Professora Doutora, e colaboração da Enfermeira Tutora; Aluno do 5º ano da EB 2,3 do Agrupamento de Escolas da abrangência da UCC; EE do Aluno;
- **Recursos Físicos:** Sala de aula da EB2,3 de um agrupamento de escolas da área de abrangência da UCC;
- **Recursos materiais:** um computador, um projetor, material de avaliação de glicemia, Glucagom ® injetável;

Estratégias

As estratégias a serem implementadas numa ação de educação para a saúde devem ser cuidadosamente planeadas para alcançar os objetivos específicos da intervenção. Devem ser baseadas em evidências científicas, considerar as características da população-alvo e o contexto da ação, e ser adaptadas às necessidades e preferências do público.

A AES será realizada para um grupo de docentes e não docentes que convivem com o aluno dentro e fora da sala de aula.

Será utilizada uma linguagem simples, evitando termos excessivamente técnicos tendo como objetivo uma mensagem relevante, crível e fácil de entender. Posteriormente terá uma parte prática onde docentes e não docentes poderão contactar com materiais educativos relacionados com a diabetes.

O Aluno e o EE farão parte do conteúdo mais prático, ao qual apresentaram a sua bomba perfusora de insulina, o material a ser utilizado para controlo glicémico como também o seu kit de aluno SOS Diabetes.

Metodologia

A ação de educação para a saúde será realizada a 16 de dezembro para docentes e não docentes que fazem parte do conselho de turma do aluno com DM1 de uma EB2,3 de um Agrupamento de Escolas da abrangência da UCC.

Para a sessão será utilizado o método expositivo, demonstrativo e interativo utilizando uma apresentação em PowerPoint teórica e prática através dos materiais de apoio para a preparação e administração de Glucagon[®] injetável ou nasal. O aluno fará parte da formação dando a conhecer a sua bomba perfusora bem como quando e como avaliar a glicemia capilar e intersticial.

A AES terá a duração de 60 minutos, dos quais 10 minutos para apresentação e introdução do tema, 35 minutos para o desenvolvimento do tema e 15 minutos para manuseamento do material e respetiva conclusão.

Avaliação

A avaliação de uma ação de educação em saúde para docentes e não docentes sobre diabetes requer um planejamento cuidadoso, uma combinação de métodos de avaliação e uma análise rigorosa dos dados para determinar a efetividade da intervenção e informar melhorias futuras.

O sucesso na veiculação de informação dependerá também da clareza da mensagem, da sua relevância para o grupo-alvo e da sua eficácia.

Devido ao horário da AES (escolhida através da disponibilidade do EE, do aluno e de todos os docentes e não docentes) e tempo da AES optou-se por uma avaliação geral do grupo-alvo.

A avaliação será feita de forma qualitativa procurando compreender a experiência e o impacto da AES. Será realizada no final da AES uma abordagem ao grupo para perceber os ganhos da mesma questionando-os relativamente às mudanças de atitude e prática perante uma criança com DM1:

- Se existiu alguma mudança na percepção sobre a diabetes e seus cuidados?
- Se se sentiram mais capazes para lidar com situações relacionadas com a DM1 em contexto escolar?

Conclusão

Este planeamento delinea uma AES para docentes e não docentes de uma EB2,3, focada no apoio a um aluno do 5º ano com DM1.

O plano proposto representa um passo significativo na preparação da equipa educativa para o apoio a alunos com DM1. O foco na simulação de cenários e na discussão de casos práticos, do aluno em causa, demonstra uma preocupação genuína em dotar os participantes de competências práticas para lidar com as eventuais emergências e necessidades específicas do aluno. A avaliação pós-AES, que deve incluir o feedback dos docentes e não docentes será fundamental para aferir a real mudança de atitudes e práticas, e para o posterior aperfeiçoamento do plano e das estratégias de formação.

Este planeamento fornece uma estrutura sólida para a implementação da AES, mas a sua eficácia dependerá da sua correta execução e, sobretudo, da avaliação dos resultados. A adoção de uma perspetiva crítica e a implementação de medidas que garantam a objetividade da avaliação são cruciais para assegurar a qualidade da formação e o sucesso na integração do aluno com DM1 na comunidade escolar. A análise subsequente deve, pois, ser vista como um processo iterativo, crucial para a otimização de intervenções futuras neste domínio.

Bibliografia

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2023). *www.apdp.pt*. Obtido em 8 de dezembro de 2024, de <https://apdp.pt/3d-flip-book/relatorio-do-observatorio-nacional-da-diabetes/>

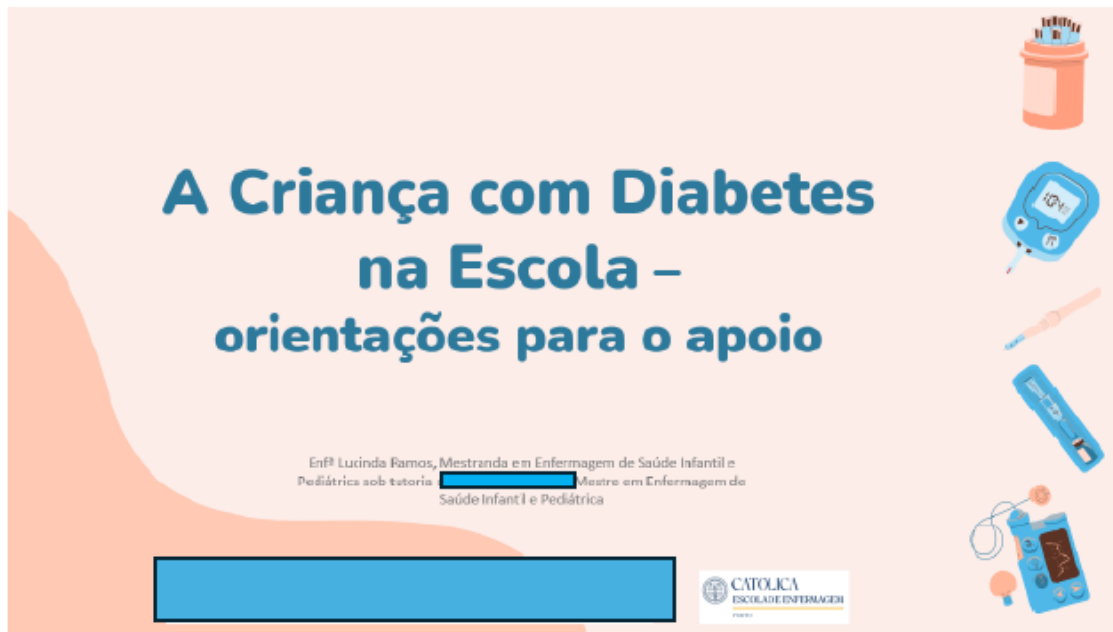
Calabria, A. (2024). Diabetes mellitus em crianças e adolescentes. Em *Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde*.

Diabetes, P. N. (2019). Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação.

Direcção Geral de Saúde. (2015).

Katsarou A, G. S. (2017). Type 1 diabetes mellitus.

