



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · 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.

Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira
Sob Orientação de: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, 2018

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Tem como finalidade explicar o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos assistenciais demonstrando as competências adquiridas na área de especialização. O estágio desenvolveu-se em diferentes contextos assistenciais, contemplando a área de urgência e emergência pediátrica, a área de neonatologia e a área de cuidados de saúde primários, que perfizeram um total de 750 horas de trabalho, das quais 360 horas foram em contexto de prática e 390 de trabalho individual. Os objetivos definidos para o estágio tiveram em conta as competências propostas no plano de estudos e foram atingidos através de atividades definidas para a sua consecução e pela análise crítico-reflexiva centrada no cuidado à criança e família, atendendo aos quatro domínios da atuação do enfermeiro: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Destacam-se, na assistência especializada as atividades desenvolvidas no âmbito da transição para a parentalidade, da parceria de cuidados, da vinculação e da relação mãe-filho, da amamentação e do controlo da dor na criança, tendo como intenção transversal a promoção, o desenvolvimento e a adaptação da criança, jovem e família aos processos de saúde e doença. Estas competências foram demonstradas, nos diferentes domínios da assistência a recém-nascidos, criança, jovem e família, ao longo do estágio. A metodologia utilizada no documento é descritiva e crítico-reflexiva suportada por pesquisa bibliográfica.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde Infantil e Pediátrica, Competências, Criança, Família.

Abstract

This report arises in the sphere of the Curricular Unit Final Internship and Report, of the Master's Degree of Nursing in Infantile and Pediatric Health, from the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University – Oporto. Its main focus is to demonstrate my experience in different care contexts, emphasizing acquired skills in the specialty area. The internship took place in three contexts, Pediatric Emergency Service, Neonatology and Infantile Health with the duration of 750 hours of work, of which 360 hours were in practice context and 390 of individual study. I defined specific objectives for the different contexts of practice bearing in mind the skills proposed in the studies plan and they were achieved through critical-reflexive analysis of various activities, by which, in turn, were organized in unison with the four professional performance domains of a nurse: Care Provider, Care Management, Training and Research. The main attention areas were transition to parenting, care, mother-child bonding and relationship, breastfeeding and pain control in children.

This skills and competences of the different domains were demonstrated throughout the internship through care given to new-born, children, adolescents and family, promoting child development and adaptive capacity in health or disease. The recurred methodology is descriptive and critical-reflexive, based upon bibliographical research.

Key-words: Nursing, Infantile and Pediatric Health, Skills, Child, Family.

“Aprender é a coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se
arrepende...”

Leonardo Da Vinci

Agradecimentos

Ao meu Marido e aos meus Filhos, pela paciência, amor e por tolerarem a minha menor disponibilidade como esposa e como mãe durante este percurso.

Aos meus Pais, pelo apoio acrescido que me concederam, pelo amor incondicional e pelo orgulho que sempre tiveram em mim, que me moveu nos momentos de maior cansaço.

Às minhas colegas de curso, por me terem acompanhado lado a lado nesta caminhada, sem vós tudo teria sido mais difícil.

Aos meus colegas de trabalho, por me auxiliarem na gestão dos meus turnos e por tolerarem o meu cansaço.

Ao meu Chefe de Serviço, pelo seu apoio à formação e pela valorização das nossas competências.

À minha orientadora, pelos conselhos e pela paciência que demonstrou nesta caminhada.

Às minhas tutoras nos diferentes contextos de estágio, por partilharem comigo a sua experiência e por me darem a oportunidade de aprender.

A todos os que, de uma forma ou outra, cruzaram o meu caminho e deram um pouco de si para eu terminar esta caminhada,

Obrigada.

Índice

1.	Introdução	15
2.	Contextualização do estágio final	17
3.	Competências adquiridas no estágio	21
3.1.	Domínio da Prestação de Cuidados	21
3.2.	Domínio da Formação	57
3.3.	Domínio da Investigação	61
3.4.	Domínio da Gestão de Cuidados	65
4.	Conclusão	71
5.	Bibliografia	73
	Apêndices	83
	Apêndice I – Ação de Educação para a saúde – Suporte Básico de Vida.....	85
	Apêndice II – Cartazes elaborados para a instituição de apoio à criança.....	127
	Apêndice III – Ação de Formação a Pares – SBV Pediátrico	131

2. Contextualização do estágio final

O estágio final foi desenvolvido no período entre 5 de Fevereiro e 30 de Junho de 2018, e dividido por três contextos de cuidados especializados ao RN, criança e jovem. Realizei 100 horas de estágio no contexto de urgência e emergência, numa unidade de referência na zona norte do país; realizei 100 horas de estágio numa unidade de Neonatologia e 160 horas numa Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC), sendo 20 horas do mesmo estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) do mesmo local. Esta unidade curricular totalizou 750 horas de contacto e trabalho individual.

Os contextos de estágio foram escolhidos atendendo à minha experiência profissional de 17 anos num internamento de pediatria. No meu contexto profissional presto assistência a criança com patologias de pediatria médica, neurologia, neurocirurgia, oncologia, gastroenterologia e ortopedia. É frequente recebermos também crianças da especialidade cirúrgica, otorrinolaringologia e oftalmologia, quando os respetivos serviços estão lotados. O departamento de gastroenterologia pediátrica inclui um bloco operatório onde se realizam os mais variados exames em regime ambulatorio. Inclui uma sala de cuidados especiais onde estão internadas crianças que exigem cuidados complexos de onde destaco a necessidade de ventilação assistida. Fazemos o seguimento de inúmeras crianças com doenças crónicas (desde patologias respiratórias, gastroenterológicas ou nefrológicas, passando também por doenças neurodegenerativas). Nos últimos anos aumentou a problemática da pobreza e maus tratos, obrigando a um trabalho no âmbito dos processos familiares, comportamentos de risco e patologias de pedopsiquiatria.

O contexto de Urgência e Emergência é uma unidade de referência na zona norte do país, sendo considerada, de acordo com o despacho n.º 10319/2014 publicado

Especialistas em diferentes áreas, sendo dois deles Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica. Um deles é responsável pela saúde escolar e o outro pelo projeto para a parentalidade, a Equipa Local de Intervenção e o Núcleo de Apoio à Criança e ao Jovem em Risco.

Na USF, os cuidados de saúde são prestados por profissionais cuja organização básica é a equipa de saúde familiar constituída por médico, enfermeiro e assistente administrativo, interligando-se com outros profissionais e/ou em parceria com recursos comunitários (Juntas de Freguesia, Escolas, Associações, etc.). Os horários de trabalho são variáveis, mas habitualmente contemplam turnos de sete ou oito horas. O funcionamento do Centro de Saúde é das 8h às 20h.

3. Competências adquiridas no estágio

Competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades e intervenções que devem ser desempenhadas num contexto de trabalho. (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Considero que a aquisição de competências, nomeadamente na área da saúde infantil e pediátrica, se desenvolve através de um percurso vivenciado a nível pessoal e profissional.

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP define quais as competências a desenvolver para ser mestre especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, competências essas que procurei atingir ao longo do estágio.

De forma a evidenciar a aquisição das mesmas, agrupei os objetivos de estágio em quatro domínios: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. De seguida evidencio as atividades por mim desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, de forma a dar resposta aos objetivos delineados e assim, adquirir as competências necessárias de um Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

3.1. Domínio da Prestação de Cuidados

O Enfermeiro Especialista e Saúde Infantil e Pediátrica trabalha com a criança e família em qualquer contexto assistencial, de forma a promover a saúde, prestando cuidados à criança doente e realizando educação para a saúde, em parceria com a família. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Competência:

- ✓ **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;**

Objetivos específicos:

- ✓ Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais dos diferentes contextos de estágio;
- ✓ Compreender a dinâmica da organização dos cuidados de enfermagem;

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Conheci a estrutura física dos serviços;
- ✓ Compreendi a dinâmica do serviço e função de cada elemento da equipa multidisciplinar;
- ✓ Pesquisei exaustivamente sobre as normas e procedimentos em cada contexto de estágio;
- ✓ Integrei-me nas equipas, fazendo a articulação com outros profissionais;

Reflexão:

Fui extremamente bem recebida em todos os contextos de estágio, o que me deu uma motivação extra na procura do conhecimento e novas competências.

Fui acolhida pelas enfermeiras tutoras, que me mostraram os serviços através de uma visita guiada pelas instalações, apresentando-me aos profissionais, referindo as suas funções e explicando a articulação com outras instituições, o que me permitiu algum conhecimento dos contextos. A consulta dos procedimentos, protocolos, horários e a distribuição dos planos de trabalho, ajudaram-me a incorporar a dinâmica dos serviços relativamente à prestação de cuidados e à gestão de recursos.

Em todo o estágio procurei adaptar-me rapidamente à equipa e ao método de trabalho dos diferentes contextos. Assumi uma postura de competência, responsabilidade, assiduidade e pontualidade. Encarei todos os contextos com seriedade e humildade, tentando potenciar ao máximo o número de aprendizagens.

O estágio no contexto de urgência e emergência foi realizado num serviço de urgência polivalente pediátrica, onde, pela sua dimensão e complexidade de atendimentos, os profissionais devem estar dotados de formação especializada na área de emergência, suporte de vida imediato e avançado e formação avançada em trauma pediátrico. Os enfermeiros estão divididos por equipas e o plano de distribuição pelas diversas áreas do serviço é realizado de acordo com as competências de cada elemento. O Enfermeiro Especialista com mais anos de serviço coordena a equipa. É um serviço extremamente organizado, o que é essencial para uma boa atuação nomeadamente na sala de emergência. Esta possui um protocolo de atuação em que todos os elementos têm funções bem definidas, permitindo uma rápida atuação.

O serviço de Neonatologia possui 8 unidades de internamento para RN. No primeiro dia conheci a estrutura física do serviço, através de visita guiada pelas tutoras. A adaptação à equipa de Neonatologia correu ainda melhor do que o esperado. Senti desde o primeiro dia uma enorme valorização e respeito pela minha experiência profissional em saúde infantil e pediátrica. Apoiei-me na leitura do manual de integração da unidade e nas conversas com as tutoras, para compreender a estrutura e dinâmica da neonatologia, sabendo identificar os recursos e circuitos do serviço.

Segui os protocolos do serviço, assumindo sempre um espírito reflexivo na e sobre a ação, algo fundamental numa prática especializada. Articulei com os centros de saúde a alta do RN, através de carta de enfermagem, referenciando os focos de atenção ativos para a continuidade de cuidados, fazendo a preparação para regresso a casa como um *“processo dinâmico e contínuo desenvolvido pela equipa multidisciplinar ao longo de todo o internamento de forma a facilitar a transição da criança para o domicílio ou para um outro nível de cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Pude também conhecer a articulação com outros serviços

ou com outras instituições, nomeadamente, outros hospitais ou unidades de cuidados de saúde primários.

No primeiro dia de estágio na UCC, deparei-me com uma grande azáfama, pois estava a ser organizada uma participação da UCC numa feira local sobre proteção civil e um evento dedicado à mulher.

A minha tutora explicou-me o funcionamento da UCC e mostrou-me a unidade. Fui conhecer também a USF onde iria realizar as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. Rapidamente fiquei a par dos eventos em preparação, participando na sua organização. Durante todo o estágio participei em inúmeras atividades, assumindo uma postura autónoma, formando uma equipa com a minha tutora. Na UCC os projetos em Saúde Infantil incluem a Saúde Escolar, a Educação para a Saúde na área da parentalidade, a Equipa Local de Intervenção e o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco. São realizadas deslocações às escolas, domicílios e eventos promovidos pela câmara municipal local. É realizada também a visita ao serviço de Neonatologia do hospital local, na preparação da alta do RN, que irei referir mais à frente neste relatório.

Na USF pude realizar consultas de desenvolvimento infantil e vacinação com a supervisão da enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, num processo evolutivo que começou pela observação das consultas até ter autonomia nas atividades.

Ressalvo também as equipas multidisciplinares dos vários contextos, com quem constituí uma parceria muito funcional. Senti sempre um enorme apoio e respeito de todos os profissionais com os quais pude trabalhar.

Considero que consegui rapidamente integrar-me nas equipas e ser o mais autónoma possível na gestão e prestação de cuidados, potenciando ao máximo as aprendizagens.

Considero que as atividades selecionadas foram adequadas para a aquisição da competência descrita.

Competências:

- ✓ **Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;**
- ✓ **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;**
- ✓ **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**
- ✓ **Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;**

Objetivos específicos:

- ✓ **Aprofundar conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à criança e família em todos os contextos 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;**
- ✓ **Desenvolver competências no âmbito dos cuidados antecipatórios para otimizar o desenvolvimento da criança e do jovem;**
- ✓ **Aprofundar competências na área da saúde escolar;**

Atividades desenvolvidas:

- ✓ **Prestei cuidados de enfermagem especializados, segundo a metodologia científica do processo de enfermagem, a RN/criança/adolescente nos diferentes contextos;**
- ✓ **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 do Bebê e Recuperação Pós-Parto;
- ✓ Colhi sangue a RN para diagnóstico precoce;
- ✓ Participei em sessões de educação no âmbito da saúde escolar;
- ✓ Participei nas reuniões da Equipa Local de Intervenção (ELI) e do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem Em Risco (NACJER);
- ✓ Realizei uma consulta de avaliação do desenvolvimento de criança seguida na ELI, na UCC;
- ✓ Realizei visita a uma criança seguida pela ELI no contexto escolar
- ✓ Realizei triagem canadiana no contexto de urgência;
- ✓ Aprofundei conhecimentos relativamente à terapêutica farmacológica mais utilizada em Neonatologia, sua preparação e administração.

Reflexão:

O meu percurso profissional tem sido exclusivamente no contexto hospitalar, pelo que o estágio no contexto de cuidados de saúde primários suscitou-me muitas expectativas e uma enorme curiosidade. Pude constatar com agrado que muito é feito na área de saúde infantil e nos cuidados antecipatórios, nomeadamente no apoio à parentalidade, fazendo assim a diferença na vida da criança, jovem e família.

Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil inclui consultas em idades-chave do desenvolvimento físico, psicomotor, social, alimentação e escolaridade, de forma harmoniosa com o PNV. Valoriza os cuidados antecipatórios de forma a promover a saúde e prevenir a doença, capacitando os pais com conhecimentos e habilidades para um melhor desempenho no exercício da parentalidade. Promove a vacinação das crianças, monitorizando a sua adesão e prioriza a vigilância e prevenção das alterações de comportamento ou maus-tratos. A estratégia usada é capacitar, responsabilizar e articular estruturas, programas e projetos, de forma a contribuírem para o bem-estar, crescimento e

de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Diário da República, 2009). A intervenção é realizada entre os zero e os seis anos de idade, altura em que é elaborado um plano de transição para o ensino escolar. A assistência é realizada pela ELI. Neste âmbito, participei em várias reuniões da equipa multidisciplinar, realizei uma visita a uma escola para avaliação de criança de seis anos e participei na elaboração do plano de transição para o ensino básico. Esta criança tinha atraso na linguagem e a família baixo poder económico e encontrava-se sob ordem de despejo. Juntamente com a mãe da criança, foi traçado um plano com objetivos, quer no restabelecimento da segurança familiar, quer no seguimento dos problemas da criança, de onde destaco a marcação de consultas de terapia da fala e a procura, juntamente com a assistente social, de um novo local para morarem e um plano de pagamento de dívidas da família. Colaborei numa consulta de avaliação de desenvolvimento de uma criança de dezoito meses andava a ser seguida pela ELI por apresentar um atraso de desenvolvimento psicomotor (aos 12 meses a criança não vocalizava e não segurava bem o peso nas pernas). Constatamos que a criança já se encontrava em harmonia com o desenvolvimento esperado para a sua idade (já andava bem, apanhava brinquedos do chão, realizava torre com 3 cubos, fazia rabiscos num papel e já usava mais de 6 palavras reconhecíveis, compreendendo muitas mais (Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2012)). Em ambos os casos foram traçados planos de forma a maximizar o desenvolvimento da criança e a potenciar a adesão parental a comportamentos saudáveis. Constatei que o EESIP tem um papel relevante no acompanhamento destas crianças, promovendo o seu desenvolvimento, dotando os pais de competências para continuar este trabalho no domicílio e articulando com outras organizações e estruturas (Centros de Terapias, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), etc.) de forma a dar resposta às necessidades das crianças.