Ação de Educação para a Saúde – A criança com Diabetes na Escola – orientações para o apoio




A Criança com Diabetes na Escola – orientações para o apoio


Enfª Lucinda Ramos, Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sob tutoria: [Redacted] Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

[Redacted]

CATOLICA ESCOLA DE ENFERMAGEM



SUMÁRIO



Diabetes e sua tipologia	Diabetes em contexto escolar	Plano de Saúde Individual	Quais os sinais e sintomas de uma hipoglicemia e hiperglicemia
Como <u>avaliar</u> a glicemia e a glicose <u>instersticial</u>	Como <u>administrar</u> a insulina	Como atuar: Hipoglicemia ligeira, moderada e grave	Kit do Aluno SOS Diabetes

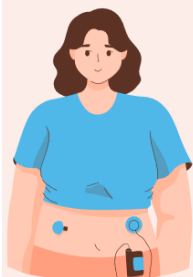
DIABETES

Doença que ocorre quando o pâncreas não produz insulina – hormona que regula o açúcar no sangue, ou quando o corpo não utiliza eficazmente insulina produzida.

Em Portugal, de acordo com os dados do Registo Nacional, a DM1 nas crianças/jovens, em 2015, atingia 3.327 indivíduos com idades entre 0-19 anos, que corresponde a 0,16% da população dessa faixa etária

(Fonte: Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 - Manual de Formação para apoio aos profissionais de saúde e educação, 2019)

QUAIS AS TIPOLOGIAS DA DIABETES?



TIPO DE DIABETES

Diabetes tipo 1

Mais frequente nas **crianças e jovens**.

Surge subitamente e os sintomas são nítidos, não estando relacionada com os hábitos de vida.

Diabetes tipo 2

Mais frequente nos adultos e idosos.

Instala-se lentamente e resulta dos hábitos de vida: Obesidade; Sedentarismo.



DIABETES EM CONTEXTO ESCOLAR

► Apoio da criança/jovem durante todo o período de permanência na escola e nas respectivas atividades extracurriculares:

Cuidados na sala de aula:

- permissão manuseamento material /monitorização;
- ingestão de alimentos/ líquidos;
- identificação do acompanhante, pode sair sem permissão e nunca sozinho;
- Equipamentos individuais /Caixa de SOS e PSI acessível a todos;



DIABETES EM CONTEXTO ESCOLAR



- Profissionais capacitados para o acompanhamento da criança/jovem;
 - Informar os Pais/EE sempre que haja intercorrências;
 - Garantir um horário de refeições compatível com a necessidade da criança/jovem;
- De acordo com o PSI, facultar condições adequadas para a realização dos
- exames nacionais e/ou provas de aferição.

PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL (PSI)

The image displays a collage of six pages from a 'Plano de Saúde Individual (PSI)' form, specifically for Diabetes Mellitus Type 1. The pages are organized as follows:

- Page 1 (Top Left):** 'Dados do Doente' (Patient Data) section, including fields for name, address, contact information, and a photo.
- Page 2 (Top Middle):** 'Anamnese' (History) section, containing 'História da Doença' (Disease History) and 'História da Doença' (Disease History) with sub-sections for symptoms and clinical course.
- Page 3 (Top Right):** 'Medicação' (Medication) section, detailing the use of insulin and other medications, including a table for 'Medicamentos em Uso' (Medications in Use).
- Page 4 (Bottom Left):** 'Monitorização' (Monitoring) section, detailing the patient's monitoring regimen, including a table for 'Monitorização' (Monitoring) with columns for 'Data' (Date), 'Valor' (Value), and 'Observações' (Observations).
- Page 5 (Bottom Middle):** 'Plano de Saúde Individual' (Individual Health Plan) section, containing a table for 'Plano de Saúde Individual' (Individual Health Plan) with columns for 'Data' (Date), 'Valor' (Value), and 'Observações' (Observations).
- Page 6 (Bottom Right):** 'Assinaturas' (Signatures) section, with fields for the patient's name and the healthcare professional's name and signature.

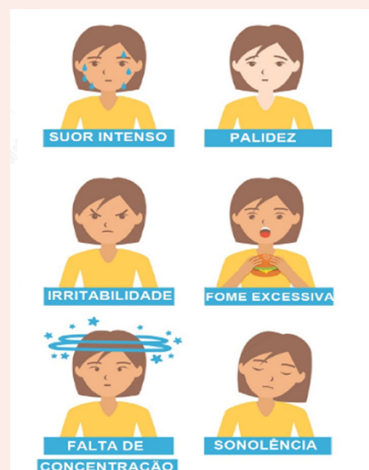
QUAIS OS SINAIS E SINAIS E SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA?



SINAIS E SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA NA CRIANÇA/JOVEM COM DM1

Hipoglicemia

Descida do nível de açúcar no sangue, para níveis abaixo do limite inferior do normal - inferior a 70 mg/dL.



SINAIS E SINTOMAS DE HIPERGLICEMIA NA CRIANÇA/JOVEM COM DM1

Hiperglicemia

Valor alto de açúcar no sangue – superior a 250 mg/dL.



COMO AVALIAR OS NÍVEIS DE AÇÚCAR NO SANGUE?



ATRAVÉS DO GLICÓMETRO

1

Lavar as Mãos



2

Colocar a tira no glicómetro



3

Picar o dedo

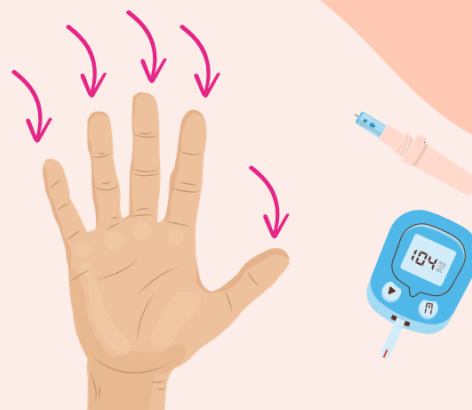


4

Aplicar a gota de sangue na tira



A picada deve ser feita nas partes laterais dos dedos, rodando em cada picada o local, para evitar trauma e perda de sensibilidade.



LEMBRAR: A mudança diária da agulha

ATRAVÉS DA GLICOSE INTERSTICIAL



Avaliar a glicose e não glicemia... valores aproximados!

COMO ADMINISTRAR A A INSULINA?

Caneta de insulina



Bomba de insulina





COMO ATUAR?



HIPOGLICEMIA LIGEIRA

Ingestão de uma fonte de hidratos de carbono de absorção lenta (por exemplo 1 pão, bolachas tipo Maria); Avaliar a glicemia 15 minutos depois. Se o valor ainda permanecer baixo, voltar a tratar de acordo com a mesma regra.





HIPOGLICEMIA MODERADA

Ingestão de uma fonte de 5-10 g de hidratos de carbono de absorção rápida (por exemplo 1-2 pacotes de açúcar ou 1/3 copo de sumo ou 2-3 pastilhas de glicose). Em média, esta quantidade aumentará o valor de glicemia em 50 mg/dl no espaço de 15 minutos;

Avaliar a glicemia 15 minutos depois.

Caso mantenha-se baixo voltar a tratar de acordo com a mesma regra.



HIPOGLICEMIA GRAVE

Perante uma **hipoglicemia grave** com perda de consciência ou convulsões, a perfusão de insulina deve ser interrompida. Para tal pode colocar-se a bomba em modo "stop" ou "suspender" ou retirar a cânula do corpo. Em caso de dúvida nestes procedimentos, o tubo de infusão deve ser cortado, interrompendo assim a perfusão de insulina. Deve ainda administrar-se glucagon conforme Plano Terapêutico (Ver Módulo 8). Após recuperar a consciência, ingerir hidratos de carbono de absorção rápida e de absorção lenta.



Ligar 112



Administrar GLUCAGON
intramuscular



Administrar GLUCAGON
nasal

HIPOGLICEMIA GRAVE.

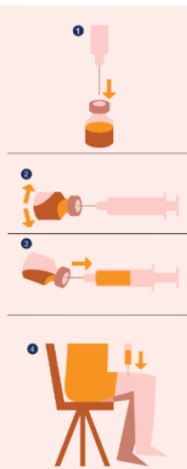


Como administrar GLUCAGON intramuscular?

COMO SE ADMINISTRA?

O Glucagen® deve ser administrado através de uma injeção subcutânea (na gordura por baixo da pele) ou intramuscular (no músculo).

Para tal, devem ser seguidos os seguintes passos:



1 Retirar a tampa do frasco e a proteção da agulha da seringa. Inserir a agulha na borracha do frasco (dentro do círculo central) e injetar todo o líquido da seringa para dentro do frasco.

2 Agitar suavemente o frasco, sem retirar a agulha do frasco, até que o pó esteja completamente dissolvido e o líquido se encontre limpo.

3 Lentamente, retirar todo o líquido do frasco para a seringa. Para tal, puxe o êmbolo da seringa enquanto mantém a agulha no líquido. É importante garantir que não fica ar na seringa. Para tal, deverá virar a agulha para cima, bater suavemente na seringa com o dedo (para que o ar fique no topo da seringa) e, depois, empurrar suavemente o êmbolo até expulsar todo o ar.

4 Injetar a dose na coxa (na mesma zona onde se faz a insulina), introduzindo a agulha a direito.

(Fonte: <https://apdp.pt/3d-flip-book/glucaqen/>)

HIPOGLICEMIA GRAVE

Glucagen®
HypoKit –
Glucagom



HIPOGLICEMIA GRAVE



Qual a dose a administrar de **GLUCAGON** intramuscular?

Posologia - crianças:

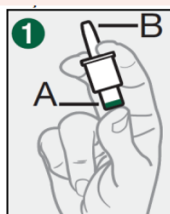
- **1 mg** (se peso superior a 25 kg ou idade superior a 6-8 anos)
- **0,5 mg** (se peso inferior a 25 kg ou idade inferior a 6-8 anos)

(Fonte: Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 - Manual de Formação para apoio aos profissionais de saúde e educação, 2019)

HIPOGLICEMIA GRAVE



Como administrar **GLUCAGON** nasal (Baqsimi 3 mg pó nasal)?



1 **SEGURE** o recipiente unido como indicado na figura. Não pressione o êmbolo (A) antes de introduzir na narina.



2 **INSERIR** a ponta (B) numa das narinas.

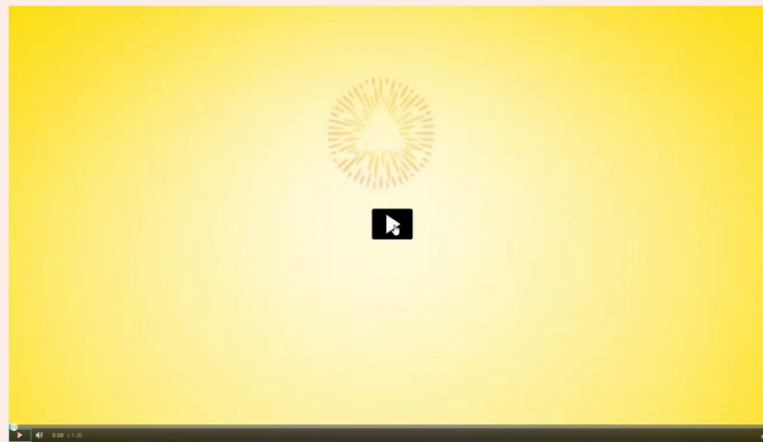


3 **EMPURRAR** o êmbolo (A) até deixar de ver o traço verde.

(Fonte: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2019/20191216146478/anx_146478_pt.pdf)

HIPOGLICEMIA GRAVE

Baqsimi 3
mg –
Glucagom
nasal

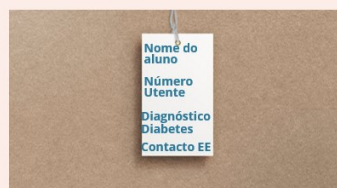


<https://youtu.be/iReyEfsetWQ>

KIT ALUNO SOS DIABETES

Kit do Aluno:

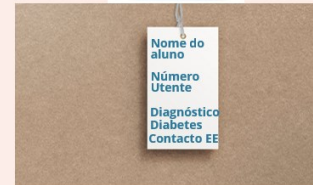
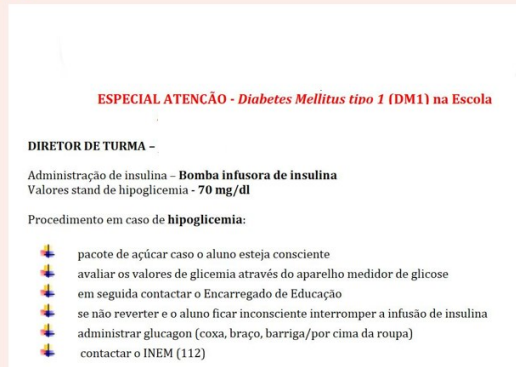
- Glicómetro e tiras de avaliação de glicemia e cetonémia;
- HC de absorção rápida: - açúcar; e/ou - sumo; e/ou - gomas de glicose;
- HC de ação lenta - Bolachas, pão;
- Caneta de insulina de ação rápida
- Lancetas e agulhas
- Glucagon;
- Cartão identificativo com nome /número utente do aluno, SOS Diabetes, número de tlm do EE e plano de intervenção (no KIT do aluno, no GAAF e na sala primeiros socorros).



KIT ALUNO SOS DIABETES

Kit do Aluno:

- **Plano de intervenção** presente no KIT do aluno, no GAAF e/ou na sala primeiros socorros.



É possível criar um ambiente escolar seguro e acolhedor para crianças com diabetes.

A colaboração entre todos, a família, a comunidade educativa e a equipa de saúde é fundamental para o sucesso do tratamento e bem-estar dos alunos.

BIBLIOGRAFIA

- Diabetes, P. N. (2019). Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação.
- Direção Geral de Saúde. (2015).
- Sociedade Portuguesa Diabetologia. (2018). Educação Terapêutica na Diabetes – competências dos profissionais de saúde e das pessoas com diabetes



OBRIGADA (O)

Plano de sessão

PLANO DE SESSÃO

Formadora: Lucinda Ramos, aluna do MEESIP Tema: "A criança com Diabetes na escola – orientações para o apoio" Duração: 1h00		Grupo destinatário: Docentes e Não docentes do aluno da [redacted] de Escola de abrangência da UCC Local: Sala de aula da EB 2,3 Data: dezembro 2024 Hora: 18h30	
Fase	Conteúdo	Método	Recursos Didáticos
Introdução (10 min)	Apresentação do tema da sessão de formação; Exposição sucinta dos conteúdos irão ser abordados;	Expositivo Demonstrativo	Projetor Computador
Desenvolvimento (35 min)	Definir o que é a diabetes Elucidar acerca dos tipos de diabetes Explicar qual o apoio da escola numa criança com diabetes; Esclarecer sobre quais os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia; Explicar como avaliar a glicemia; Explicar como administrar insulina; Conhecer o Kit do Aluno SOS e explicar a sua importância no controlo da doença.	Expositivo Demonstrativo Interativo	Projetor Computador
Conclusão (15 min)	Manuseamento do Glucagon® injetável - preparação e sua administração.	Interativo	Projetor Computador Materials Glucagon®



Avaliação Qualitativa da Ação Educação para a Saúde

Avaliação Qualitativa da Ação Educação para a Saúde

Esta avaliação qualitativa analisa o impacto de uma AES sobre o apoio a crianças com DM1 em contexto escolar, dirigida a docentes e não docentes de uma EB2,3. A AES focou-se num aluno do 5º ano com DM1 que frequenta a escola, tendo-se utilizado uma abordagem ao grupo no final da ação para recolher dados qualitativos sobre as mudanças de atitude e prática dos participantes.