Ainda na UCC, pude participar nas reuniões do NACJR. A este núcleo chegam diariamente referências e pedidos de ajuda, quer dos centros de saúde, quer

Realiza ações de educação para a saúde a alunos do ensino pré-escolar, segundo, terceiro ciclo e secundário com o tema prevenção de acidentes, suporte básico de vida e pedido de ajuda. A principal causa de morte e incapacidade na infância e juventude são os acidentes, predominando os acidentes de viação, as quedas e intoxicações. (Plano de Ação para a Segurança Infantil, 2011). Uma vez que muitos acidentes acontecem em meio escolar, a Saúde Escolar deve promover a aquisição de competências básicas necessárias ao socorro imediato, dado que a formação precoce dos alunos a partir dos 10 anos reduz a ansiedade sobre os possíveis erros e aumenta a disponibilidade para ajudar. (PNSE, 2015). A capacitação para a higiene corporal e a saúde oral é essencial para a prevenção e tratamento precoce das doenças orais, consideradas pela Direção Geral de Saúde como um dos principais problemas da população infantil e juvenil (Direção Geral de Saúde, 2005). O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), foi criado para contribuir para a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral, criando condições para melhorar a acessibilidade a cuidados dentários de crianças e jovens que deles necessitem, para além da melhoria das competências dos profissionais de educação e dos encarregados de educação sobre higiene corporal e saúde oral. Inclui ações de educação para a saúde às crianças do pré-escolar, primeiro ano e quarto ano, sobre alimentação saudável e correta higiene oral. As crianças de cinco anos fazem rastreios individuais e encaminhadas se necessário e são emitidos “cheques dentista” aos sete, dez e treze anos, a todas as crianças. O projeto inclui também bochechos de fluor quinzenal e ações de educação para a saúde ao pessoal docente e não docente das escolas (Direção Geral de Saúde, 2005).

Particpei em duas ações de educação para a saúde sobre Prevenção de Violência em Meio Escolar e Educação para os afetos e sexualidade. Foram realizadas a alunos de nono ano. Numa delas, foi promovida a visita da turma ao centro de saúde, onde foram abordados temas como os afetos, o bullying, a violência no namoro, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e colocação do preservativo masculino. Na segunda sessão, realizada à mesma turma, foram revistos os conceitos abordados na primeira sessão, com um brainstorming sobre os diversos temas.

“O desenvolvimento de competências socio-emocionais ajuda os alunos a tornarem-se mais resilientes, permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas e gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida” (Plano Nacional de Saúde Escolar, 2015). O projeto implementado pela UCC visa prevenir a violência escolar através da prevenção de comportamentos desajustados, que inviabilizam a normal progressão escolar, com o objetivo de reduzir a prevalência de fatores de risco da violência escolar e do bullying. Já a *“educação para os afetos e a sexualidade deve envolver a escola como um todo - crianças, alunos/as, pais/mães ou encarregados/as de educação, docentes e não docentes - começar no pré-escolar e continuar até ao ensino secundário, contribuir para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências”* (Plano Nacional de Saúde Escolar, 2015).

No meu último dia de estágio, participei numa ação com o tema “Decidir para Agir” realizada a uma turma de quinto ano, onde abordamos temas como a comunicação, o bullying e a sexualidade. É um projeto desenvolvido em parceria com a Universidade Católica Portuguesa que inclui sessões de educação para a saúde ao terceiro, quarto, quinto e sexto ano de escolaridade e para encarregados de educação. *“Capacitar as crianças e jovens para a tomada de decisão contribui para a adoção de um estilo de vida mais saudável, tornando-os mais competentes, mais confiantes e mais habilitados no desempenho dos seus papéis sociais.”* (Plano Nacional de Saúde Escolar, 2015). A saúde escolar é essencial para aumentar a literacia para a saúde, incentivar práticas saudáveis num contexto privilegiado (Direção Geral de Saúde, 2015). Entre os fatores de risco que fundamentam esta necessidade destacam-se o tabagismo, consumos aditivos, sexo desprotegido e violência escolar, que levaram à necessidade de definir estratégias de intervenção comunitária, de forma a reduzir os comportamentos de risco associados às doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Posso afirmar que pude constatar as diferentes vertentes dos cuidados de saúde primários em Saúde Infantil e Juvenil e demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos nessa área.

No contexto de urgência pediátrica pude realizar triagem pediátrica e aprofundar conhecimentos no sistema canadiano, que é o utilizado nesse contexto. A triagem canadiana em pediatria é definida como um processo onde se utiliza o pensamento e análise crítica de um enfermeiro que seja especialista ou perito na área de atuação (The Canadian Triage and Acuity Scale, 2013). Neste contexto de cuidados, a triagem é realizada por enfermeiros especialistas ou peritos, ou seja, enfermeiros com uma forte intuição e rápida resposta aos problemas que encontra na sua prática, compreendendo as situações na sua totalidade (Benner, 1984). Consiste em avaliar e determinar a gravidade da situação do doente e definir a sua prioridade com base nas cores: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, sendo o azul o menos grave e o vermelho situação de emergência. Este conceito permite que os doentes mais graves sejam tratados mais rapidamente; os recursos disponíveis são utilizados na sua máxima capacidade; é possível detetar à priori situações que necessitam de cuidados especiais como por exemplo, isolamento do doente; a família sente-se mais tranquila pois é de imediato recebida mal faz a inscrição na urgência e são esclarecidos precocemente muitas dúvidas e receios; e é possível reavaliar constantemente o doente, enquanto aguarda pelo atendimento médico. Para isto, o enfermeiro de triagem deve possuir algumas características, essenciais para que o processo flua adequadamente, entre os quais se destacam a capacidade de comunicação, ter um olhar crítico sobre o doente com decisão rápida, capacidade de interligar com outros profissionais e destreza para prestação de socorros imediatos (The Canadian Triage and Acuity Scale, 2013).

Constatei que a triagem canadiana é muito bem executada naquele contexto de estágio, com pessoal altamente treinado para as diferenças entre o adulto e a criança, com a noção presente que a saúde da criança pode deteriorar-se com muita rapidez. Pude realizar mais de cinquenta triagens no decorrer do meu estágio.

Realizei um turno em OBS. Aqui estive perante o que habitualmente faço no meu contexto profissional. Utilizei o método científico, utilizando a parceria de cuidados com a criança e família (que aprofundarei mais à frente neste relatório), realizei intervenções de enfermagem e interdependentes e realizei ensinamentos sempre que necessário.

- ✓ **Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;**

Objetivos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre a prestação de cuidados ao recém-nascido/criança/família em situações complexas nos diferentes contextos de estágio, utilizando uma metodologia científica de trabalho;
- ✓ Aprofundar competências em suporte avançado de vida pediátrico;
- ✓ Aprofundar competências na assistência ao RN em estado crítico;

Atividades:

- ✓ Assisti a crianças/adolescentes em situação de emergência;
- ✓ Assisti ao RN internado em cuidados intensivos Neonatais;
- ✓ Assisti ao RN de extremo baixo peso;
- ✓ Lidei com a morte eminente de um RN e apoiei a família;

Reflexão:

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve ter a competência de cuidar “da criança/jovem e família em situações de especial complexidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010), sabendo agir neste contexto dando uso aos recursos existentes. Deve ter habilidade para lidar com o doente em situação instável, reconhecendo o risco de morte, adequando os cuidados necessários, sem descurar o controlo da dor, o apoio à família e o suporte em situações de doença crónica ou incapacidade. Deve agir rapidamente e em conformidade em situações críticas e ter competências em comunicação de forma a dizer a verdade sem tirar a esperança, apoiando e orientando na adaptação da criança/jovem e família e conhecendo os recursos da comunidade existentes (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No contexto de estágio de urgência deparei-me com uma criança de 5 anos, que nos chegou transportada por viatura do Instituto Nacional de Emergência Médica

(INEM). Tinha iniciado um quadro de convulsões numa festa de aniversário e perdido a consciência. Vinha sedada e intubada. Tive a oportunidade de observar a atuação da equipa da urgência que acionou o protocolo de atuação em sala de emergência. O EESIP de imediato se assumiu como o líder da equipa dentro da sala de emergência. Pude participar na estabilização hemodinâmica da criança, na sua monitorização e avaliação do estado de consciência, numa situação de grande stress para todos, mas no entanto, sem toldar a nossa visão e conhecimento. Constatei que a informação do estado da criança é fornecida aos pais pelo médico responsável. Questionei mais tarde a minha tutora o porquê do enfermeiro não fazer o acompanhamento dos pais no exterior da sala de emergência, sendo este tão dotado de competências em comunicação. Foi-me respondido que é o que está preconizado a nível institucional, no entanto, cabe ao enfermeiro especialista em saúde infantil permitir o acompanhamento da criança pela família, cumprindo desta forma o direito de acompanhamento preconizado na lei. Após a estabilização da criança, fiz o seu acompanhamento na realização de exames complementares de diagnóstico e colaborei no processo de transferência para os cuidados intensivos.

No mesmo dia, tive uma segunda situação de emergência. Uma criança de 11 anos, em estado de mal epilético. Mais uma vez colaborei na admissão da criança na sala de emergência e sua estabilização hemodinâmica. Constatei que era uma criança com doença crónica, que conhecia do meu contexto profissional. Dada a minha relação de confiança com os pais, estabeleci com a equipa que seria eu a chamar os pais para a acompanharem na sala de emergência, após a sua estabilização. Acompanhei igualmente a criança na realização de exames complementares de diagnóstico e na transferência para a sala de OBS.

No contexto de neonatologia prestei cuidados a um prematuro de 26 semanas, de extremo baixo peso (920 gr), ventilado, com cateter umbilical para perfusões e monitorização de pressões arteriais invasivas, o qual manipulei com técnica asséptica, fazendo a identificação das vias.

Administrei terapêutica e otimizei a incubadora com humidade. Promovi o seu conforto, com o mínimo de manipulação, dada a sua instabilidade hemodinâmica.

A parentalidade, segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®, versão 2015) é uma ação de tomar conta com as características específicas: *“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados”*. O contexto de Neonatologia é um local extremamente complexo para o desenvolvimento da parentalidade. O nascimento de um bebé prematuro é um rude golpe nas expectativas dos pais. O parto antes do tempo, a hospitalização que se impõe, a mudança de rotinas e o quebrar de expectativas trazem sentimentos de ansiedade e medo. O ambiente hospitalar e a separação de pais e RN colocam à prova o estabelecimento de vínculos e a consecução do poder parental (Fernandes *et al*, 2015). É um momento de crise, de incerteza. Os pais confrontam-se com muitas dúvidas, sobre o desenrolar do internamento, sobre a evolução suposta do RN, se ficará com problemas de saúde subsequentes ou até se o RN sobreviverá. O apoio do enfermeiro é essencial, especialmente no primeiro impacto na unidade, daí a importância de um acolhimento eficaz aos pais e ao RN. No contexto onde estagiei, o RN é acolhido primeiro e estabilizado, antes que os pais o possam visitar. A mãe cumpre também algumas horas de recuperação pós parto, antes da primeira visita ao RN. Na primeira visita ao RN, são instruídos sobre as normas de prevenção da infeção e os horários do serviço. De seguida são encaminhados para a incubadora, é-lhes feita uma descrição dos equipamentos e o que significam e esclarecidas as dúvidas iniciais. O toque ao RN é permitido, e, quando possível, a colaboração nos procedimentos. Os ensinamentos sobre amamentação são iniciados logo que a mãe se mostre disponível. A parceria de cuidados é preconizada nesta unidade. Segundo Anne Casey, a envolvimento dos pais nos cuidados aos seus filhos minimiza os efeitos adversos provocados por um internamento hospitalar, bem como favorece a formação do vínculo família/RN, permitindo uma diminuição da ansiedade parental, uma maior confiança na sua capacidade de prestar cuidados ao filho e uma relação de confiança entre enfermeiros e família. (Casey, A., 1988, cit. por Casey, A. 1995). Esta parceria é negociada logo aquando a admissão do RN na unidade, estabelecendo com os pais, e de acordo com a idade gestacional da criança,

com a mama, mantendo-o seguro mas com liberdade para mover a cabeça e o uso da almofada de amamentação.

Os horários das mamadas foram a maior preocupação que encontrei no cantinho da amamentação. Expliquei, juntamente com a minha tutora, que o horário das mamadas é gerido pelo bebé, que deve ser alimentado quando tem fome – livre demanda – não se devendo impor ao bebé um regime rígido. Quando o bebé tem fome, acorda e a sua necessidade deve ser comprazida (Levy e Bertolo, 2008).

Foi-nos solicitada ajuda de uma mãe que apresentava ingurgitamento mamário. Realizamos ensinamentos sobre estratégias para diminuir e impedir o ingurgitamento das mamas, como realizar massagem e extração manual, aplicação de calor ou frio e assegurar o esvaziamento adequado da mama com uma técnica correta de aleitamento (Levy e Bertolo, 2008).

Considero que as atividades que realizei no decurso do estágio permitiram que adquirisse competências no âmbito de prestação de cuidados em situações complexas.

Competência:

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

Objetivos específicos:

- ✓ Refletir criticamente sobre os focos da prática sensíveis aos cuidados de Enfermagem prestados em todos os contextos de estágio e respetivos diagnósticos e intervenções;

Na área de Saúde escolar, o foco é a responsabilização e fornecer conhecimentos e ferramentas às crianças e jovens para uma decisão informada em termos de saúde (Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2015).

As Enfermeiras Especialistas nesta área são o elo de ligação entre os vários elementos de uma equipa multidisciplinar que abrange toda a comunidade. Constatei com orgulho que é à enfermeira especialista que recorrem médicos, professores, educadores, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas e é esta que faz a ponte entre todos, mobilizando a equipa de forma a atender às diferentes necessidades de crianças e cuidadores.

Após esta reflexão, posso concluir que as atividades que desenvolvi me permitiram demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional.

Competências:

- ✓ **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;**
- ✓ **Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;**

Objetivos específicos:

- ✓ **Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde;**

Atividades:

- ✓ **Realizei duas Ações de Formação numa instituição de acolhimento à criança subordinada ao tema “Suporte Básico de Vida Pediátrico”;**

- ✓ Sensibilizei as cuidadoras de uma instituição de acolhimento à criança para as características do lactente e da criança, as diferenças entre o suporte básico de vida de adulto e o pediátrico e a importância de um socorro rápido e adequado;
- ✓ Realizei um cartaz com o tema “Desobstrução da Via Aérea na Criança”, que foi afixado nos diferentes módulos de uma instituição de acolhimento à criança;
- ✓ Realizei um cartaz com o tema “Suporte Básico de Vida Pediátrico”, que foi afixado nos diferentes módulos de uma instituição de acolhimento à criança;

Reflexão:

O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica centra os seus cuidados na criança e na sua família, desde o nascimento até aos 18 anos de idade, podendo inclusivamente, no caso de doenças crónicas esta idade se estender até aos 21 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Deve conhecer o desenvolvimento da criança para nutrir as suas necessidades tendo em conta o estadió em que se encontram, prestando cuidados de perito.

As suas áreas de atuação não se limitam à criança mas também à sua família. Deve promover o bem-estar da criança, detetando situações de perigo para a sua qualidade de vida, exigindo de acordo com o seu estadió de desenvolvimento a responsabilidade correspondente.

É fulcral que entenda e avalie a família percebendo as suas necessidades e dúvidas, para que as possa orientar quer para o apoio da criança na saúde, como no de doença aguda ou crónica.

No contexto de cuidados de saúde primários, a EESIP faz parte da Equipa Local de Intervenção e do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. É também responsável por uma instituição de apoio à criança em risco, sediada na área da UCC e onde realiza o levantamento das crianças institucionalizadas, a sua inscrição nas USF, executa o seu plano nacional de vacinação e é também responsável pela educação para a saúde no local.

Competências:

- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- ✓ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

Objetivos específicos:

- ✓ Aprofundar competências no processo de comunicação com a criança e sua família nos diferentes contextos;

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Utilizei estratégias comunicacionais adequadas ao nível de desenvolvimento do RN/criança/adolescente e família;
- ✓ Fiz pesquisa sobre tipos de comunicação verbal e não-verbal;
- ✓ Promovi a adaptação de uma mãe egípcia à cultura portuguesa, em contexto de estágio da UCC;

Reflexão:

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica necessita ter competências aprofundadas em comunicação, quer com a criança, sabendo adequá-la ao seu estadio de desenvolvimento, quer com a família. É importante sabermos as características das crianças em cada estadio de desenvolvimento quando comunicamos com elas, saber quais as suas competências em cada fase

diferenças da sua cultura e da sua religião, de onde destaco: não amamenta o bebé em público, retirando leite antes das sessões de parentalidade ou massagem para administrar por biberão ao bebé e nunca expõe os genitais da criança, ao contrário das outras mães. Consegui estabelecer uma relação empática com esta utente e demonstrar sensibilidade cultural; considero que o meu esforço em integrá-la nas atividades promovidas pela UCC levou a que ela tivesse uma participação mais ativa, que resultou em ganhos para a saúde.

Em todos os contextos de estágio, assumi espírito de iniciativa, fui acolhedora, simpática, disponível e assertiva. Estabeleci uma relação de ajuda e prestei cuidados humanizados e holísticos. Assegurei o sigilo e a privacidade, sendo empática. Posso concluir que aprofundei as minhas competências em comunicação.

3.2. Domínio da Formação

A evolução do Enfermeiro depende do investimento que este realiza no aumento dos seus conhecimentos na área de enfermagem e o seu desenvolvimento pessoal. De forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, o enfermeiro deve manter-se em constante atualização, aumentando os seus conhecimentos, sustentados na evidência científica mais recente.

Competência adquirida:

- ✓ **Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;**

Objetivo específico:

- ✓ Utilizar fontes fidedignas de conhecimento científico na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica;

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Consultei manuais de procedimentos existentes nos serviços;
- ✓ Realizei pesquisa bibliográfica de modo sistemático em fontes fidedignas e recentes;
- ✓ Aprofundei conhecimentos sobre os projetos existentes em Portugal na área de saúde infantil;
- ✓ Assisti ao 12º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem, promovido pela Universidade Católica Portuguesa, que decorreu nos dias 3 e 4 de Maio de 2018.

Reflexão:

O meu percurso pelos contextos de estágio trouxe-me uma panóplia significativa de novas experiências e novos conhecimentos, que vieram acrescentar ao que fui aprendendo no meu percurso profissional. Todas estas experiências permitiram-me a aquisição de saberes diferenciados, na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Os ganhos que tive no contacto com outros contextos e realidades enriqueceram-me pessoalmente e profissionalmente. Para isso contribuíram as atividades descritas anteriormente, que pude gerir de acordo com as minhas necessidades de formação, de forma crítica e reflexiva, de forma a potenciar a minha aprendizagem. Destaco a pesquisa em triagem canadiana, em farmacologia mais usada em neonatologia, em programas sobre saúde infantil e juvenil, entre outros.

Tive a oportunidade de assistir ao 12º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem, que foi muito rico em apresentações de trabalhos de investigação.

Fiquei a saber o que se está a realizar de mais recente em investigação, com um especial interesse na área de pediatria.

A aprendizagem de normas e protocolos de serviços, bem como a sistemática procura da evidência científica mais recente alteraram a minha forma de prestar cuidados e deram-me ferramentas para os melhorar.

Competências adquiridas:

- ✓ Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- ✓ Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- ✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- ✓ Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;

Objetivos específicos:

- ✓ Desenvolver competências no âmbito de formação a pares;

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Identifiquei necessidades formativas em todos os contextos;
- ✓ Realizei pesquisa bibliográfica sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico;
- ✓ Realizei uma Ação de Formação no meu contexto de estágio UCC subordinada ao tema “Suporte Básico de Vida Pediátrico”;
- ✓ Sensibilizei os profissionais de saúde para as características do lactente e da criança e o seu impacto no suporte básico de vida pediátrico;

Durante toda a duração do estágio tentei promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como o dos meus pares, analisando com eles os contextos da prática, comparando os cuidados prestados com as perspectivas teóricas estudadas no meu percurso teórico. Partilhei experiências e opiniões, quer pela aprendizagem no curso de Mestrado, quer pela minha experiência profissional, sempre fundamentadas pela bibliografia mais recente na área.

3.3. Domínio da Investigação

A Investigação em Enfermagem representa um papel relevante no desenvolvimento e na consolidação de novos conhecimentos, que vão levar à mudança de mentalidades e até de paradigmas na prestação de cuidados.

Os profissionais de Enfermagem têm desenvolvido uma panóplia de estudos no sentido da procura de resposta sobre as necessidades da população para ultrapassarem os momentos de transição de uma forma saudável. As mudanças na vida da pessoa, quer em situações de doença, quer em situações de saúde, implicam uma transição. O ambiente, o estado de saúde e o coping da pessoa exercem grande influência sobre a forma como é vivenciada esta mudança.

Segundo Meleis (2000), a ajuda do enfermeiro é preciosa na procura de estratégias que permitam uma transição saudável, sendo a educação para a saúde essencial para que a pessoa encontre estratégias de resolução dos problemas vivenciados.

É de suma importância que um enfermeiro especialista saiba, de forma científica, identificar, avaliar e aplicar a melhor e mais recente evidência disponível, na sua prestação de cuidados.

É a investigação que promove a qualidade dos cuidados.

Competências:

- ✓ **Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP**
- ✓ **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;**

Objetivos Específicos:

- ✓ Aprofundar competências na área da investigação;
- ✓ Demonstrar conhecimentos apoiados na investigação na área de Saúde Infantil e Pediátrica;
- ✓ Identificar, avaliar e aplicar a evidência mais recente na prestação de cuidados especializados;
- ✓ Incorporar resultados da investigação em controlo da dor na prática de cuidados de Enfermagem;
- ✓ Desenvolver competências no âmbito do controlo e gestão da dor;

Atividades:

- ✓ Realizei pesquisa bibliográfica na área da EESIP;
- ✓ Refleti sobre os resultados da investigação e a sua aplicabilidade;
- ✓ Incorporei na prática resultados de investigação válidos;
- ✓ Conheci os procedimentos em controlo da dor em todos os contextos de estágio;
- ✓ Fiz pesquisa bibliográfica sobre controlo da dor em crianças e RN;
- ✓ Avaliei a dor e intervi quando necessário o seu controle, usando medidas farmacológicas e não farmacológicas;

- ✓ **Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;**

Objetivos específicos:

- ✓ Conhecer a equipe multidisciplinar, a dinâmica organizacional do serviço e a metodologia de trabalho;
- ✓ Conhecer as estratégias de gestão e recursos do serviço;
- ✓ Conhecer e utilizar o sistema de registo de enfermagem em uso nas diferentes áreas de atuação;

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Prestei cuidados nos diferentes contextos da prática em saúde infantil e pediátrica, utilizando diferentes métodos de trabalho;
- ✓ Realizei registos de enfermagem em sistema próprio, utilizando linguagem CIPE;

Reflexão:

A gestão dos cuidados em enfermagem está intimamente ligado à assistência. O enfermeiro trabalha com o cuidado ao doente em mente, em satisfazer as suas necessidades. Esta gestão ocorre quer na distribuição dos recursos humanos, quer na avaliação de materiais necessários aos cuidados. (Mororó, D. et al, 2017). Dependendo do tipo de serviço, surgem métodos de trabalho diferentes. O método de trabalho é uma organização da equipa de enfermagem de forma a dar resposta ao tipo de atividades desempenhadas, tendo em conta o tempo e os recursos disponíveis para o efeito (Marquis e Huston, 2010).

Nos diferentes contextos de estágio, pude trabalhar com o método em equipa, em que os enfermeiros atendem os utentes em atendimento nas diferentes áreas, estabelecendo prioridades e definindo com a equipa o seu atendimento individual mediante as suas necessidades (Kron e Gray, 1989, cit. por Costa, J., 2004); e com o método individual, em que o enfermeiro assume a responsabilidade de um

ou mais doentes e atende a todas as necessidades de cuidado, bem como avalia a eficácia das intervenções instituída, envolvendo a família (Nelas, J., 2013).

No contexto de urgência, encontrei o método de equipa. Pude acompanhar a minha tutora na gestão dos recursos humanos, na sua distribuição pelas diferentes áreas de atuação e na gestão de recursos físicos e materiais, assegurando-se que nada faltava no serviço e verificando se a sala de emergência tinha os stocks adequados de material. Naquele contexto, este método pareceu-me o mais adequado, devido à grande afluência dos doentes e ao pouco tempo de presença no serviço. Na distribuição dos enfermeiros por áreas era considerada a experiência profissional do enfermeiro e as suas preferências pessoais, quando possível. Pude constatar uma grande entreajuda entre a equipa, maximizando os cuidados à criança e família. No entanto, por vezes havia a tendência de realizarem o trabalho por tarefa, especialmente em situações de maior afluência. Cabe ao EESIP como coordenador estar atento às necessidades da criança e família mas também dos outros enfermeiros, assegurar-se que nada falte no serviço e gerir possíveis conflitos que possam surgir.

No contexto de Neonatologia, o método de trabalho utilizado para a prestação de cuidados é o método individual. Os RN são distribuídos pelo número de enfermeiros no turno e este fica responsável pela prestação de todos os seus cuidados. Esta individualização permite que o enfermeiro conheça melhor o doente e constatei que o relacionamento com a família é de maior confiança e há uma melhor negociação na parceria de cuidados. O enfermeiro *“exerce a gestão do cuidado em enfermagem, com foco na assistência integral e humanizada, centrada nas necessidades do usuário”* (Mororó, D. et al, 2017).

Constatei ser o caminho mais adequado no estabelecimento de uma relação terapêutica com o RN e família.

Na UCC o método de trabalho é também individual. Cada enfermeiro especialista tem as suas áreas de intervenção. Na área da saúde infantil, fica responsável pela Saúde Escolar, Equipe Local de Intervenção, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Educação para a Saúde em Parentalidade. Aqui constatei que

o EESIP tem uma grande autonomia na gestão de cuidados e na articulação com a comunidade. Pude acompanhar a minha tutora na organização das sessões de educação para a saúde, eventos e visitas a instituições. Em cada área, o EESIP faz também a gestão de recursos materiais, em articulação com o enfermeiro chefe/coordenador.

Na minha passagem pela USF constatei que as consultas de vigilância infantil e juvenil são realizadas com uma díade Médico e Enfermeiro de Família (que no meu contexto de estágio era Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica), cabendo a esta última a educação para a saúde, para além da avaliação do desenvolvimento e vacinação.

Também nos registos clínicos, encontrei grandes diferenças entre os diversos contextos de estágio. No contexto de urgência, é usado um sistema próprio da instituição, em conjunto com o Sclínico®, que é mais utilizado para realizar transferência de doentes para o internamento ou em contexto de sala de observação. Nos contextos de Neonatologia e cuidados primários, é utilizado o Sclínico®, sendo que cada local tem o seu leque de intervenções estandardizadas, consoante o tipo de utentes atendidos. Todos os sistemas utilizam linguagem CIPE ®. Em todos fiz registos autonomamente, elaborando planos de cuidados, admissões, transferências e altas. Fiz avaliações iniciais e, em contexto de cuidados primários, fiz registos de sessões para a educação, de vacinação e registo do desenvolvimento infantil segundo a escala de Mary Sheridan modificada (Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2012).

O contacto com os diferentes métodos de trabalho e o acompanhamento da EESIP nos diferentes contextos de estágio permitiu-me a aquisição de competências na área de gestão de cuidados.

Competências:

- ✓ **Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;**
- ✓ **Colaborar na integração de novos profissionais.**

- ✓ **Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;**
- ✓ **Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;**

Objetivos específicos:

- ✓ Observar e participar no processo de gestão dos recursos materiais, humanos e dos cuidados nos contextos de estágio.
- ✓ Realizar supervisão clínica;

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Identifiquei e refleti, de forma crítica, sobre o papel do EESIP no domínio da gestão de cuidados, recursos materiais e recursos humanos.
- ✓ Apoiei a minha tutora no acompanhamento de alunos de enfermagem e enfermeiros com pouca experiência;

Reflexão:

Um enfermeiro especialista deve ter competências para dar resposta a todas as especificidades da sua área da especialidade e assegurar-se que a equipe que integra preste cuidados de excelência. Deve igualmente ser autónomo na gestão dos cuidados que lhe competem, fazendo a ligação entre o utente e a equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No contexto de urgência pediátrica, compreendi que a chefe de equipa, a EESIP com mais antiguidade no turno, tem como funções distintas a coordenação dos cuidados, a distribuição de tarefas, a otimização dos recursos materiais e a gestão de conflitos. No domínio de gestão de cuidados acompanhei a minha tutora na gestão da sala de emergência, assegurando que os equipamentos estavam funcionais e o material era adequado. Pude constatar como eram feitos os pedidos de material e medicação e participei na mediação de conflitos. Pude também acompanhar a orientação de alunos e a integração de enfermeiros menos experientes. Na gestão de recursos humanos, compreendi como é

elaborado o plano de trabalho, de acordo com as características de cada enfermeiro e tendo em conta a complexidade dos utentes. Após reflexão crítica, constato que liderar uma equipa de enfermagem, exercendo supervisão clínica, envolve o estabelecer de padrões de qualidade, assegurando que os códigos de conduta e os protocolos são seguidos, incentivando a aquisição de competências pessoais e profissionais e apoiando a equipa, fornecendo suporte e aconselhamento profissional (Butterworth e Faugier, 1994, cit. por Garrido, 2004).

No contexto de Neonatologia, é função da EESIP assegurar a gestão de equipamentos e material, promover as boas práticas e gerir a parceria de cuidados, tendo em conta as necessidades do RN e família. É também responsável pela elaboração do plano de trabalho, distribuindo o número de RN internados pelos enfermeiros do turno, de acordo com o grau de complexidade dos cuidados. Tem um papel muito ativo na preparação da alta de enfermagem, assegurando a articulação com outras instituições de saúde e com a equipa multidisciplinar.

No contexto de cuidados primários, tive a oportunidade mais uma vez de acompanhar a minha tutora na orientação a alunos da licenciatura, na elaboração de sessões de educação para a saúde (com o tema de cuidados com o sol), que foi apresentada numa feira de proteção civil da cidade onde se insere a UCC, a alunos do pré-escolar. Compreendi que a EESIP possui uma grande autonomia na gestão dos cuidados, dos recursos materiais e de tempo. É esta quem planeia a articulação dos cuidados com outras instituições é o elo de ligação entre o utente e os demais profissionais de saúde.

Posso aferir que as aprendizagens nos diversos contextos de estágio contribuíram para aprofundar as competências em gestão de cuidados já adquiridas pela minha experiência profissional.

4. Conclusão

Um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve ser capaz de reagir adequadamente a diversas situações. Lidar com crianças implica uma necessidade de dominar várias vertentes da comunicação. Lidar com a família implica demonstrar empatia, saber escutar e gerir as emoções. O EESIP deve ser capaz de partilhar o seu cuidado com a família, negociando, informando e capacitando.

Depois de 17 anos a trabalhar em contexto de internamento em pediatria, a mudança foi um grande desafio. A alteração de papéis (de profissional, chefe de equipa) para o de estudante foi um exercício interessante e importante para manter os pés assentes na terra e compreender que estava naqueles contextos para procurar conhecimento.

Este relatório é a reflexão sobre o meu trabalho durante o estágio final, mas também durante todo o curso de Mestrado. As experiências e desafios que me foram colocados levaram-me a procurar saber mais nesta área e a compreender as ferramentas que existem para me tornar uma melhor profissional. A Saúde Infantil e Pediátrica é para mim, sem qualquer dúvida, a área que me gratifica e me leva a querer evoluir.

Tentei garantir a qualidade dos cuidados especializados, cumprindo o preconizado na Carreira de Enfermagem, os Princípios Éticos e Deontológicos e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, tendo uma postura de respeito para com as diferenças étnicas, culturais, raciais e sociais, bem como pela hierarquia e pelo sigilo profissional.

Este percurso tornou-se sem dúvida uma melhor profissional e pessoa. Foi fundamental para o desenvolvimento de saberes científicos e práticos que me permitirão maior qualidade e humanização na prestação de cuidados.

Após esta reflexão penso ter desenvolvido as competências esperadas neste

curso de mestrado nos domínios da Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação.

Reconheço porém que para haver evolução é necessário continuar um percurso de procura científica e de usar a investigação na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Considero ter cumprido os objetivos definidos para os diferentes contextos de estágio e espero tê-lo demonstrado na elaboração deste relatório.