As questões centrais da avaliação foram: a alteração na perceção da DM1 e o aumento da capacidade de lidar com situações relacionadas com a doença no ambiente escolar.

A análise das respostas revela que a AES promoveu, em geral, uma mudança significativa na perceção da DM1. Inicialmente, muitos participantes demonstravam uma compreensão superficial da doença, limitando-se a noções generalistas e frequentemente imprecisas. Após a AES, observou-se uma maior consciência da complexidade da DM1, incluindo a importância da administração de insulina, da monitorização da glicémia e do reconhecimento dos sintomas de hipo e hiperglicemia. As respostas demonstraram um aprofundamento na compreensão das necessidades específicas de um aluno com DM1, transparecendo uma maior sensibilidade para as suas dificuldades e para a importância de um ambiente escolar inclusivo e adaptativo. No entanto, algumas respostas indicaram que o conhecimento adquirido permanece numa fase inicial e que formação complementar se torna necessária para consolidar os conhecimentos adquiridos.

Relativamente à capacidade de lidar com situações relacionadas com a DM1 no contexto escolar, os resultados sugerem um aumento significativo da confiança dos participantes. Muitos relataram sentirem-se mais preparados para identificar emergências (como a hipoglicemia severa), para prestar os primeiros socorros adequados e para comunicar eficazmente com os pais/encarregados de educação do aluno e com a equipa médica. Apesar deste ganho de confiança, algumas respostas revelaram inseguranças em relação a determinadas situações, sublinhando a necessidade de práticas simuladas e de um reforço prático da formação. A falta de experiência prática foi apontada como uma barreira para a total internalização dos conhecimentos teóricos adquiridos durante a AES.

A avaliação qualitativa indica que a AES teve um impacto positivo na perceção e na capacidade dos docentes e não docentes em lidar com as necessidades de um aluno com DM1. Contudo, as limitações inerentes a uma metodologia qualitativa baseada numa única abordagem ao grupo, sem controlo e sem dados quantitativos, devem ser consideradas. A ausência de um grupo de controlo e a dependência de relatos subjetivos limitam a generalização dos resultados. Recomenda-se, para futuras avaliações, a utilização de métodos de recolha de dados mais robustos, como questionários estruturados, entrevistas individuais ou grupos focais, complementados com observação participante e a inclusão de um grupo de controlo. A utilização de métodos quantitativos, bem como um acompanhamento a longo prazo, permitiria uma análise mais completa e uma avaliação mais rigorosa do impacto duradouro da AES.

Apêndice IV – Revisão da Literatura

REVISÃO DE LITERATURA: “A influência da formação em suporte básico de vida pediátrico na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências”

Lucinda Ramos - Universidade Católica Portuguesa; Escola de Enfermagem – Porto, Portugal; Estudante do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; [REDACTED]

Isabel Quelhas – Universidade Católica Portuguesa; Escola de Enfermagem – Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal

Introdução

Considerando a importância do tema, esta revisão de literatura tem como objetivo analisar a influência da formação em suporte básico de vida pediátrico na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências. Através da análise da literatura existente, pretende-se avaliar a eficácia dos diferentes programas de formação.

Fundamentação Teórica

A paragem cardiorrespiratória (PCR) em idade pediátrica continua a ser um evento raro, mas de elevada gravidade, exigindo uma resposta rápida e eficaz para garantir a sobrevivência da criança e minimizar sequelas neurológicas (Callahan & Fuchs, 2018). O suporte básico de vida pediátrico (SBVP) assume, assim, um papel crucial na atuação imediata perante emergências cardiorrespiratórias, sendo amplamente reconhecido que a intervenção precoce por parte de cuidadores ou testemunhas pode aumentar significativamente as taxas de sobrevivência e melhorar os desfechos clínicos (Chia et al., 2014). No entanto, a literatura tem evidenciado que muitos pais e cuidadores não possuem conhecimento adequado sobre SBVP, comprometendo a sua capacidade de resposta em emergências (Almutairi et al., 2023).

Diante deste cenário, a formação em SBVP tem sido promovida como uma estratégia fundamental para capacitar pais e cuidadores, permitindo-lhes adquirir conhecimentos teóricos e competências práticas essenciais para agir em emergências pediátricas (Barry et al., 2019). Diversos métodos de formação têm sido desenvolvidos, incluindo cursos presenciais, programas de *e-learning* e abordagens híbridas que combinam a teoria online com sessões práticas supervisionadas (Krogh et al., 2015). O avanço das tecnologias de ensino digital tem permitido uma maior disseminação da formação em SBVP, tornando-a mais acessível e flexível.

Além da formação, a prevenção de acidentes, nomeadamente a aspiração de corpos estranhos, representa um desafio significativo na segurança infantil. Estudos têm demonstrado que a ausência de supervisão adequada e o

desconhecimento das manobras de desobstrução das vias aéreas, como a manobra de Heimlich, estão associados a um aumento do risco de complicações graves e desfechos fatais (Montana et al., 2020). Assim, para além da capacitação em SBVP, torna-se essencial promover a educação para a prevenção de situações de risco, garantindo que pais e cuidadores estão devidamente preparados para agir de forma eficaz.

Tendo em conta a relevância do tema, esta revisão de literatura tem como objetivo **mapear a literatura existente sobre a influência da formação em suporte básico de vida pediátrico na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências.**

Materiais e Métodos

A revisão da literatura tem como objetivo compilar a evidência científica existente sobre a questão de investigação levantada.

O seu desenvolvimento seguiu as orientações estabelecidas na checklist **PRISMA** (Page et al., 2021).

Definiu-se a questão de investigação que orientou o estudo. Após, estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos. Depois, procedeu-se à pesquisa e localização dos artigos relevantes, consecutiva da triagem e escolha daqueles que cumpriam os critérios definidos. Após essa etapa, realizou-se a avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados. Seguidamente, efetuou-se a extração dos dados, que foram posteriormente analisados e sintetizados de forma crítica. Por fim, os resultados foram apresentados e interpretados, permitindo a construção de uma reflexão fundamentada sobre o tema em estudo.

A utilização da estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) nesta revisão justifica-se pela necessidade de mapear e compreender a amplitude das evidências disponíveis sobre a influência da formação em suporte básico de vida pediátrico na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências. Ao delinear claramente os três componentes do PCC, assegura-se uma pesquisa mais direcionada e abrangente na literatura. Além disso, a aplicação desta metodologia contribui para a transparência e consistência do processo de revisão, características essenciais em pesquisas académicas de

qualidade. Neste contexto, coloca-se a seguinte questão de investigação: Qual a influência da formação em suporte básico de vida pediátrico na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências?

Esta revisão considerou estudos que incluíam como população-alvo pais e cuidadores de crianças. De acordo com Pasquali (1979), os pais são figuras centrais na experiência humana, cuja presença física e qualidade de interação influenciam profundamente o desenvolvimento psicológico dos filhos. A relação estabelecida com os pais pode variar amplamente, desde experiências de afeto e segurança até situações de ausência ou impacto negativo, moldando significativamente a percepção e o comportamento dos indivíduos ao longo da vida. Segundo o mesmo autor, Pasquali (2010), um cuidador é uma pessoa que assume a responsabilidade de prestar cuidados a indivíduos que necessitam de assistência, seja por motivos de saúde, idade avançada ou outras condições que impliquem dependência. Esta definição destaca que o papel do cuidador pode ser desempenhado por familiares ou pessoas próximas.

O conceito principal desta revisão de literatura reportou-se à Formação em SBVP. O SBVP compreende um conjunto de intervenções essenciais para atuar em situações de PCR e asfixia em crianças, incluindo a identificação precoce da emergência, a execução de compressões torácicas eficazes, a ventilação de resgate e a desobstrução das vias aéreas. A eficácia dessas intervenções tem sido amplamente documentada na literatura, demonstrando que a aplicação imediata de manobras de reanimação pode melhorar significativamente as taxas de sobrevivência e reduzir o risco de sequelas neurológicas graves. A formação em SBVP tem sido reconhecida como uma estratégia essencial para garantir que

cuidadores e a comunidade em geral tenham a preparação necessária para atuar de forma rápida e eficaz em emergências pediátricas. (Callahan, 2018).

O contexto desta revisão centrou-se em diversos contextos de formação em SBVP, abrangendo unidades de saúde, como serviços de urgência pediátrica, unidades hospitalares, cuidados de saúde primários, escolas, creches e outros ambientes onde pais e cuidadores podem receber capacitação nesta área.

A compreensão do contexto em que a formação é realizada é essencial para avaliar de que forma o ambiente influencia a implementação e os resultados das intervenções educativas em SBVP. Diferentes cenários podem apresentar desafios específicos e oportunidades distintas, impactando diretamente a eficácia e a aplicabilidade das estratégias formativas na capacitação de pais, cuidadores e profissionais para responder adequadamente a emergências pediátricas.

Esta revisão abrangeu os seguintes tipos de estudo experimentais e quasi-experimentais, incluindo ensaios clínicos controlados randomizados, estudos controlados não randomizados, investigações do tipo antes e depois e séries temporais interrompidas.

Os critérios de inclusão dos artigos na revisão são:

- Pais ou Cuidadores de Crianças
- Avaliem programas de formação em SBVP

Os critérios de exclusão dos artigos na revisão são:

- Sem foco na formação de SBVP
- Focados apenas em profissionais de saúde, adolescente, ou crianças, sem a participação de pais ou cuidadores.
- Artigos que não preencham os critérios de inclusão

Participantes	Exposição	Outcomes /Resultados
Pais e Cuidadores de Crianças	Formação em SBVP	Avaliar o impacto da formação na capacitação dos participantes.
Parents Caregivers	Pediatric Basic Life Support Training	Competency-Based Education

A frase booleana final na base de dados MEDLINE é: ("parents" or "caregivers*") and ("Pediatric Basic Life Support Training") and ("Competency-based education").

Como foram usadas bases de dados diferentes, foi igualmente necessário realizar a pesquisa de *Subject Terms* para elaborar a frase booleana, na base de dados CINAHL

Participantes	Exposição	Outcomes /Resultados
Pais e Cuidadores de Crianças	Formação em SBVP	Avaliar o impacto da formação na capacitação dos participantes.
Parents Caregivers	Basic Life Support Cardiopulmonary Resuscitation Education	Competency-Based Education

A frase booleana final na base de dados CINAHL é: ("parents" or "caregivers*") and ("Basic Life Support" or "Cardiopulmonary Resuscitation Education" and ("Competency-based education").

Resultados e Discussão

A seleção de artigos teve por base a metodologia PRISMA. Através da pesquisa nas bases de dados, obteve-se um total de 249 registos (200 CINAHL e 49 na MEDLINE). Com o uso dos limitadores de data de publicação (2014-2024) e idioma (português, inglês e espanhol), diminuíram-se os resultados e após a eliminação dos duplicados, foram identificadas 242 publicações. Através da leitura e análise do título e resumo, eliminaram-se 214. Na leitura integral dos artigos, 9 foram excluídos por impossibilidade de acesso ao texto integral e 7 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão.

A revisão analisou um total de seis estudos, publicados entre 2015 e 2023, abordando a formação em SBVP na capacitação de pais e cuidadores. Geograficamente, os estudos foram conduzidos em diversos países, incluindo Irlanda, Dinamarca, Singapura, Arábia Saudita e Estados Unidos da América.

Os seis estudos analisados demonstram que a formação em SBVP tem uma influência significativa na melhoria do desempenho e da confiança dos participantes. Por outro lado, não foram identificados estudos que evidenciassem um impacto negativo da formação em SBVP.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos (adaptado de Page et al., 2021)

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only

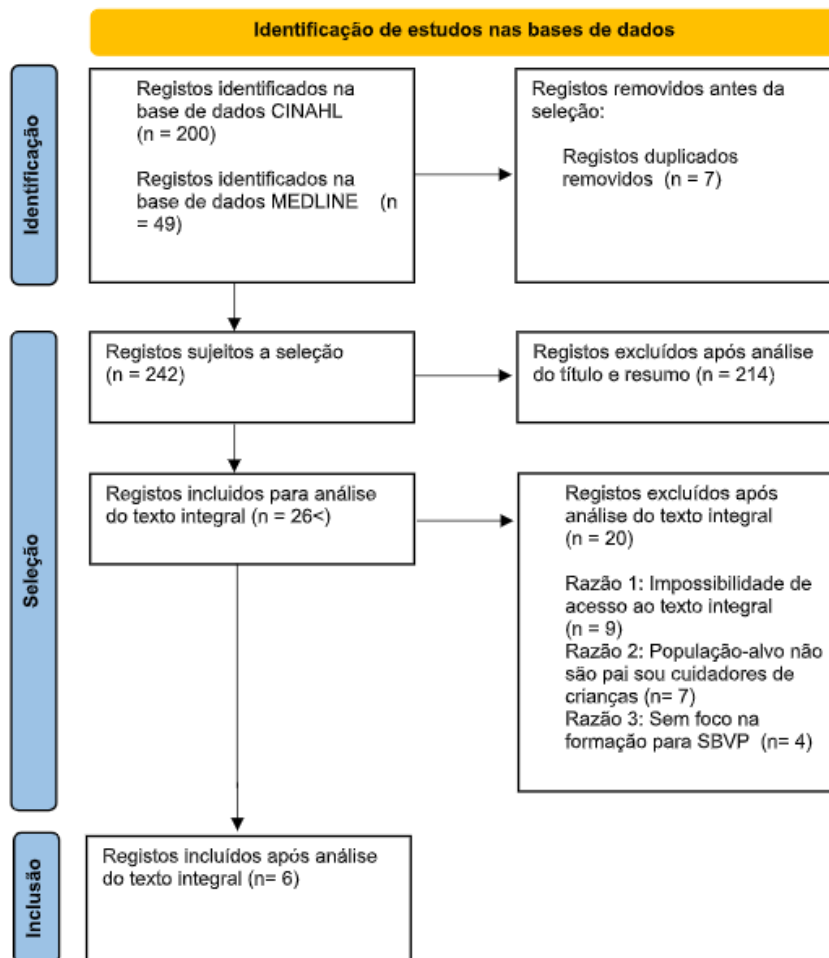


Tabela - 3- Artigos selecionados para RL (n=6)