5. Bibliografia

Alvarado, L., Guarín, L., & Cañón-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista Cuidarte*, 2(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.57>

Alves Leite Leal, J., & Meira de Melo, C. M. (2018). Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 441–452. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>

Andrade, E.S., Ferraz Q. F., Antão Marques, D.K., Rufino de Lucena, A, Costa, N., Lopes Costa, M. M. (2015). Comunicação Terapêutica: Instrumento Básico do cuidado em crianças no hospital. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(11)(11), 9784–9792. <https://doi.org/10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201519>

APSI. (2011). Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012-2016: *Conhecer os riscos, Criar ambientes seguros, Minimizar os acidentes*, 1-78. Consultado em http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf

ARS Norte. (2009). Programa Alimentação Saudável nas Escolas. *Pontos nos iis: Diversificação Alimentar*. 1–2. Consultado em http://www.passe.com.pt/public/upload/pdf/pontosnosii/diversificacao_alimentar.pdf

Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2003). Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Consultado em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/5083>

Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(4), 144–151. Consultado em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4676>

Benner, P. (1984). Benner's stages of clinical competence. Consultado em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Benner'+s+Stages+of+Clinical+Competence#0>

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 1–4. Consultado em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf

Canadian Association of Emergency. (2012). The Canadian Triage and Acuity Scale: *Combined Adult/Paediatric Educational Program participant's manual Triage Training Resources*. Consultado em: http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf

Catarina, R., Pós, S., Guanambi, F. (2017). Contribuições do Método Canguru na Recuperação de Neonatos de Baixo peso. Consultado em <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/download/6176/2349>

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos*. 234-251 Consultado em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Costa Souto, D., Elisa Jager, M., Pereira, A. S., & Garcia Dias, A. C. (2014). Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura

nacional. *Ciência & Saúde*, 7(1), 35-46. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2014.1.14519>

Crocetti, M., Moghbeli, N., & Serwint, J. (2001). Fever Phobia Revisited: Have Parental Misconceptions About Fever Changed in 20 Years? *Pediatrics*, 107(6), 1241–1246. <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1241>

Cruz, M. A. B., & Ducharne. (2006). Intervenção na parentalidade, formação de pais, 13. ISSN: 1138-1163

Desai, P. P., & Pandya, S. V. (2013). Communicating with children in healthcare settings. *Indian Journal of Pediatrics*, 80(12), 1028–1033. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-0969-z>

Deslandes, S.F., Alves, C.A. & Mitre, R. M. de A. (2011). A gestão do processo de trabalho da enfermagem. *Interface (Botucatu. Impresso)*, 15, 351–361. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000008>

Diário da República. (2009). Decreto-Lei n.º 281/2009, 7298–7301. Consultado em <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de...precoce.../decreto-lei-n-2812009-pdf.aspx>

Diário da República, 2.ª série. N.º 153. (2014). Despacho n.º 10319/2014. Consultado em https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., De Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 13. 43-41. Consultado em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200006&lng=pt&tlng=pt.

Direção Geral de Saúde. (2004). Orientações Técnicas. *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica – Volume I*. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral de Saúde. (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral de Saúde. (2008). Orientações Técnicas. *Maus tratos em Crianças e Jovens*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral De Saúde. (2010). Avaliação Da Dor Nas Crianças. *Orientações Técnicas Sobre a Avaliação Da Dor Nas Crianças*. 014/2010, 1–10. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral Da Saúde. (2011). Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. 7–10. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Fernandes, N.G.V., & Silva, E.M.B. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 107-115. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14032>

Finkelstein, J. A., Christiansen, C. L., & Platt, R. (2000). Fever in Pediatric Primary Care. *Pediatrics* (105). 260-266. Consultado em http://pediatrics.aappublications.org/content/105/Supplement_2/260..info

Fonseca, J., Maria, T., Moreira, M. (2004). Integrando a família no cuidado de seus bebês: ensinando a aplicação da massagem Shantala, (1), 35-39. <https://doi:10.4025/actascihealthsci.v26i1609>

Garrido, A. F. S. (2004). *A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros* (Dissertação de Mestrado em Supervisão). Universidade de Aveiro. Consultado em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf>

Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. *XXIV*(3), 99–102. Consultado em: <http://nidcap.org>

Hockenberry, M. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 9a Ed., Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. ISBN: 9788535268225

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico: *versão 3.0*. Consultado em www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-Básico-de-Vida-Pediátrico.pdf

International Council of Nurses. (2015). ICNP® Definition. Consultado em: <http://www.icn.ch/what-we-do/definition-a-elements-of-icnpr/>

Jaramillo S., Osorio G., Salazar B. (2018) Quality of Nursing Care: Perception of Parents of Newborns Hospitalized in Neonatal Units. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 36(1), 83-94. <https://doi:10.17533/udea.iee.v36n1e08>

Jorge, A.M. (2009). *Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 9728383797

Kolcaba, K., Dimarco, M. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. (31)3. 187-194. Consultado em <https://www.researchgate.net/publication/7686145> Comfort Theory and its application to pediatric nursing

Lambert, V., Long, T., & Kelleher, D. (2012). *Communication skills for children's Nurses*. Glasgow: McGraw Hill. ISBN: 9780335242863

Leite, T., Vergílio M., Silva, E. (2017). Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. *Rev Rene*. 18(1):26-34. <https://doi:10.15253/2175-6783.2017000100005>

Levy, L., & Bértolo, H. (2008). Manual de Aleitamento Materno. *Comité Português para a UNICEF*. 1–43. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Lopez, C. P.; Silva, R. G. (2012). Métodos de alimentação alternativos para recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria. Sociedade de Pediatria de São Paulo*, 30(2). 278-282. Consultado em: <http://hdl.handle.net/11449/29041>.

Marquis, B., & Houston, C. (2010). Administração e Liderança em Enfermagem (6ª ed.). S. Paulo. Artmed. ISBN: 9788536323299

Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 37–44. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>

Meleis, A. I., Sawyer, L., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mena, P., Milad, M., Vernal, P., & Escalante, M. J. (2016). Nutricion intrahospitalaria del prematuro. Recomendaciones de la Rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(4), 305–321. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.03.007>

Mendes, J., Silva, L.J. (2013). Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida. Lisboa. Consultado em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Cuidados_paliativos.pdf

Mororó, S., Enders, B. C., Lira, A., Silva, C., Menezes, R., Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

Muiños, S. C., Briceño, V. S., González, G. C., Medrano, E. Y., Carrocera, L. F., Martínez, P. I. B., & Kassian, E. C. (2015). Citrato de cafeína: ¿por qué usarlo en

los recién nacidos? *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(3), 106–112.
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.12.004>

Nelas, J. C. (2013). Gestão de Recursos Humanos na Saúde - Contributos para o dimensionamento de equipas de enfermagem em Pediatria (Dissertação de Mestrado), 1–98. Consultado em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23205/1/Jos%C3%A9%20Carlos%20Nelas%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%5BMGES%5D-%5B2013%5D.pdf>

Nyqvist, Kerstin H., & Ewald, Uwe. (2006). Avaliação eletromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo. *Jornal de Pediatria*, 82(2), 85-86.
<https://dx.doi.org/10.2223/JPED.1452>

Oliveira, A., Carreiro, E., Casanova, C., Monteiro, V., Ferreira, N., Meireles, C., Fernandes, A. P. (2006). Acidentes e Intoxicações: Estudo numa população do Norte de Portugal. *Nascer e Crescer*, 15(1), 13–18. ISSN: 0872-0754

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guias Orientadores de Boa Prática. Cadernos OE – Volume I, 1.* Lisboa. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo Desenvolvimento Profissional (MDP) – *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem.* Lisboa. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos Da OE - Volume I, 2(3).* Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos Da OE - Volume I, 3(3)*. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos Da OE - Volume I, 1(3)*. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados. Lisboa. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica. *Preparação do regresso a casa*. Lisboa. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE - Volume 1*. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Papalia, D., Duskin, R., Olds, S. (2001). O Mundo da Criança. 8ª Ed. Mc Graw-Hill. ISBN: 9789727730698

Reid-Searl, K., Quinney, L., Dwyer, T., Vieth, L., Nancarrow, L., & Walker, B. (2017). Puppets in an acute paediatric unit: Nurse's experiences. *Collegian*, 24(5), 441–447. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.09.005>

Riley, J. (2004). Comunicação em Enfermagem. 4ªed. Lusociência. Loures. ISBN: 9728383819

Secção de neonatologia (2014). Sociedade Portuguesa de Pediatria – Consensos Nacionais em Neonatologia. Coimbra. Consultado em <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensuses/>

Silva, A.I., Aguiar, H.G.. (2011). Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida. *Acta Med Port.* 24(s4): 1035-1040. Consultado em: <http://www.actamedicaportuguesa.com>

Silva, A. C. de M. G. da, Alencar, K. P. C., Rodrigues, L. C. B., & Perillo, V. C. de A. (2009). A alimentação do prematuro por meio do copo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 14(3), 387–393. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342009000300016>

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children & Young People*. 25(2), 24-28. <https://doi:10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>

Stelmak, A. P., de Azevedo Mazza, V., & de Souza Freire, M. H. (2017). The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the canguru method. *Journal Of Nursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE*, 11(9), 3376-3385. <https://doi:10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201708>

Universidade Católica Portuguesa. (2017). Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. *Instituto de Ciências da Saúde, Centro Regional do Porto*. Consultado em <http://www.porto.ucp.pt/>

Vasconcelos, A., Cardoso, B. M., Barros, M., Almeida, H. (2011). Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica, 8–11. Consultado em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4148>

Vilelas, D., Rodrigues, A. (2016). Os Medos Das Crianças Em Contexto De Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20, 26–47. Consultado em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf

Vilelas, J. M., Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60. Consultado em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf

Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, a, Bundy, R., & Greathead, D. (2006). Negotiation of care for a hospitalised child: parental perspectives. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 9(2), 4.
ISSN: 1441-6638

Apêndices

Apêndice I

Ação de Educação para a Saúde – Suporte Básico de Vida



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde:

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Elaborado Por:
Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira

Abril/Maio 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

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

Docente orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Abril/Maio 2018

INTRODUÇÃO:

A Ação de Educação para a Saúde “Suporte Básico de Vida Pediátrico” surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, decorrente no contexto de estágio da UCC.

Este estágio decorre no período de 9 de Abril a 26 de Maio do corrente ano, enquadrando-se no 2º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Ação de Educação para a Saúde foi desenvolvida sob a orientação de uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e da Docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da ação de formação

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma fundamentação teórica da formação, seguida da apresentação dos objetivos; seguidamente é apresentada a metodologia, os recursos utilizados para a sessão e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Na sociedade atual, torna-se cada vez mais premente a capacitação para primeiros socorros e apoio às vítimas.

Em instituições de apoio à criança e jovem, é fundamental a capacitação dos cuidadores para uma resposta adequada em caso de emergência pediátrica.

Foi identificada a necessidade da equipe em elaborar uma formação para as funcionárias de uma instituição de apoio à criança, que lidam com crianças vinte e quatro horas por dia, sobre suporte básico de vida pediátrico.

Tendo a criança diferenças anátomo-fisiológicas que as diferenciam dos adultos na etiologia da paragem cardiorrespiratória, os procedimentos a adotar em situação de emergência são diferentes, sendo importante que quem lida habitualmente com crianças tenha essa perceção e seja capacitado para agir em conformidade.

As manobras de suporte de vida devem ser mais suaves, pois as estruturas anatómicas das crianças são extremamente frágeis e mais propensas a traumatismos.

Habitualmente a causa de paragem na criança inicia-se pela via aérea e respiração, sendo as obstruções da via aérea bastante comuns pelo menor diâmetro da mesma e pela língua maior que nos adultos.

O metabolismo na criança, diferente dos adultos, leva a frequências respiratórias e cardíacas mais elevadas. A capacidade compensatória na criança é mais limitada, levando ao esgotamento dos mecanismos de compensação e paragem cardiorrespiratória.

As causas cardíacas na criança, salvo doença prévia, são raras. A maior causa de paragem cardiorrespiratória na criança é a hipoxia e, por falência dos mecanismos compensatórios, a circulação fica também comprometida.

A prioridade no socorro à criança é a via aérea e a oxigenação e a ativação

precoce do circuito de emergência.

É de suma importância que o enfermeiro, usando o seu papel de educador para a saúde, capacite a comunidade para a prevenção e a atuação na área de emergência. Neste caso, a capacitação das cuidadoras da Casa do Caminho poderá trazer dividendos na prevenção da asfixia e minimização de sequelas em caso de paragem cardiorrespiratória na criança.

OBJETIVOS DA SESSÃO:

Defini como objetivos gerais para as sessões de formação sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico na instituição de apoio à criança:

- Capacitar as cuidadoras para o reconhecimento precoce de situações que possam comprometer a via aérea da criança;
- Capacitar as cuidadoras para a atuação rápida em caso de obstrução da via aérea;
- Capacitar as cuidadoras para fazerem suporte básico de vida pediátrico;
- Informar sobre funcionamento da rede de emergência portuguesa.

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a ação de formação os seguintes conteúdos:

- Obstrução da via aérea:
 - Conceito e diferenças entre a criança e adulto;
 - Técnicas de atuação em caso de:
 - Criança com tosse eficaz;
 - Criança com tosse ineficaz;
 - Criança inconsciente;
- Suporte Básico de Vida:
 - Importância de atuação precoce;
 - Algoritmo de reanimação em pediatria;
 - Técnicas de suporte básico de vida nas diferentes idades da criança (lactente, criança até 8 anos e criança maior).

METODOLOGIA:

Serão realizadas 2 sessões de formação, a primeira no dia 30/4 e a segunda no dia 8/5 de 2018, para grupos de cuidadoras com cerca de 14 pessoas por sessão.

Para estas sessões de formação será utilizado método expositivo e interativo. Será feita uma apresentação em power point, com demonstração prática nos modelos de suporte básico de vida (lactente e criança). Será pedida a colaboração das formandas na exemplificação de algumas técnicas (posição lateral de segurança e manobra de Heimlich).

No final as formandas serão divididas por duas bancas práticas (uma de obstrução da via aérea e outra de suporte básico de vida), onde poderão praticar e de forma a que se possa avaliar a aquisição de conhecimentos e habilidades.

A formação terá a duração de 1h30, 10 minutos para a introdução e fundamentação da sessão; 50 minutos para apresentação teórica e prática; 30 minutos para treino das e avaliação das cuidadoras.

RECURSOS:

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** Aluna do 11^º 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 a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil da UCC;
- **Recursos Físicos:** Biblioteca da Instituição;
- **Recursos materiais:** Um computador portátil; um projetor; 2 colchões; 2 modelos de simuladores de reanimação (lactente e criança); protetores faciais.
- **Recursos Financeiros:** suportados pela UCC.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Será feita avaliação escrita no início e no fim da sessão de forma a avaliar os conhecimentos que já possuíam e quais adquiriram com a sessão. As respostas são de forma anónima e voluntária.

Serão criadas duas bancas práticas, uma de atuação em caso de obstrução da via aérea e outra de suporte básico de vida, onde as cuidadoras poderão praticar, permitindo-nos avaliar a aquisição de competências práticas.

PLANIFICAÇÃO:

Formadora: Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira Aluna do 11º MESIP UCP Tema: “Suporte Básico de Vida Pediátrico” Duração: 1h30		Grupo destinatário: Funcionárias de uma Instituição de apoio à criança Local: Biblioteca da Instituição Data: 30 Abril e 8 Maio de 2018, Hora: 1ª ação – 17h30; 2ª ação 11h		
Fase	Conteúdo	Método	Recursos Didáticos	Avaliação
Introdução 10 Minutos	Apresentação da ação de formação; Referência aos conteúdos que irão ser abordados;	Expositivo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor • Computador 	
Desenvolvimento 50 Minutos	Definição de Suporte Básico de Vida Pediátrico; Diferenças entre a criança e o adulto; Algoritmo suporte básico de vida pediátrico; Manobras de desobstrução da via aérea; Como funciona a rede nacional de emergência; Demonstração prática das técnicas abordadas.	Expositivo Descritivo Interativo	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor • Computador • Modelos práticos para reanimação 	
Conclusão 30 Minutos	Treino prático das formandas nos modelos de reanimação:	Interativo	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor • Computador • Modelos práticos para reanimação 	Sumativa

	Banca de desobstrução da Via aérea/banca de SBV Avaliação da acção de formação através de questionário;			
--	--	--	--	--

CONCLUSÃO:

A educação para a saúde é uma arma poderosa para a evolução dos cuidados. Numa Instituição de Apoio à Criança é de suma importância que quem lá trabalha saiba identificar atempadamente situações de emergência e agir em conformidade.

Com esta sessão penso ir de encontro a esse objetivo, permitindo salvar vidas com o mínimo de sequelas possível.

BIBLIOGRAFIA:

- European Resuscitation Council. 2015. Recomendações 2015 para a Reanimação do European Resuscitation Council.
- Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INEM- versão 3.0 - 1ª Edição 2017

Suporte Básico de Vida



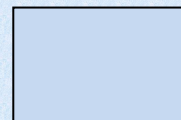
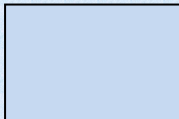
Maio 2018

Enfermeira Sílvia Gonçalves Pereira, Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa



Suporte Básico de Vida a crianças e jovens

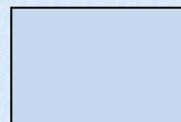
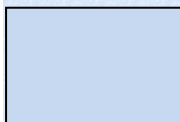
- Manobras de Desobstrução da Via Aérea
- Suporte Básico de Vida



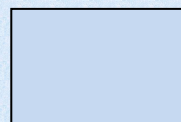
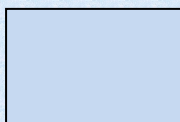
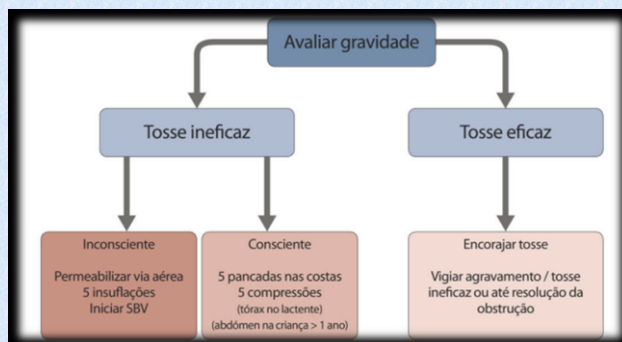


Cada minuto conta

- Chamar ajuda e iniciar suporte de vida imediato ajuda a salvar vidas.