Autor/A no	Título do Estudo	Objetivo do Estudo	Desenho do Estudo	População/Participantes	Intervenção/Exposição	Resultados	Conclusões Relevantes
Barry et al. (2019)	The Pillow Project, Infant Choking, and Basic Life Support Training for Prospective Parents: A Low-Cost Intervention for Widespread Application	Avaliar a eficácia de um programa de e-learning associado a um manequim de almofada infantil para ensinar SBVP a futuros pais, analisando confiança, aquisição de competências e aceitação da intervenção.	Estudo de coorte prospectivo, pré e pós-teste sem grupo de controlo.	99 participantes (mulheres grávidas e seus parceiros) em aulas pré-natais num hospital de maternidade de na Irlanda.	E-learning baseado nas diretrizes do Conselho Europeu de Ressuscitação, com vídeos demonstrativos e prática com manequim de almofada infantil.	Aumento significativo da confiança dos participantes em saber como agir em casos de engasgamento infantil (de 25% para 88% sentiram-se confiantes, $p < 0,001$). - Melhoría na realização da RCP infantil (mais de 90% executaram corretamente a posição, compressões torácicas e ventilação). - Elevada aceitação da intervenção: 44 participantes voluntariaram-se para avaliação prática.	O programa de e-learning associado ao manequim de almofada infantil foi eficaz na capacitação de pais para atuar em emergências pediátricas, sendo uma solução de baixo custo e aplicável em larga escala.
Krogh et al. (2015)	E-learning in Pediatric Basic Life Support: A Randomized Controlled Non-Inferiority Study	Avaliar se o ensino de SBVP através de e-learning é não inferior ao ensino tradicional com instrutor.	Ensaio clínico randomizado de não inferioridade	160 participantes (pais e cuidadores de crianças entre 0-6 anos), recrutados na comunidade.	Formação em SBVP através de e-learning com um manequim insuflável, baseado nas diretrizes do Conselho Europeu de Ressuscitação.	A taxa de aprovação foi de 100% no grupo presencial e 96% no grupo de e-learning (diferença de -4%, IC 95%: -9% a 0,5%). - Ambos os grupos apresentaram melhora significativa na confiança e nas competências práticas. - Os participantes do e-learning dedicaram, em média, 30 minutos ao treinamento, com dois acessos à plataforma.	O e-learning demonstrou ser não inferior à formação tradicional em SBVP, permitindo uma formação mais acessível e flexível sem comprometer a qualidade.
Chia et al. (2014)	Parental Knowledge, Attitudes and Perceptions Regarding Infant Basic Life Support	Avaliar o conhecimento, atitudes e percepções dos pais em relação ao suporte básico de vida infantil (SBVP), identificando lacunas no conhecimento e interesse em formação.	Estudo observacional transversal, baseado em questionário	375 pais de crianças em acompanhamento no Departamento Neonatal Hospital Geral de Singapura.	Questionário estruturado dividido em três seções: 1) Dados demográficos. 2) Teste de conhecimento sobre SBVP. 3) Avaliação de atitudes e percepções sobre a formação em SBVP.	- Pais com formação prévia apresentaram maiores taxas de aprovação no teste de conhecimentos (83,1% vs. 49,4%; $p < 0,001$). - O nível de escolaridade influenciou positivamente os resultados. - A maioria dos participantes sem formação prévia manifestou interesse em frequentar um curso de SBVP (84,8%).	O estudo revelou lacunas significativas no conhecimento sobre SBVP entre pais sem formação. A formação prévia melhorou significativamente o desempenho no teste, mas um reforço periódico é recomendado.

Almutairi et al. (2023)	Parental perceptions of the importance of pediatric out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation for the survival rate in Saudi Arabia: a cross-sectional survey	Avaliar a percepção dos pais sobre a importância da reanimação cardiopulmonar pediátrica (RCP) extra-hospitalar na taxa de sobrevivência de crianças na Arábia Saudita.	Estudo transversal observacional, baseado em inquérito online.	1.065 pais na Arábia Saudita, recrutados por amostragem por conveniência via redes sociais.	Questionário com cinco seções: (1) Dados sociodemográficos, (2) Percepção dos pais sobre Suporte Básico de Vida (SBV), (3) Conhecimento sobre impacto da RCP pré-hospitalar, (4) Competência dos pais na execução da RCP pediátrica, (5) Confiança na realização de RCP após treino prévio.	73,9% dos participantes nunca tinham ouvido falar de SBV e 87,4% nunca frequentaram um curso. - 61,3% não sabiam onde obter formação. - 77,2% concordaram que todos os pais devem receber formação em SBV. - Pais com formação prévia demonstraram maior confiança na realização da RCP ($p < 0,05$).	O estudo revelou níveis reduzidos de conhecimento sobre SBV entre os pais, embora houvesse grande interesse em receber formação. A falta de acesso e o desconhecimento sobre onde obter formação foram barreiras identificadas.
Callahan et al. (2018)	Advocating for Life Support Training of Children, Parents, Caregivers, School Personnel, and the Public	Reforçar a importância da formação em SBVP para pais, cuidadores, professores e o público em geral, destacando o papel dos pediatras na advocacia deste treino.	Declaração de política da American Academy of Pediatrics (AAP), baseada em revisão da literatura existente.	População geral, incluindo pais, cuidadores, professores e profissionais de saúde pediátrica.	Promoção de programas de formação em SBVP para o público, com foco na implementação em escolas, hospitais e comunidades.	A paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar é um evento crítico, e a realização de RCP por transeuntes aumenta significativamente a sobrevivência. - A educação em SBVP deveria ser obrigatória em escolas e dirigida aos pais. - Recomenda-se maior acessibilidade e financiamento para programas de formação em SBVP.	O estudo enfatiza a necessidade de um esforço coordenado para incluir SBVP na educação formal e na formação de pais, cuidadores e professores, promovendo maior capacidade de resposta a emergências pediátricas.
Montana et al. (2020)	Risk Management and Recommendations for the Prevention of Fatal Foreign Body Aspiration: Four Cases Aged 1.5 to 3 Years and Mini-Review of the Literature	Analisar quatro casos fatais de aspiração de corpos estranhos em crianças e discutir estratégias de prevenção, incluindo a importância da formação de pais e cuidadores em SBVP.	Estudo de caso e revisão da literatura.	Quatro crianças (1,5 a 3 anos) que sofreram obstrução fatal das vias respiratórias, estando sob supervisão de pais, professores ou avós.	Revisão da literatura e análise dos erros cometidos pelos cuidadores na resposta à emergência. Ênfase na importância da formação em SBVP, incluindo a manobra de Heimlich e supervisão adequada.	Nenhuma das crianças recebeu manobras de desobstrução adequadas antes da chegada da emergência médica. - Pais e cuidadores não tinham formação sobre SBVP e não souberam atuar em casos de asfixia. - Os erros incluíram falta de supervisão e tentativas ineficazes de remoção do corpo estranho.	O estudo destaca a necessidade de formação obrigatória em SBVP para pais, educadores e cuidadores, prevenindo mortes evitáveis. A educação em manobras de desobstrução e suporte básico de vida pode reduzir significativamente a mortalidade pediátrica por aspiração de corpos estranhos.

No que se refere ao tipo de intervenção (online vs. presencial) dois estudos (Barry et al., 2019; Krogh et al., 2015) avaliaram a eficácia do ensino de SBVP em formato **online**, utilizando plataformas de *e-learning* combinadas com recursos práticos, como manequins para simulação. Estes estudos demonstraram que a formação online pode ser tão eficaz quanto a formação tradicional, desde que estruturada adequadamente e acompanhada de materiais interativos. Por outro lado, quatro estudos incluíram formação em **formato presencial** (Chia et al., 2014; Almutairi et al., 2023; Callahan et al., 2018; Montana et al., 2020). Nestes casos, os investigadores destacam que a formação prática, conduzida por instrutores qualificados, permite uma melhor aquisição de competências motoras e maior confiança na aplicação das técnicas.

Relativamente à duração das intervenções analisadas, observa-se que quatro estudos (Barry et al., 2019; Krogh et al., 2015; Chia et al., 2014; Montana et al., 2020) implementaram programas de formação em sessão única. Em contrapartida, dois estudos (Almutairi et al., 2023; Callahan et al., 2018) sugerem a necessidade de formação contínua, destacando a importância da realização de múltiplas sessões ou da reciclagem periódica dos conhecimentos adquiridos.

Os estudos analisados permitiram identificar padrões relevantes em termos de formato da formação e duração das intervenções.

Dos seis estudos analisados, 100% indicam benefícios da formação, nomeadamente no aumento da confiança e competências dos participantes. Especificamente, Barry et al. (2019) relataram um aumento significativo da confiança dos pais na sua capacidade de resposta a emergências pediátricas,

passando de 25% para 88% após a formação ($p < 0,001$). De forma semelhante, Krogh et al. (2015) demonstraram que a taxa de aprovação foi de 96% no grupo de e-learning e 100% no grupo presencial, confirmando a eficácia do ensino digital.

Embora nenhum estudo tenha identificado a influência negativa da formação, alguns relataram barreiras ao acesso ao SBVP. Almutairi et al. (2023) revelaram que 73,9% dos pais nunca tinham ouvido falar de SBV e 87,4% nunca tinham frequentado um curso, o que aponta para um déficit significativo de conhecimento prévio na população. Estes resultados sugerem a necessidade de estratégias que ampliem a disseminação da formação, tornando-a mais acessível a pais e cuidadores.

Os estudos de Barry et al. (2019) e Krogh et al. (2015) demonstram que a formação online pode ser igualmente eficaz quando comparada com a formação tradicional. No caso do estudo de Krogh et al. (2015), a taxa de aprovação entre os participantes que realizaram a formação via e-learning foi apenas 4% inferior à do grupo presencial, uma diferença considerada estatisticamente irrelevante. Além disso, os participantes do e-learning despenderam, em média, apenas 30 minutos na formação, o que evidencia a conveniência e acessibilidade deste formato.

Por outro lado, os estudos que avaliaram a formação presencial (Chia et al., 2014; Almutairi et al., 2023; Callahan et al., 2018; Montana et al., 2020) sugerem que esta abordagem proporciona um maior envolvimento prático, facilitando a aquisição

de competências motoras. Callahan et al. (2018) defendem que o SBVP deve ser integrado no currículo escolar e disseminado entre profissionais da educação, cuidadores e pais, reforçando a importância do treino prático supervisionado.

Os dados sugerem que ambas as modalidades são eficazes, mas o formato online pode ser particularmente útil em contextos onde o acesso à formação presencial é limitado. Assim, recomenda-se uma abordagem combinada, utilizando métodos digitais para o ensino teórico e sessões presenciais para reforço prático.

A análise dos estudos revelou diferenças na estrutura temporal das formações. 66,7% dos estudos (n=4) implementaram uma formação em sessão única, enquanto 33,3% (n=2) adotaram um modelo baseado em múltiplas sessões.

Os programas de curta duração (sessão única) mostraram-se eficazes na melhoria imediata do conhecimento e competências dos participantes. Barry et al. (2019), por exemplo, reportaram que mais de 90% dos participantes executaram corretamente as compressões torácicas e ventilação após apenas uma sessão de formação. Estes resultados indicam que uma única sessão pode ser suficiente para a aquisição inicial de competências essenciais.

Contudo, estudos como os de Almutairi et al. (2023) e Callahan et al. (2018) defendem a necessidade de reciclagem periódica. Almutairi et al. (2023) destacam que pais com formação prévia de suporte básico de vida pediátrico demonstraram maior confiança na realização de RCP ($p < 0,05$), sugerindo que a

repetição da formação ao longo do tempo pode ser benéfica para a retenção de competências.

Este contraste evidencia a necessidade de um equilíbrio entre eficiência e sustentabilidade da aprendizagem. Embora uma única sessão possa ser suficiente para a aprendizagem inicial, a repetição periódica da formação pode ser fundamental para garantir a retenção e aplicação eficaz dos conhecimentos adquiridos.

Apesar desta revisão de literatura querer perceber a influência da formação em SBVP para pais e cuidadores é essencial reconhecer as suas limitações para garantir uma interpretação crítica e rigorosa dos resultados obtidos.

Outra limitação a destacar refere-se à **heterogeneidade dos estudos incluídos**, que abordam diferentes metodologias de formação em SBVP, populações-alvo distintas e contextos variados. Esta diversidade dificulta a comparação direta dos resultados e a formulação de recomendações generalizáveis, uma vez que os efeitos das intervenções podem depender de fatores contextuais específicos, como o ambiente de ensino, o grau de experiência dos participantes e as estratégias pedagógicas adotadas (Krogh et al., 2015).

Uma limitação relevante relaciona-se ainda com a ausência de uma análise longitudinal sobre a retenção do conhecimento e das competências adquiridas. A maioria dos estudos analisados avaliou apenas os efeitos imediatos da formação. Dado que a retenção do conhecimento tende a diminuir sem reforços

periódicos, é fundamental que investigações futuras explorem a eficácia das intervenções a médio e longo prazo, permitindo determinar a periodicidade ideal para cursos de atualização (Chia et al., 2014).

O artigo *“The Pillow Project, Infant Choking, and Basic Life Support Training for Prospective Parents: A Low-Cost Intervention for Widespread Application”* menciona que a formação em SBVP pode ser implementada de forma acessível através de programas de e-learning combinados com simulação prática, utilizando manequins adaptados. Esta abordagem proporciona uma solução econômica e eficaz para capacitar futuros pais, melhorando a sua confiança e prontidão na resposta a emergências.

No artigo *“E-learning in Pediatric Basic Life Support: A Randomized Controlled Non-inferiority Study”* refere que o ensino de SBVP através de plataformas digitais pode ser tão eficaz quanto a formação presencial, garantindo acessibilidade sem comprometer a qualidade da aprendizagem. No entanto, a retenção das competências adquiridas e a execução prática das manobras devem ser avaliadas para confirmar a sua eficácia a longo prazo.

Tendo em conta o artigo *“Parental Knowledge, Attitudes, and Perceptions Regarding Infant Basic Life Support”* defende que pais que recebem formação em SBVP demonstram maior conhecimento e confiança na aplicação das técnicas, reforçando a importância da educação contínua nesta área. A falta de atualização periódica pode comprometer a eficácia da resposta em emergências pediátricas, sublinhando a necessidade de reciclagem regular da formação.

Os resultados do artigo *“Parental Perceptions of the Importance of Pediatric Out-of-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation for the Survival Rate in Saudi Arabia: A Cross-sectional Survey”* demonstram que existe um déficit significativo no conhecimento sobre SBVP entre pais, particularmente em regiões onde a formação não é amplamente disponibilizada. Apesar do reconhecimento da sua importância, a adesão aos programas educativos é limitada, o que justifica a necessidade de iniciativas mais acessíveis e amplamente divulgadas.

O artigo *“Advocating for Life Support Training of Children, Parents, Caregivers, School Personnel, and the Public”* menciona que a inclusão da formação em SBVP em escolas e comunidades pode aumentar significativamente a sobrevivência em casos de PCR. A realização precoce das manobras por pais e cuidadores, está diretamente associada a melhores resultados, justificando a necessidade de políticas que promovam a formação obrigatória.