Obstrução da Via Aérea



Desobstrução da Via aérea – corpo estranho

- **Socorro imediato:**
 - Se a criança está consciente, encorajar a tosse
 - Vigiar a situação



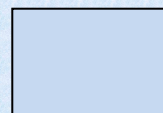
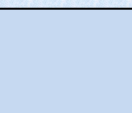
Se a criança não consegue tossir/não respira

- Não tente remover o corpo estranho da boca da criança
- Aplicar até 5 pancadas nas costas (na linha entre as omoplatas)
- Vigiar se a situação se resolveu



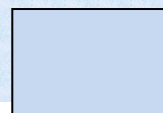
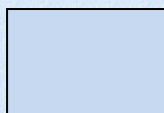
Se a criança não consegue tossir/ não respira

- Se a obstrução não foi resolvida com a aplicação das pancadas nas costas:
 - Realizar 5 compressões torácicas (nas crianças até 1 ano de idade)
 - Realizar 5 compressões abdominais (Manobra de Heimlich) em crianças com mais de 1 ano



Como realizar a Manobra de Heimlich

- Colocar-se atrás da vítima;
- Colocar os braços à volta da vítima ao nível da cintura;
- Fechar uma das mãos, em punho, e colocar a mão com o polegar encostado ao abdómen da vítima, um pouco acima do umbigo e bem afastada da ponta do esterno;
- Com a outra mão agarrar o punho da mão colocada anteriormente e, puxar com um movimento rápido e vigoroso para dentro e para cima na direcção do reanimador;
- Repetir as compressões abdominais até 5 vezes, vigiando sempre se ocorre ou não resolução da obstrução e o estado de consciência da vítima.



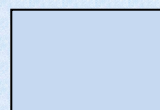
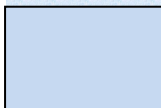


Criança Inconsciente/Obstrução total da via aérea

Sinais e Sintomas

- A criança não respira
- A criança não tosse
- A criança não fala
- Face e extremidades azuladas
- Inconsciente

O que fazer?



Suporte Básico de Vida

Aproximação segura/Verificar resposta

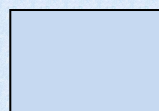
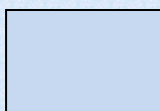
Chamar ajuda

Verificar Via Aérea/Respiração

5 Insuflações iniciais

15 compressões/ 2 insuflações durante um minuto

Chamar 112/ Retomar SBV

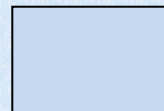
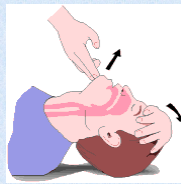




Suporte Básico de Vida

Verificar a Via Aérea

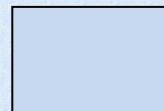
- Colocar a vítima de costas. Coloque uma mão na testa e incline a cabeça para trás;
- Levante o queixo usando os dois dedos da outra mão colocados debaixo do queixo;
- Estas duas ações combinadas permitem permeabilizar a via aérea.



Suporte Básico de Vida

Verificar a Via Aérea

- Nas crianças com idade inferior a 1 ano, não estender demasiado a cabeça, que deve ficar em posição neutra
- Se for necessário, colocar um pequeno lençol debaixo dos ombros para ajudar a alinhar a cabeça





Suporte Básico de Vida

Verificar Respiração (Durante 10 segundos)

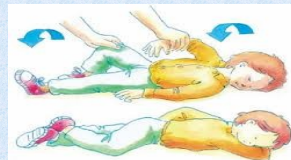
- **V**er os movimentos do peito
- **O**uvir os sons respiratórios que saem da boca e do nariz
- **S**entir a respiração na face



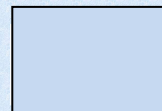
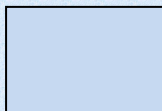
Suporte Básico de Vida

Se respira:

- Colocar em Posição Lateral de Segurança (de lado)



- Vigiar a respiração





Suporte Básico de Vida

Se não respira:

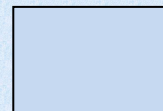
- Faça 5 insuflações
- **Inicie Suporte Básico de Vida (durante 1 minuto)**
 - 15 compressões/ 2 Insuflações
- **Ligue para o 112** (ou peça a alguém próximo de si para ligar)
- **Retome o Suporte Básico de Vida até chegar ajuda especializada**



Como Realizar as Insuflações

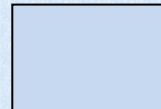
Crianças mais pequenas (até 1 ano)

- Os lábios do reanimador cobrem a boca e o nariz



Como Realizar as Insuflações

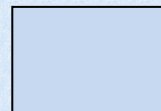
- Nas crianças maiores, a insuflação é boca a boca



Como Realizar as Compressões Torácicas

Nas crianças com menos de 1 ano:

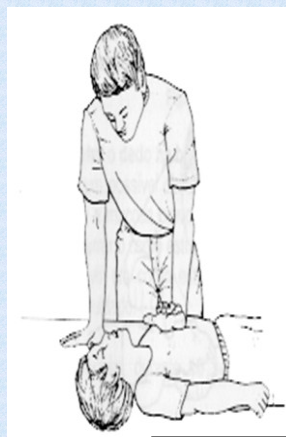
- Comprima a metade inferior do esterno com as pontas de dois dedos pelo menos 1/3 da profundidade do tórax do lactente (cerca de 4 cm).



Como Realizar as Compressões Torácicas

Crianças de mais de 1 ano e até 8 anos de idade:

- Coloque a base de uma mão sobre a metade inferior do esterno. Levante os dedos para garantir que não aplica pressão nas costelas da criança. Posicione-se verticalmente acima do tórax da vítima e, com o braço estendido, comprima o esterno deprimindo-o pelo menos $\frac{1}{3}$ da profundidade do tórax (cerca de 5 cm)



Como Realizar as Compressões Torácicas

Crianças maiores – usa-se a técnica do adulto

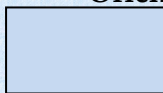
- Coloque as duas mãos entrelaçadas sobre a metade inferior do esterno. Levante os dedos para garantir que não aplica pressão nas costelas da criança. Posicione-se verticalmente acima do tórax da vítima e, com o braço estendido, comprima o esterno deprimindo-o pelo menos $\frac{1}{3}$ da profundidade do tórax (cerca de 5 cm)





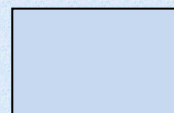
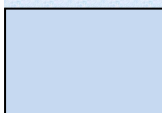
Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

- É o organismo do Ministério da Saúde que garante às vítimas de acidente ou de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.
- O contacto é o **112** - Número Europeu de Emergência. O atendimento das chamadas cabe à PSP, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a saúde, a mesma é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.



Ligar 112

- Quando liga para o 112, deve dar as informações adequadas para que possam agir em conformidade:
 - Que tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.).
 - A gravidade aparente da situação.
 - O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro.





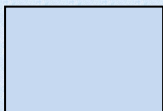
Ligar 112

- **Quando liga para o 112, deve dar as informações adequadas para que possam agir em conformidade:**
 - As queixas principais e as alterações que observa.
 - O número de telefone do qual está ligar.
 - A localização exacta e, sempre que possível, pontos de referência.
 - Desligue apenas quando receber essa indicação



Quando parar?

- **Quando chegar a ajuda de profissionais diferenciados.**
- **Quando estiver fisicamente exausto.**
- **Quando a criança começar a respirar normalmente.**





Bibliografia

- **European Resuscitation Council. 2015. Recomendações 2015 para a Reanimação do European Resuscitation Council.**
- **Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INEM-versão 3.0 - 1ª Edição 2017**



Obrigada!



Questionário de avaliação



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Formação em Suporte Básico de Vida 30/4/2018 e 8/5/2018

Assinale a resposta correta:

Questão 1.

Está perante uma criança engasgada. Está a tossir. O que deve fazer?

- Respiração boca-a-boca
- Encoraja-a a tossir
- Deita-a no chão de imediato

Questão 2.

Uma criança de 4 anos engasga-se com uma amêndoa, não consegue respirar, não consegue tossir e está a pedir a sua ajuda. O que faz?

- Cinco pancadas nas costas (entre as omoplatas) com muito cuidado para não magoar a criança
- Cinco pancadas nas costas e se não resultar, cinco compressões abdominais (manobra de Heimlich)
- Deita a criança na cama

Questão 3.

Encontra um bebé no berço que não responde e não reage quando chama por ele. O que deve fazer?

- Verifico se está a respirar, durante 10 segundos através do ver/ouvir/sentir
- Chamo por ele durante muito tempo
- Vou buscar um biberão de leite

Questão 4.

Ao reanimar uma criança de 9 meses, devo realizar as compressões:

- Usando 2 dedos
- Usando a palma da mão
- Colocando as mãos entrelaçadas

Questão 5.

Na reanimação de uma criança em paragem respiratória, devo:

- a. Fazer 5 insuflações mal confirme que não está a respirar
- b. Abanar a criança
- c. Dar cinco pancadas nas costas

Chave:

Questão 1. a)

Questão 2. b)

Questão 3. a)

Questão 4. a)

Questão 5. a)

Análise de dados – Primeira Ação – 30 Abril de 2018

Gráfico 1 - Comparação entre o número de respostas corretas pré e pós-teste do primeiro grupo:

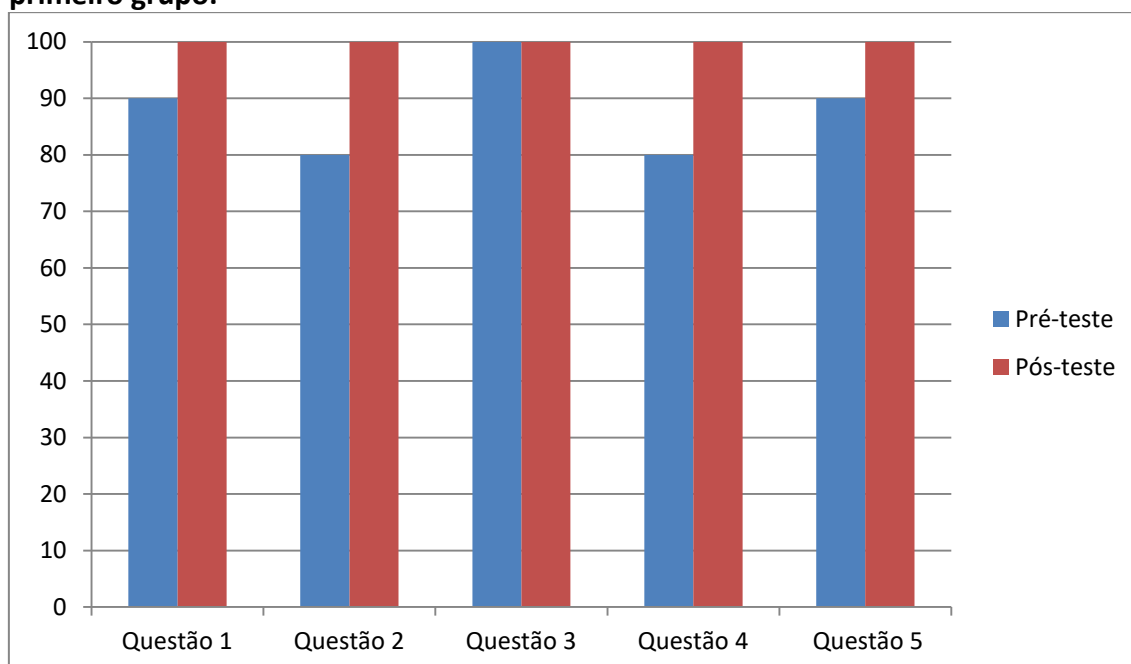
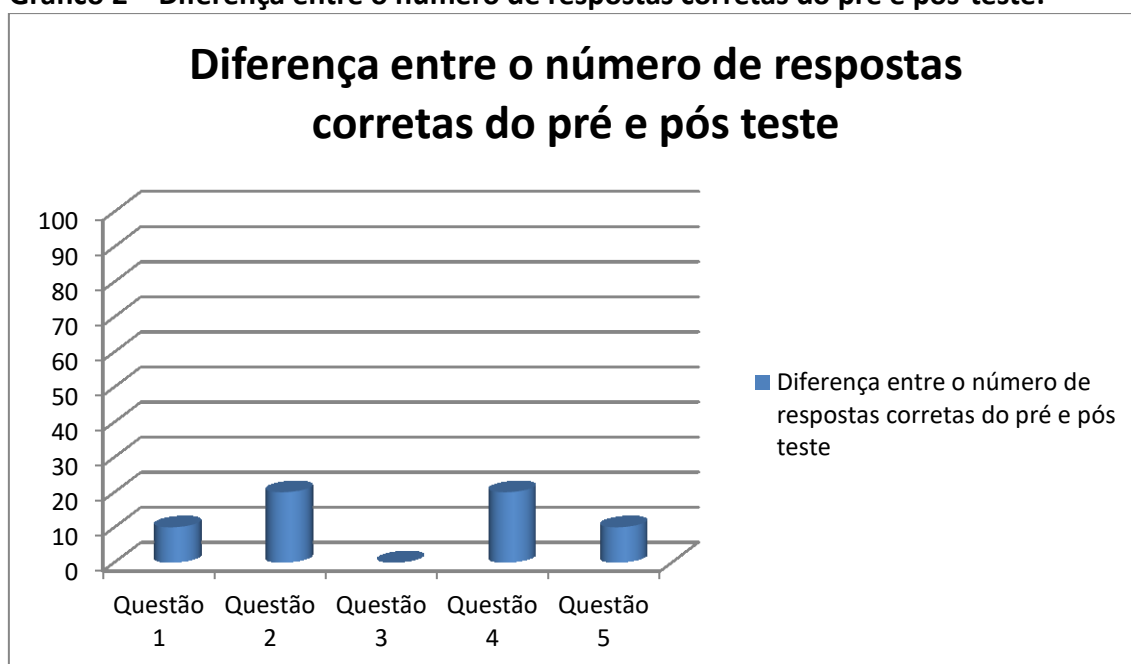


Gráfico 2 – Diferença entre o número de respostas corretas do pré e pós-teste:



Reflexão:

Infere-se pelos dados estatísticos que a formação aumentou os conhecimentos do grupo, demonstrado pelo aumento de respostas corretas no pós-teste, que foi de 100% nas cinco questões.

Análise de dados segunda ação – 8 de Maio de 2018

Gráfico 3: Comparação entre o número de respostas corretas pré e pós teste do segundo grupo

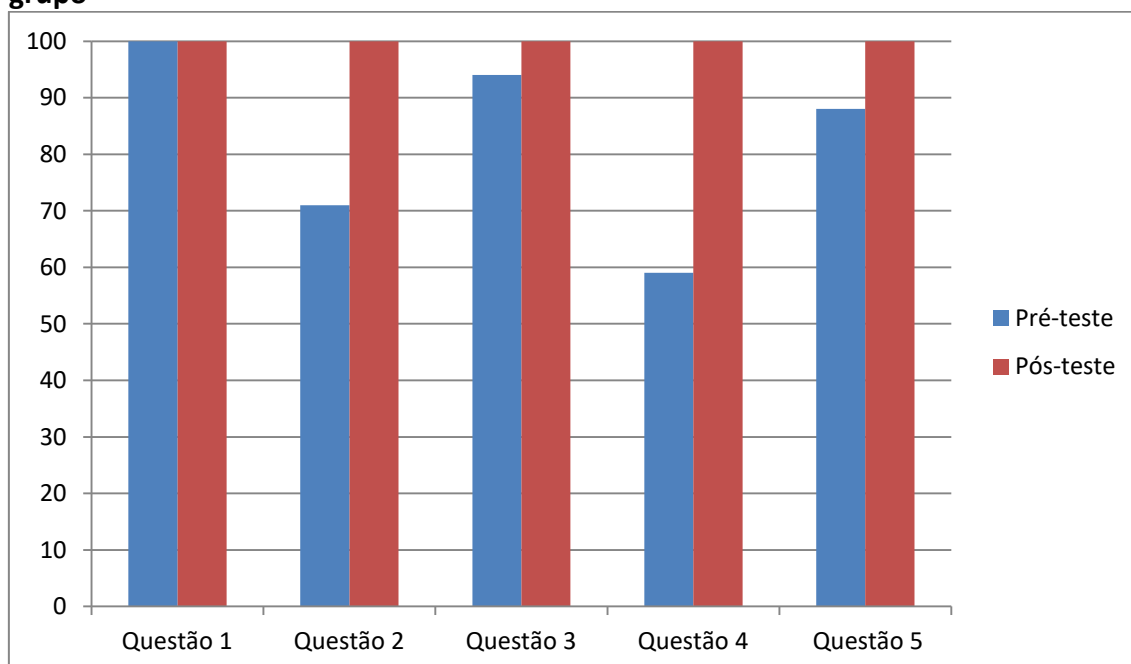
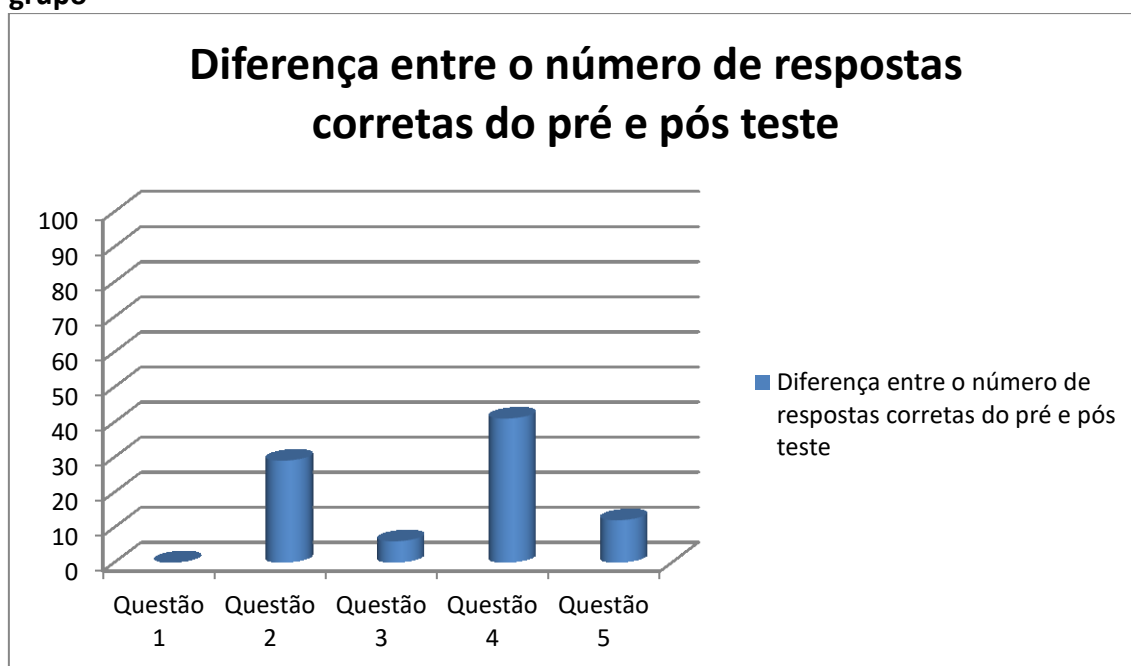


Gráfico 4: Diferença entre o número de respostas corretas do pré e pós teste do segundo grupo



Reflexão:

Infere-se pelos dados estatísticos que a formação aumentou os conhecimentos do grupo, demonstrado pelo aumento de respostas corretas no pós-teste, que foi de 100% nas cinco questões.

Avaliação da ação de formação

Formação Suporte Básico de Vida Pediátrico

Mestranda: Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira

1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuste dos temas aos objetivos definidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Instalações e condições ambientais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamentos didáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentação de apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprimento de horários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

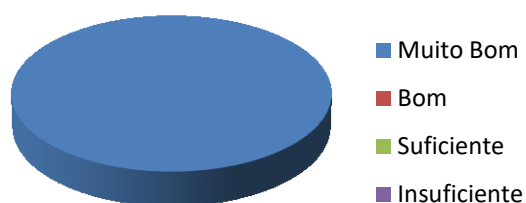
3. FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do tempo disponível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. RESULTADOS E EXPETATIVAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Temas abordados face às expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade prática da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

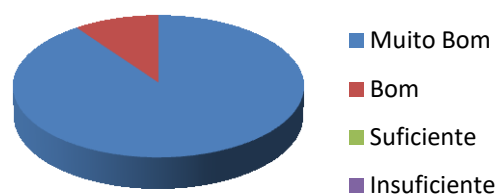
5. AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação da Ação de Formação – Primeiro grupo, dia 30 de Abril de 2018

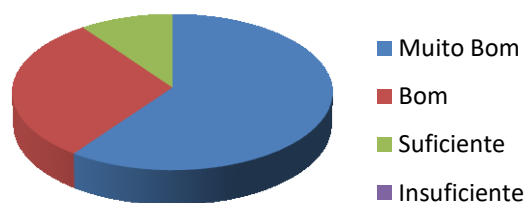
**Gráfico 5 - Conteúdo Programático:
Interesse dos conteúdos apresentados
(1ªação)**



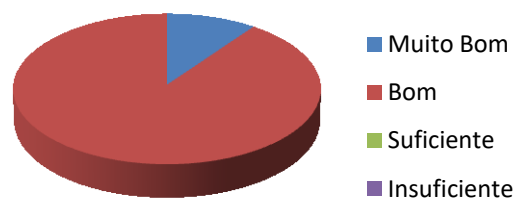
**Gráfico 6 - Conteúdo Programático:
Ajuste dos temas aos objetivos
definidos (1ªação)**



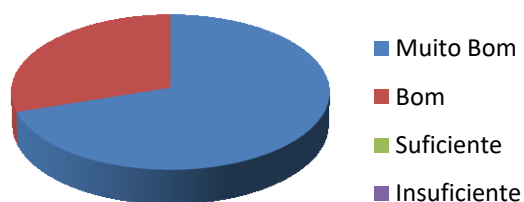
**Gráfico 7 - Conteúdo Programático:
Duração da ação de formação
(1ªação)**



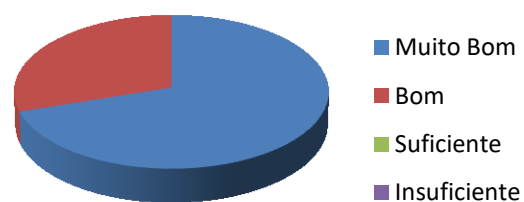
**Gráfico 8- Organização da Ação:
Instalações e condições Ambientais
(1ªação)**



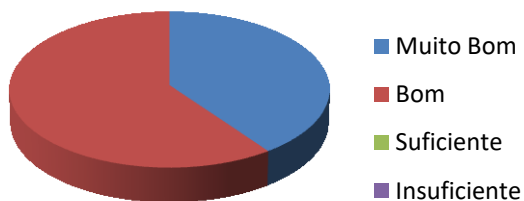
**Gráfico 9- Organização da Ação:
Equipamentos didáticos (1ªação)**



**Gráfico 10- Organização da Ação:
Documentação de apoio (1ªação)**



**Gráfico 11- Organização da Ação:
Cumprimento de horários (1ªação)**



**Gráfico 12 – Formador: Clareza da
exposição (1ªação)**

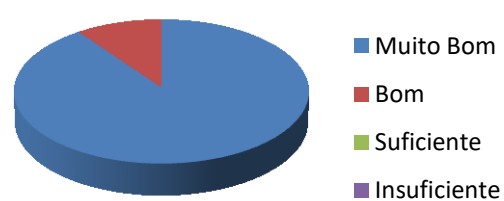


Gráfico 13 – Formador: Domínio dos temas desenvolvidos (1ªação)

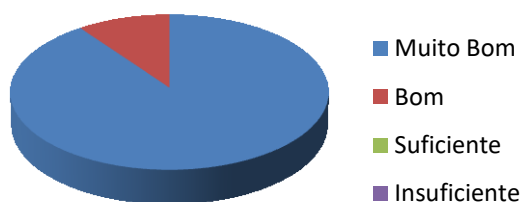


Gráfico 14 – Formador: Capacidade para esclarecer dúvidas (1ªação)

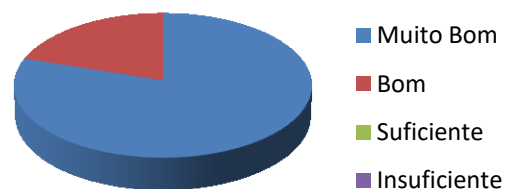


Gráfico 15 – Formador: Gestão do tempo disponível (1ªação)

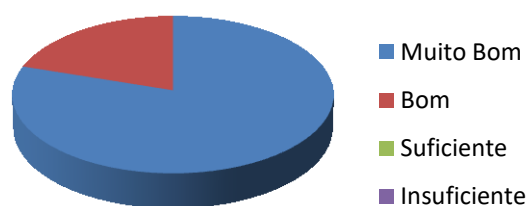


Gráfico 16 – Resultados e expectativas: temas abordados face às expectativas (1ªação)

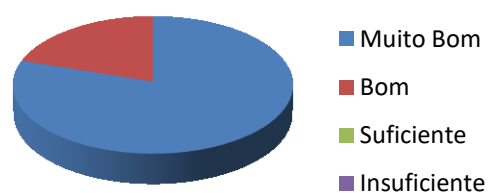


Gráfico 17 – Resultados e expectativas: utilidade prática da formação (1ª ação)

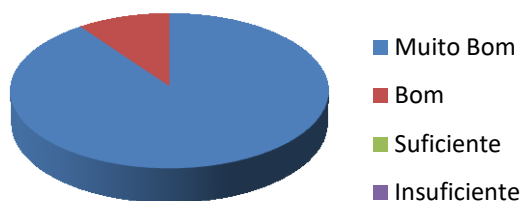
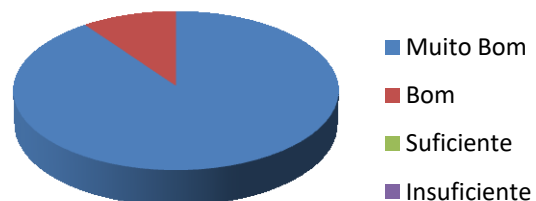


Gráfico 18 – Avaliação global: Globalmente a ação de formação (1ª ação)



Reflexão: Infere-se pelos dados estatísticos que globalmente, a formação foi considerada pertinente, clara e correspondeu às expectativas.

Análise de dados – Segunda Ação – 8 de Maio de 2018

Gráfico 19 – Conteúdo Programático: Interesse dos conteúdos apresentados (2ªação)

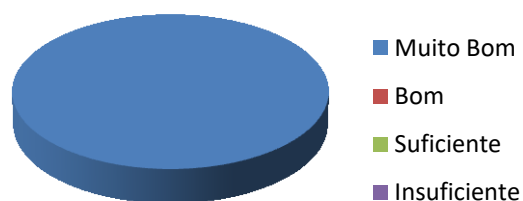


Gráfico 20 - Conteúdo Programático: Ajuste dos temas aos objetivos definidos (2ªação)

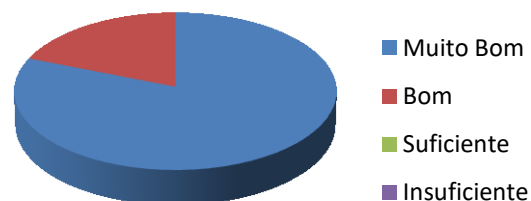


Gráfico 21 - Conteúdo Programático: Duração da ação de formação (2ªação)

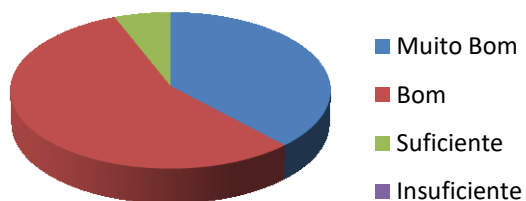
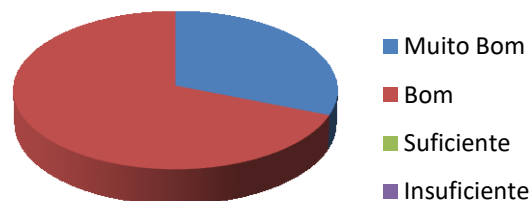
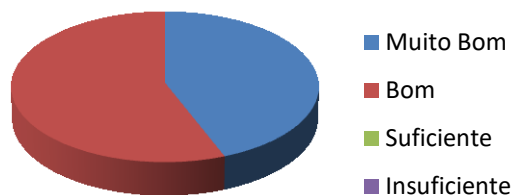


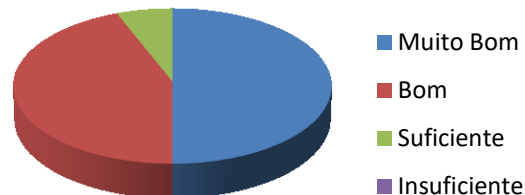
Gráfico 22 – Organização da Ação: Instalações e Condições Ambientais (2ªação)



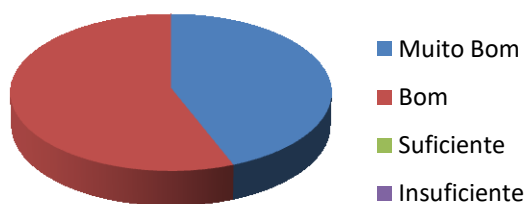
**Gráfico 23 - Organização da Ação:
Equipamentos didáticos (2ªação)**



**Gráfico 24- Organização da Ação:
Documentação de apoio (2ªação)**



**Gráfico 25- Organização da Ação:
Cumprimento de horários (2ªação)**



**Gráfico 26 – Formador: Clareza da
exposição (2ªação)**

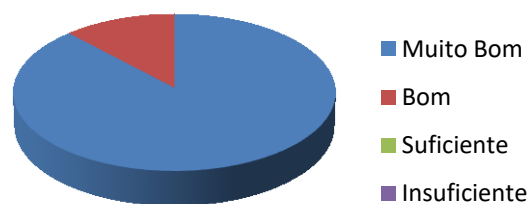


Gráfico 27 – Formador: Domínio dos temas desenvolvidos (2ª ação)

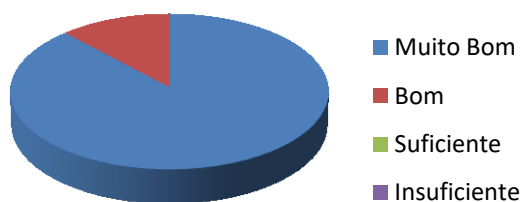


Gráfico 28 – Formador: Capacidade para esclarecer dúvidas (2ª ação)

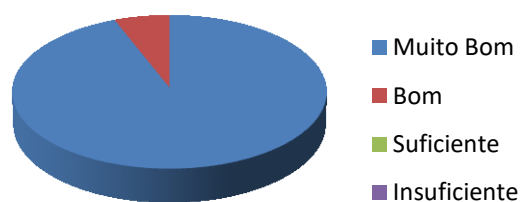


Gráfico 29 – Formador: Gestão do tempo disponível (2ª ação)

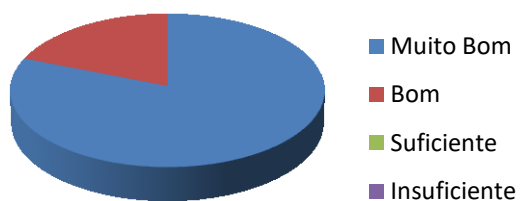


Gráfico 30 – Resultados e expectativas: temas abordados face

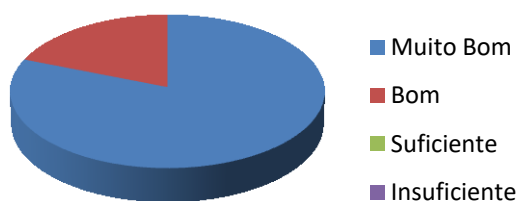


Gráfico 31 – Resultados e expectativas: utilidade prática da formação (2ªação)

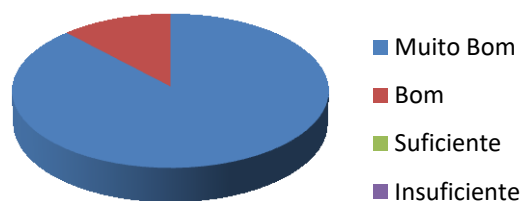
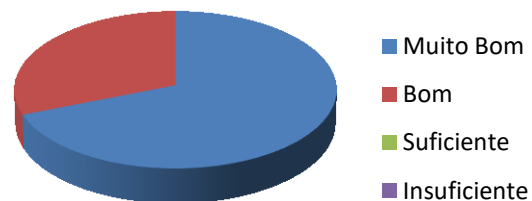


Gráfico 32 – Avaliação global: Globalmente a ação de formação (2ªação)



Reflexão: Infere-se pelos dados estatísticos que globalmente, a formação foi considerada pertinente, clara e correspondeu às expectativas.

Certificado entregue às cuidadoras

Certificado

Certifica-se que
esteve presente na Acção de Formação "Suporte Básico
de Vida Pediátrico", que decorreu na Instituição
, no dia 8/5/2018, com duração de 2 horas,
promovida pela UCC , com o seguinte
programa:

- Desobstrução da Via Aérea
- Suporte Básico de Vida Pediátrico

Pelas Formadoras:

Apêndice II

Cartazes Elaborados para a Instituição de Apoio à Criança sobre Suporte Básico de Vida

Desobstrução da via aérea: corpo estranho

Criança consciente e a tossir:

Encorajar a tosse



Criança consciente mas não tosse e não respira:

Lactentes:

5 pancadas entre as omoplatas

5 compressões torácicas



Crianças maiores:

5 pancadas nas costas

5 compressões abdominais



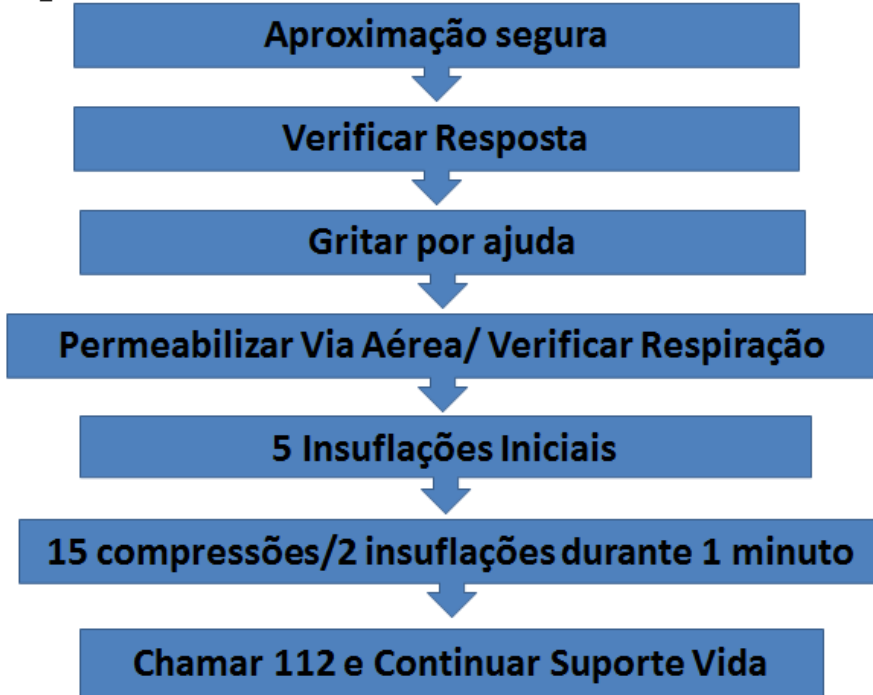
Criança Inconsciente:

Suporte Básico de Vida

Atenção:

Não tente remover o corpo estranho!

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Permeabilizar ViaAérea



(Nos lactentes manter cabeça em posição neutra)

Insuflações

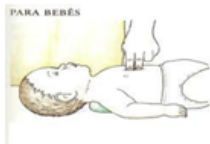


Lactente: boca a boca/nariz



Criança: boca a boca

Compressões



Lactente



Criança até 8 anos



Crianças maiores

Apêndice III

Ação de Formação a Pares – Suporte Básico de Vida Pediátrico



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de Ação de Formação:

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Elaborado Por:

Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira

Maio 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Planeamento de Ação de Formação:
Suporte Básico de Vida Pediátrico**

Docente orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Maio 2018

INTRODUÇÃO:

A Ação de Formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico” surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, decorrente no contexto de UCC.

Este estágio decorre no período de 9 de Abril a 26 de Maio do corrente ano, enquadrando-se no 2º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Ação de Formação foi desenvolvida sob a orientação de uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e da Docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da ação de formação

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma fundamentação teórica da formação, seguida da apresentação dos objetivos; seguidamente é apresentada a metodologia, os recursos utilizados para a sessão e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

O socorro imediato à vítima está ligado a um aumento da sobrevivência e menorização de sequelas.

É fulcral que os profissionais de saúde estejam preparados para uma resposta adequada em caso de emergência pediátrica, que tem especificidades muito díspares da emergência em adultos.

Foi identificada a necessidade da equipe da UCC de uma formação sobre suporte básico de vida pediátrico, em que se sentiam com muitas dúvidas, muitos admitindo não saberem o que fazer em caso de paragem respiratória na criança.

Tendo a criança diferenças anátomo-fisiológicas que as diferenciam dos adultos na etiologia da paragem cardiorrespiratória, os procedimentos a adotar em situação de emergência são diferentes, sendo importante que quem lida habitualmente com crianças tenha essa perceção e seja capacitado para agir em conformidade.

As manobras de suporte de vida devem ser mais suaves, pois as estruturas anatómicas das crianças são extremamente frágeis e mais propensas a traumatismos.

Habitualmente a causa de paragem na criança inicia-se pela via aérea e respiração, sendo as obstruções da via aérea bastante comuns pelo menor diâmetro da mesma e pela língua maior que nos adultos.

O metabolismo na criança, diferente dos adultos, leva a frequências respiratórias e cardíacas mais elevadas. A capacidade compensatória na criança é mais limitada, levando ao esgotamento dos mecanismos de compensação e paragem cardiorrespiratória.

As causas cardíacas na criança, salvo doença prévia, são raras. A maior causa

de paragem cardiorrespiratória na criança é a hipoxia e, por falência dos mecanismos compensatórios, a circulação fica também comprometida.

A prioridade no socorro à criança é a via aérea e a oxigenação e a ativação precoce do circuito de emergência.

Esta ação de formação assume extrema importância dada a afluência de crianças na UCC, permitindo se necessário um socorro atempado e adequado.

OBJETIVOS DA SESSÃO:

Foram definidos como objetivos gerais para as sessões de formação sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico na UCC:

- Capacitar os Profissionais de Saúde para o reconhecimento precoce de situações que possam comprometer a via aérea da criança;
- Capacitar os Profissionais de Saúde para a atuação rápida em caso de obstrução da via aérea;
- Capacitar os Profissionais de Saúde para executarem suporte básico de vida pediátrico;

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a ação de formação os seguintes conteúdos:

- Suporte Básico de Vida:
 - Importância de atuação precoce;
 - Algoritmo de reanimação em pediatria;
 - Técnicas de suporte básico de vida nas diferentes idades da criança (lactente, criança até 8 anos e criança maior);
 - Atuação em caso de trauma vertebro-medular;
 - Reanimação com insuflador manual.
- Obstrução da via aérea:
 - Conceito e diferenças entre a criança e adulto;
 - Técnicas de atuação em caso de:
 - Criança com tosse eficaz;
 - Criança com tosse ineficaz;
 - Criança inconsciente;

METODOLOGIA:

Será realizada 1 sessão de formação, no dia 8/5 de 2018, para um grupo de Profissionais da UCC constituída por 13 Enfermeiros, 1 Administrativa e 1 Nutricionista.

Para esta sessão de formação será utilizado método expositivo e interativo. Será feita uma apresentação em power point, com demonstração prática nos modelos de suporte básico de vida (lactente e criança).

No final os formandos serão divididos por duas bancas práticas (Suporte Básico de Vida no Lactente/ Suporte Básico de Vida na Criança), onde poderão praticar habilidades e esclarecer dúvidas.

A formação terá a duração de 1h, 5 minutos para a introdução e fundamentação da sessão; 25 minutos para apresentação teórica e prática; 30 minutos para treino dos formandos e avaliação sumativa.

RECURSOS:

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** Alunas do 11º 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 a orientação de uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil da UCC;
- **Recursos Físicos:** Sala de Reuniões da UCC;
- **Recursos materiais:** Um computador portátil; um projetor; 2 colchões; 2 modelos de simuladores de reanimação (lactente e criança); protetores faciais, um insuflador manual.
- **Recursos Financeiros:** suportados pela UCC.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Será feita avaliação escrita no início e no fim da sessão de forma a avaliar os conhecimentos que já possuíam e quais adquiriram com a sessão. As respostas são de forma anónima e voluntária.

Serão criadas duas bancas práticas de suporte básico de vida (uma do lactente e outra da criança), onde os formandos poderão praticar e esclarecer dúvidas.

PLANIFICAÇÃO:

Formadoras: <ul style="list-style-type: none"> Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira Aluna do 11^a MESIP UCP Alunas do 11 ^o MESIP UCP Tema: “Suporte Básico de Vida Pediátrico” Duração: 1h		Grupo destinatário: Profissionais da UCC (13 Enfermeiros, 1 Administrativa e 1 Nutricionista) Local: Sala de Reuniões UCC Data: 8 Maio de 2018 Hora: 13h30		
Fase	Conteúdo	Método	Recursos Didáticos	Avaliação
Introdução 5 Minutos	Apresentação da acção de formação; Referência aos conteúdos que irão ser abordados;	Expositivo Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> Projektor Computador 	
Desenvolvimento 25 Minutos	Definição de Suporte Básico de Vida Pediátrico; Diferenças entre a criança e o adulto; Algoritmo suporte básico de vida pediátrico; Manobras de desobstrução da via aérea; Demonstração prática das técnicas abordadas.	Expositivo Descritivo Interativo	<ul style="list-style-type: none"> Projektor Computador Modelos práticos para reanimação 	
Conclusão 30 Minutos	Treino prático dos formandos nos modelos de reanimação:	Interativo	<ul style="list-style-type: none"> Projektor Computador Modelos práticos para 	Sumativa

	Banca de SBV Lactente/banc a de SBV criança Avaliação da acção de formação através de questionário;		reanimação	
--	---	--	------------	--

CONCLUSÃO:

A evolução dos cuidados depende da atualização permanente dos profissionais de saúde sobre os resultados mais recentes de investigação. Um enfermeiro especialista deve ser rigoroso, comunicando aos seus pares os últimos achados científicos de forma clara e envolvendo-os no seu processo de formação. Na UCC é de suma importância os profissionais que lá trabalham saibam identificar atempadamente situações de emergência e agir em conformidade.

Com esta sessão pensamos ir de encontro a esse objetivo, permitindo salvar vidas com o mínimo de sequelas possível.

BIBLIOGRAFIA:

- European Resuscitation Council. 2015. Recomendações 2015 para a Reanimação do European Resuscitation Council.
- Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INEM- versão 3.0 - 1ª Edição 2017

Apresentação da Sessão

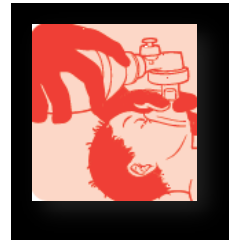


Suporte Básico de Vida Pediátrico

Matosinhos, 8 de Maio de 2018

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

- Suporte Básico de Vida Pediátrico



- Manobras de Desobstrução da Via Aérea



Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

- A criança tem particularidades anatómicas e fisiológicas que condicionam a etiologia da paragem cardiorrespiratória, pelo que é necessário adaptar os procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV) a essas características.
- No essencial, os princípios gerais são os mesmos do adulto, existindo, no entanto, algumas diferenças que importa realçar.

3

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

- A principal causa de PCR na idade pediátrica é a hipoxia, como resultado final de um processo de deterioração progressiva da função respiratória e, posteriormente, circulatória.
- Por este facto, a prioridade na reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação.

4

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



5

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica

Na criança, o reconhecimento precoce da gravidade da situação e o pedido de ajuda para prevenir a paragem cardiorrespiratória é de extrema importância:

- A prioridade é otimizar a oxigenação (com insuflações iniciais e SBV);
- **Ligar 112**: para pedir ajuda diferenciada;
- Suporte Avançado de Vida/Desfibrilhação/ Cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).



6

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Aproximação segura

Verificar resposta

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 Insuflações iniciais

15 compressões: 2 insuflações
durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões: 2 insuflações

7

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Aproximação segura:

- Avaliar as condições de segurança para o reanimador, para a vítima e para terceiros, antes de abordar a criança.

8

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Verificar resposta:

- Avaliar a reatividade da criança.
- Se a criança responder, deve avaliar a situação em causa e potenciais riscos e, se necessário, deixá-la na posição em que está e ligar 112, reavaliando-a frequentemente.
- Se a criança não responder, passe ao “Pedido de Ajuda”.

9

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Pedido de Ajuda:

- Se estiver sozinho, peça ajuda gritando em voz alta “Preciso de ajuda! Está aqui uma criança desmaiada!”
- No entanto, não abandone a criança para ir pedir ajuda nem atrase o início do SBV e avance para o passo seguinte.
- Se houver uma segunda pessoa presente, peça-lhe que ligue para o 112, enquanto prossegue com o algoritmo.



10

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Permeabilizar Via Aérea:

- Extensão da cabeça – elevação do queixo
- Coloque a palma de uma mão na testa da criança e incline cuidadosamente a cabeça para trás;
- Com a outra mão faça a elevação do queixo, colocando os dedos indicador e médio no bordo do maxilar inferior (mento ou queixo). Deve ter cuidado para não pressionar os tecidos moles abaixo do queixo, pois pode causar obstrução da via aérea.



11

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Permeabilizar Via Aérea:

- No lactente, a cabeça fica habitualmente fletida em relação ao pescoço. A extensão da cabeça deve ser efetuada de forma a obter uma “posição neutra”, isto é, a face do lactente ficar paralela ao plano onde está deitado (a orelha alinhada com o eixo do tronco).



12

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Permeabilizar Via Aérea:

Subluxação da mandíbula

- Esta manobra é a mais eficaz para abertura da via aérea e é a indicada nas situações em que há necessidade de imobilizar a coluna cervical por suspeita de trauma, ou se não estamos a ser eficazes com a técnica da extensão da cabeça e elevação do queixo.



Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Verificar Respiração:

- Após ter efetuado a permeabilização da via aérea deve:
- Avaliar se respira normalmente. Para verificar este aspeto a melhor técnica é “ver, ouvir e sentir” (VOS), efetuada durante, no máximo, 10 segundos.
- **VER** - se existem movimentos torácicos;
- **OUVIR** - se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;
- **SENTIR** - na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima.



Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Suporte Básico de Vida Pediátrico

Verificar Respiração:



15

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Suporte Básico de Vida Pediátrico

Verificar Respiração:

- Se a criança respira normalmente e não há evidência de trauma, coloque-a em posição de recuperação (se existe história de trauma, a lesão da coluna cervical deve ser considerada)
- Se a criança não respira normalmente, mantenha a permeabilidade da via aérea, remova cuidadosamente qualquer obstrução óbvia e inicie a ventilação com ar expirado, efetuando 5 insuflações.

16

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

5 Insuflações Iniciais:

Nos Lactentes:

- Técnica de ventilação boca a boca-nariz



17

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

5 Insuflações Iniciais:

Nas crianças:

- Técnica de ventilação boca a boca



18

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Suporte Básico de Vida Pediátrico

Se Insuflações Ineficazes:

- Rever a via aérea, com reposicionamento da cabeça;
- Garantir que há boa selagem antes de tentar a próxima insuflação;

19

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Circulação

- Após as 5 insuflações iniciais, o reanimador deve:
- Determinar se a criança tem sinais de vida ou se necessita de compressões torácicas.

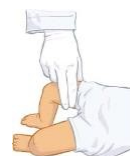
A pesquisa de sinais de vida não deve demorar mais do que 10 segundos.

20

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Circulação

- No lactente deve palpar o pulso braquial, na parte interna do braço, e na criança o pulso carotídeo. Em qualquer dos grupos pode palpar o pulso femoral;
- Se não houver sinais de vida deve iniciar de imediato compressões torácicas, mantendo uma alternância de 15 compressões com 2 insuflações.



21

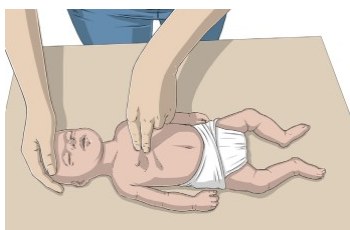
Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Compressões Torácicas:

No lactente:

- Coloque 2 dedos no meio da linha intermamilar
- Comprima a metade inferior do esterno com as pontas de dois dedos pelo menos 1/3 da profundidade do tórax (cerca de 4 cm).

Técnica dos 2 dedos



Técnica do abraço



22

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Compressões Torácicas:

Na criança pequena:

- Coloque a base de uma mão sobre a metade inferior do esterno. Levante os dedos para garantir que não aplica pressão nas costelas da criança. Posicione-se verticalmente acima do tórax da vítima e, com o braço estendido, comprima o esterno deprimindo-o pelo menos 1/3 da profundidade do tórax (cerca de 5 cm)



23

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Compressões Torácicas:

Na criança maior:

- Colocar as mãos entrelaçadas na metade inferior do esterno (um dedo acima do apêndice xifóide). Deve levantar os dedos de forma a que só a base da mão faça pressão. De seguida, mantendo o braço esticado, sem fletir o cotovelo, e de forma que o ombro fique perpendicular ao ponto de apoio da mão, pressiona o tórax cerca de um terço da sua altura (5 cm na criança), usando o peso do seu corpo.



24

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Quando Parar?

- Quando chegar a ajuda de profissionais diferenciados.
- Quando estiver fisicamente exausto.
- Quando a criança começar a respirar normalmente.

25

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Aproximação segura

Verificar resposta

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 Insuflações iniciais

15 compressões: 2 insuflações
durante 1 minuto

Ligar 112

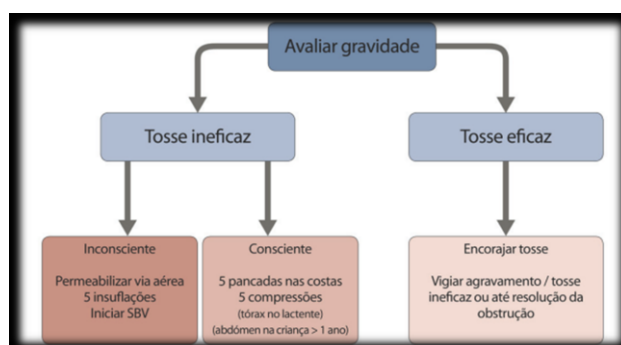
15 compressões: 2 insuflações

26

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos

- A obstrução da via aérea nas crianças é uma situação frequente.
- A maioria das situações ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões. Muitas vezes são situações presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a vítima consciente.

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos



Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos – Criança Consciente



Se a criança tosse eficazmente, não são necessárias outras manobras. Encorajar a tosse e vigiar continuamente.

- Se a tosse é, ou se está a tornar ineficaz, deve gritar por ajuda de imediato e avaliar o estado de consciência.



Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos – Criança Consciente



- Aplicar até 5 pancadas nas costas (inter-escapulares)
- Vigiar se a situação se resolve



Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos - Criança Consciente

3

Nos lactentes:

- Se a obstrução não for resolvida com a aplicação das pancadas interescapulares, passar à aplicação de até 5 compressões torácicas



31

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos - Criança Consciente

3

Nas crianças com mais de 1 ano de idade:

- Se a obstrução não for resolvida com a aplicação das pancadas interescapulares, passar à aplicação de 5 compressões abdominais (Manobra de Heimlich)



32

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens **Obstrução Total da Via Aérea - Criança Consciente**

- Após as 5 compressões torácicas ou abdominais verifique se houve saída do corpo estranho ou inspecione a cavidade oral, removendo algum objeto **apenas se for visível**.
- Repita sequências de 5 pancadas interescapulares / 5 compressões torácicas ou abdominais até a obstrução ser resolvida.

33

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens **Obstrução Total da Via Aérea - Criança Inconsciente**

- Se uma criança/lactente com Obstrução da Via aérea por corpo estranho está, ou se entretanto fica inconsciente, o reanimador deve coloca-la sobre uma superfície plana e dura e iniciar SBV.

34

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens **Obstrução Total da Via Aérea - Criança Inconsciente**

- **Permeabilizar e Pesquisar a Via Aérea**
- **VOS**
- **5 Insuflações Iniciais**
- **SBV durante um minuto**
- **Ligar 112**

35

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens **Obstrução Total da Via Aérea - Criança Inconsciente**

- **Após cada 15 compressões, o reanimador deve permeabilizar a via aérea e pesquisar a cavidade oral antes de tentar efetuar as 2 insuflações; se for observado um corpo estranho, deve tentar removê-lo através da manobra digital.**
- **Ao fim de 1 minuto (5 ciclos de 15:2), se ainda estiver sozinho deve ativar o sistema de emergência médica ligando 112.**

36

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Obstrução Total da Via Aérea - Criança Inconsciente

- Se a criança recuperar consciência e a sua respiração se tornar eficaz, deverá ser colocada na posição de recuperação, vigiando e reavaliando continuamente o nível de consciência e a respiração até à chegada da ajuda diferenciada.

37

Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

Bibliografia:

- Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INEM-versão 3.0 - 1ª Edição 2017
- Paediatric basic life support, Guidelines 2015 – European Resuscitation Council

38

Questionário de Avaliação**Formação em Serviço UCC****Questionário de avaliação de conhecimentos****Identificação da acção: Suporte Básico Vida Pediátrico**

Designação: SBV Pediátrico

Data: 08/05//2018

Antes da acção Depois da acção **Instruções de preenchimento**

- Para cada uma das questões colocadas assinale com um X o local respetivo, sendo que “V”, considera a questão verdadeira, “F”, considera a questão falsa;
- Caso não saiba o que responder numa determinada questão, coloque um X na opção “NS”/“NR”, não sei/não responde.

	V	F	NS/NR
1. A Cadeia de sobrevivência pediátrica consiste em: Prevenir, Reanimar, Ligar 112 e Estabilizar.	X		
2. A Subluxação da mandíbula é a técnica mais comum de permeabilização da via aérea na criança.		X	
3. Quando avaliamos a respiração na criança, devemos Ver, Ouvir e Sentir durante 30 segundos.		X	
4. A relação compressões/insuflações na criança é 30:2.		X	
5. O SBV Pediátrico, inicia-se com 5 insuflações e um minuto de suporte de vida e só depois se liga 112.	X		
6. A técnica de compressão com 2 dedos deve ser usada em crianças entre os 5 e os 8 anos.		X	
7. Numa criança com obstrução da via aérea, com tosse eficaz, devemos impedir a tosse.		X	
8. Na criança de 9 meses com Obstrução da Via Aérea, consciente, com tosse ineficaz, a sequência de atuação é 5 pancadas interescapulares/ 5 compressões torácicas.	X		
9. Na pesquisa da via aérea, se encontrarmos um corpo estranho, devemos sempre removê-lo o mais depressa possível.		X	
10. A posição lateral de segurança deve ser usada em todos os casos em que a criança recupere respiração eficaz.		X	

Nome (opcional): _____

Análise dos resultados do questionário

Gráfico 1. Percentagem de respostas corretas ao questionário apresentado na ação de formação

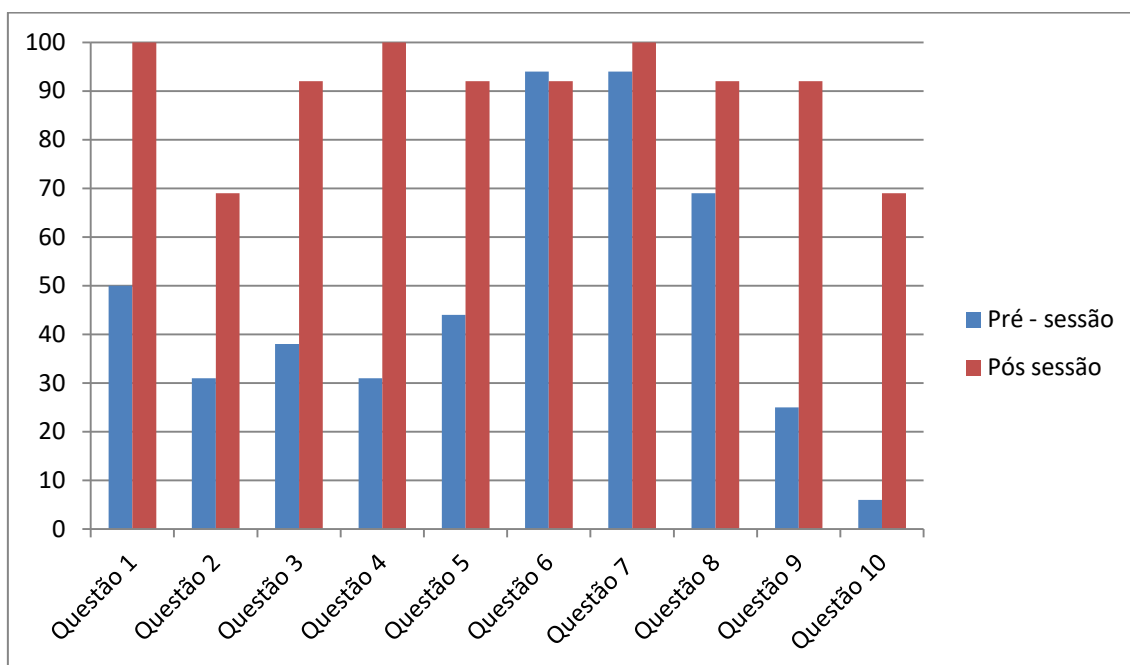
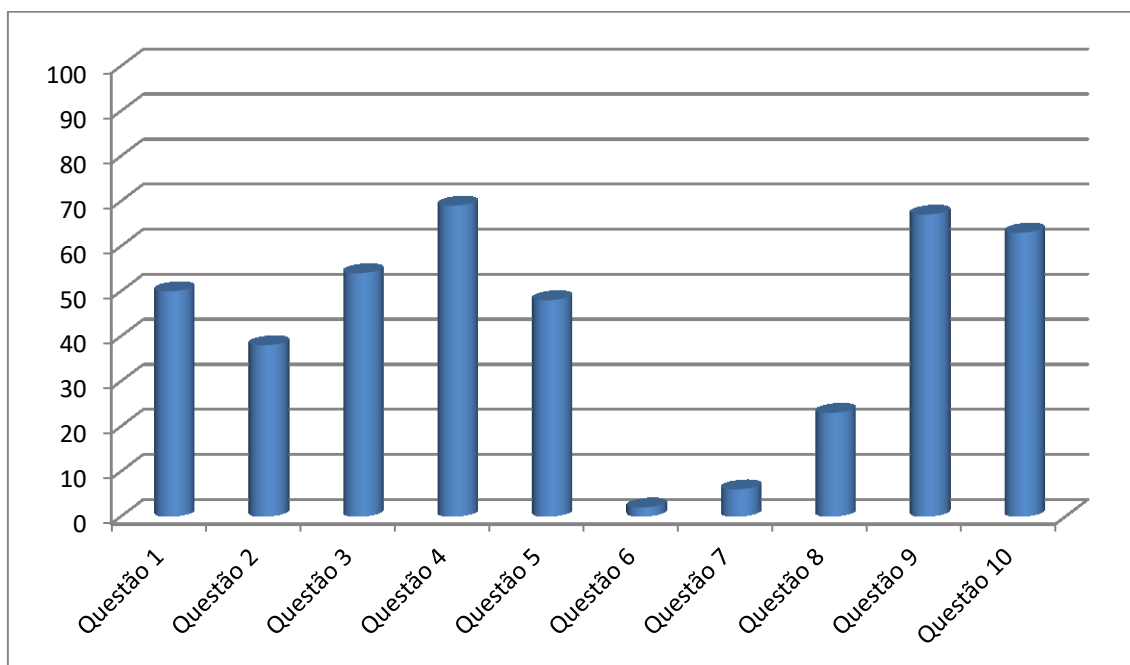


Gráfico 2. Aumento percentual de respostas corretas no pós-teste



Reflexão:

Após observação dos resultados, podemos inferir com segurança que houve um nítido aumento no número de respostas corretas após a formação.

Questionário de Avaliação da Sessão



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Formação Suporte Básico de Vida Pediátrico

1. CONTEUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos da Ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade dos Conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corresponde às Expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos Utilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilização dos recursos didáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do Assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Método relativamente aos objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linguagem Utilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionamento com os Participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultados da análise de respostas à avaliação da formação

Gráfico 3. Objetivos da Ação

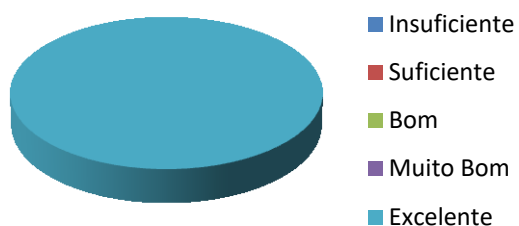


Gráfico 4. Utilidade dos Conteúdos

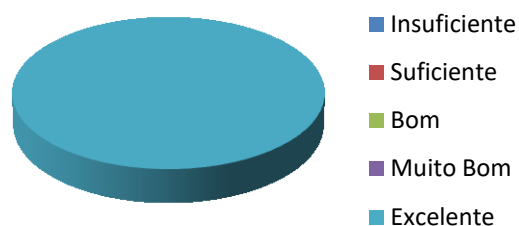


Gráfico 5. Corresponde às expectativas

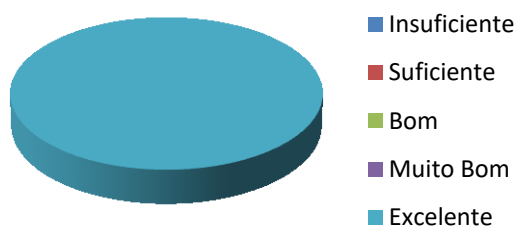


Gráfico 6. Documentos Utilizados

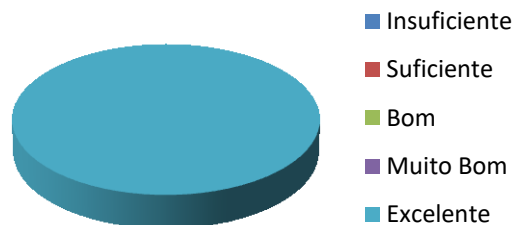


Gráfico 7. Meios Audiovisuais

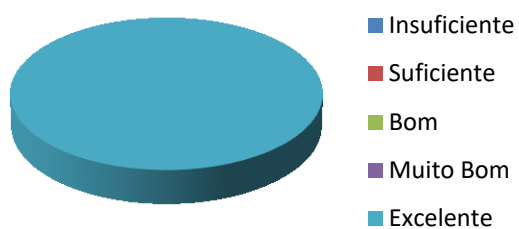


Gráfico 8. Utilização dos recursos didáticos

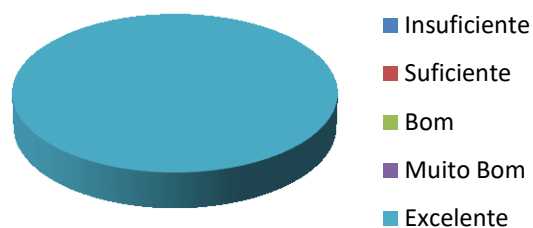


Gráfico 9. Domínio do assunto

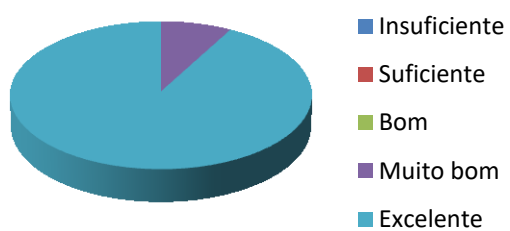


Gráfico 10. Método relativamente aos objetivos

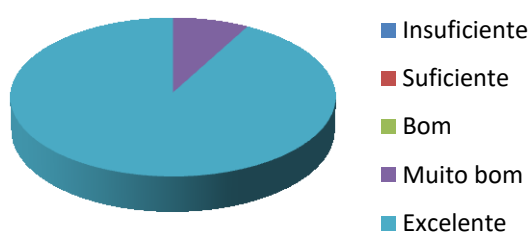


Gráfico 11. Linguagem utilizada

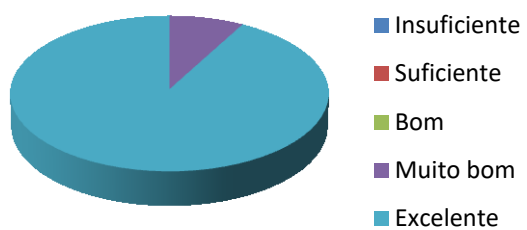


Gráfico 12. Empenho

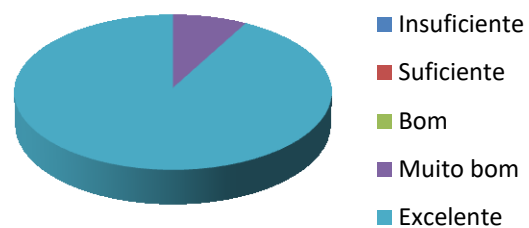
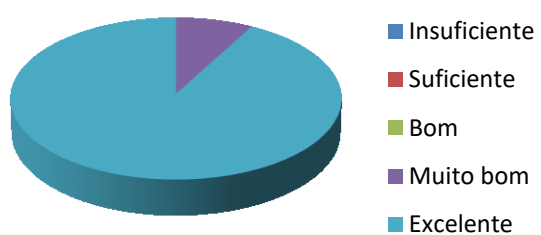


Gráfico 13. Relacionamento com os participantes



Reflexão:

Após análise dos resultados podemos concluir que todos os formandos classificaram a formação e as formadoras maioritariamente com excelente.