Por último, no artigo *“Risk Management and Recommendations for the Prevention of Fatal Foreign Body Aspiration: Four Cases Aged 1.5 to 3 Years and Mini-review of the Literature”* refere que a falta de conhecimento sobre manobras de desobstrução das vias aéreas, como a manobra de Heimlich, aumentam o risco de mortes infantis. A inclusão desta temática na formação em SBVP é essencial para capacitar pais e cuidadores na resposta eficaz a episódios de asfixia e reduzir a mortalidade infantil associada a este tipo de acidente.

Importa referir que a maioria dos estudos avaliou a eficácia da formação com base na aquisição de conhecimento e habilidades práticas, sem examinar o seu impacto em desfechos clínicos reais. A escassez de dados sobre a aplicação efetiva do SBVP em situações concretas de emergência limita a compreensão da

verdadeira eficácia destas formações na redução da mortalidade e morbidade pediátricas. Assim, será crucial que investigações futuras estabeleçam uma relação clara entre a formação em SBV e os seus efeitos sobre os desfechos de saúde infantil (Callahan & Fuchs, 2018).

Conclusão

A presente revisão de literatura evidencia a importância da formação em SBVP na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências. Os estudos analisados demonstram que a formação estruturada melhora significativamente a confiança e as competências dos participantes, permitindo-lhes atuar de forma mais eficaz em situações de paragem cardiorrespiratória ou asfixia infantil. Além disso, verifica-se que tanto a formação presencial como a on-line são estratégias viáveis, desde que acompanhadas de metodologias adequadas que garantam a retenção do conhecimento e a aquisição das competências necessárias para a realização das manobras de reanimação.

Apesar dos benefícios da formação em SBVP, a revisão identificou algumas barreiras que comprometem o acesso a estas formações, nomeadamente a falta de conhecimento sobre a sua disponibilidade, os custos associados e a inexistência de programas obrigatórios em contextos comunitários e escolares. Assim, torna-se essencial a implementação de estratégias que ampliem a disseminação deste conhecimento, promovendo a integração de cursos de SBVP em programas de educação parental e em iniciativas de saúde pública.

Outro aspeto relevante identificado prende-se com a retenção do conhecimento a longo prazo. Os estudos sugerem que a aquisição inicial de competências pode ser comprometida pela ausência de reciclagem periódica, sendo necessário estabelecer uma periodicidade adequada para a atualização da formação. Investigações futuras devem explorar a eficácia das diferentes metodologias

formativas e determinar qual a estratégia mais adequada para assegurar que os cuidadores mantenham a capacidade de resposta eficaz ao longo do tempo.

Além da formação em SBVP, a prevenção de acidentes pediátricos, nomeadamente a aspiração de corpos estranhos, revelou-se uma área crítica que carece de maior atenção. A evidência científica indica que o desconhecimento sobre as manobras de desobstrução das vias aéreas contribui para um número significativo de óbitos evitáveis. Assim, recomenda-se que os programas de formação em SBVP incluam módulos sobre prevenção de acidentes e resposta imediata a situações de asfixia, capacitando os cuidadores para atuar de forma mais abrangente na proteção infantil.

Desta forma, conclui-se que a formação em SBVP para pais e cuidadores é uma estratégia essencial para aumentar a segurança das crianças em emergências. No entanto, para maximizar a sua eficácia, é fundamental garantir que a formação seja amplamente acessível, periodicamente reforçada e adaptada às necessidades específicas dos participantes. A implementação de políticas públicas que incentivem a disseminação deste conhecimento, aliada a investigações futuras sobre a sua efetividade em desfechos clínicos reais, poderá contribuir para uma maior proteção da saúde infantil e para a redução da mortalidade associada a emergências pediátricas.

Referências Bibliográficas

Almutairi, M. S., Almutairi, A. H., Alshammari, R. H., Alsomali, M. I., & Alotaibi, M. S. (2023). Parental perceptions of the importance of pediatric out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation for the survival rate in Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *International Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186>

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080>

Barry, D. M., Eustace-Cook, J., McMahon, C., & Bergin, N. (2019). *The Pillow Project, Infant Choking, and Basic Life Support Training for Prospective Parents: A Low-Cost Intervention for Widespread Application*. *Irish Journal of Medical Science*, 188(4), 1263-1269. <https://doi.org/10.1097>

Callahan, J. L., & Fuchs, S. (2018). Advocating for life support training of children, parents, caregivers, school personnel, and the public. *Pediatrics*, 141(6), e20180705. <https://doi.org/10.154>

Chia, P. A., Lian, B. S., & Yeong, L. H. (2014). Parental knowledge, attitudes, and perceptions regarding infant basic life support. *Singapore Medical Journal*, 55(6), 312-317. <https://doi.org/10.11622>

Krogh, L. Q., Bjerring, A. W., Niemann, T., Ringsted, C., & Løfgren, B. (2015). E-learning in pediatric basic life support: A randomized controlled non-inferiority study. *Resuscitation*, 90, 7-12. <https://doi.org/10.1016>

Montana, M., Barranco, R., Russo, G., & Ventura, F. (2020). Risk management and recommendations for the prevention of fatal foreign body aspiration: Four cases

aged 1.5 to 3 years and mini-review of the literature. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 16(4), 674-682. <https://doi.org/10.3390>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136>

Pasquali, L. (1979). Concepção de pais: Um instrumento fatorial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 1(1), 5-15. <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98931979000100005>

Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Artmed Editora.

Peters, M. D. J., Marnie, C., Colquhoun, H., Garritty, C., Hempel, S., Horsley, T., Langlois, E. V., Lillie, E., O'Brien, K. K., Tunçalp, Ö., Wilson, M. G., Zarin, W., & Tricco, A. C. (2020). Scoping reviews: Advancing the methodology. *Systematic Reviews*, 10(1), 263. <https://doi.org/10.1186>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö., & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326>

Apêndice V - Póster Científico

Póster Científico

VIII

Fórum das Especialidades de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar

CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

A influência da formação em suporte básico de vida pediátrico na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências

Autoras: Ramos L.¹, Quelhas I.²



Introdução

A paragem cardiorrespiratória pediátrica é rara, mas a intervenção precoce melhora os resultados clínicos. A capacitação em Suporte básico de Vida Pediátrico (SBVP) é essencial para melhorar conhecimentos e competências. Esta revisão analisa a sua influência na capacitação de pais e cuidadores.

Objetivo

Analisar a influência da formação em SBVP na capacitação de pais e cuidadores para responder a emergências.

Material e Métodos

Realizada uma revisão integrativa da literatura, com pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL entre 14 e 19 de outubro de 2024. Foram incluídos estudos publicados entre 2014 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, com enfoque na formação em SBVP dirigida a pais e cuidadores.

Resultados e Discussão

Seis estudos (2015-2023) indicam que a formação em SBVP melhora a confiança e desempenho de pais e cuidadores, sem efeitos adversos. Formações online destacam-se pela acessibilidade, enquanto presenciais favorecem competências motoras. A maioria foi baseada em sessões únicas, com recomendações para reciclagem periódica. Barreiras identificadas: acesso limitado e falta de divulgação. Limitações: heterogeneidade metodológica, ausência de dados longitudinais e impacto clínico pouco explorado.

Conclusão

A formação em SBVP revela-se eficaz na capacitação de pais e cuidadores, contribuindo para a redução da mortalidade e sequelas em emergências pediátricas. Recomenda-se uma abordagem híbrida com treino prático supervisionado e reciclagem periódica. São necessários mais estudos sobre a retenção do conhecimento e impacto em contextos reais de emergência.

Referências Bibliográficas



¹ Universidade Católica Portuguesa; Escola de Enfermagem – Porto, Portugal; Estudante do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

² Universidade Católica Portuguesa; Escola de Enfermagem – Porto; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal