



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Literacia em Primeiros Socorros: Contributos da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Catarina de Brito Frias Martins

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Literacia em Primeiros Socorros: Contributos da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Catarina de Brito Frias Martins

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas

Presidente de Júri: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Marta Sofia Inácio Catarino

Orientador: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Setúbal, 2023

Para ti, querida Titi, meu amor maior. Obrigada por seres a minha menina doce e boa. O teu abraço deu-me forças para o caminho.

AGRADECIMENTOS

A vida é feita de inícios e reinícios. Assim consigamos ter a força e resiliência para trilhar novos e inesperados caminhos.

Este foi um caminho que surgiu como que por encanto e que encantou desde o primeiro dia. Não foi uma jornada fácil, mas os momentos difíceis foram ultrapassados pelos desafios, pela satisfação e pelo apoio e contributo de algumas pessoas a quem quero reiterar o meu agradecimento.

À Professora Doutora Ana Lúcia Ramos pelo apoio e espírito crítico na orientação.

A todos os enfermeiros que me acompanharam durante este percurso pela disponibilidade, apoio e partilha de conhecimento.

Àquele grupo especial de colegas da turma pelo companheirismo ao longo dos meses.

À A. Sampaio que com as palavras mais bonitas me fez acreditar que era capaz. O teu amor é enorme.

À minha família por tudo! Impossível descrever o quão difícil seria chegar ao sucesso sem vocês. Obrigada pelas horas e horas de paciência e apoio incondicional. Obrigada pelo vosso amor.

RESUMO

A promoção e a educação para a saúde são partes integrantes do cuidar em pediatria e preveem a transmissão de conhecimento e o empoderamento de crianças/jovens e família em qualquer um dos contextos de prestação de cuidados à díade.

Muito embora os ganhos em saúde passem pela literacia em saúde da população, os estudos mostram que existem ainda lacunas nesta área de intervenção, e que as consequências que daí advêm podem ter repercussões a médio e longo prazo no binómio.

Neste sentido, considerando a linha de desenvolvimento na área da segurança e qualidade de vida, o percurso formativo experienciado assentou na promoção da literacia em primeiros socorros e no contributo da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

O presente relatório pretende dar a conhecer o percurso desenvolvido ao longo do estágio final, evidenciando a implementação do projeto de intervenção e a aquisição e desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de mestre.

Na elaboração e concretização do projeto o recurso à metodologia de projeto foi essencial na identificação das necessidades de cada contexto e posterior planeamento das atividades com vista à promoção da literacia em Primeiros Socorros.

Palavras – chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Literacia em Saúde, Primeiros Socorros, Literacia em Primeiros Socorros

ABSTRACT

Health promotion and education are an integral part of pediatric care. Both foresee the transmission of knowledge, as well as the empowerment of children/young people and family in all the contexts related to providing care to the dyad.

Health gains include health literacy among the population. However, studies show that there are still gaps in this area of intervention and that the consequences arising from it may have repercussions on the binomial both in the medium and the long term.

In this sense, and considering the line of development in the area of security and quality of life, the training path that we have experienced was based on promoting literacy in first aid and in the contribution of child and pediatric health nursing.

This report aims to communicate the path followed through our final training period. It showcases the implementation of the intervention project as well as the process of acquisition and development of common skills by specialist nurses, namely the skills associated to a specialization in child and pediatric health and master's degree.

In the elaboration and implementation of the project, the use of the project methodology was essential in identifying the needs of each context and subsequent planning of activities aimed at promoting literacy in First Aid.

Key words: Child and Pediatric Health Nurse Specialist, Health Literacy, First Aid, First Aid Literacy

ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Ar Ambiente

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ADL - Acidentes Domésticos e de Lazer

APA - American Psychological Association

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARS – Administração Regional de Saúde

ASCJR – Ação de Saúde Crianças e Jovens em Risco

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CAF – Centro de Apoio à Família

CCF – Cuidados Centrados na Família

CCEE – Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

CCH – Carta da Criança Hospitalizada

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGCSP – Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DMH – Doença da Membrana Hialina

ECTS – European Credit Transfer System

EE- Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EGS – Exames Globais de saúde

EHI – Encefalopatia Hipoxico Isquémica

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

ERC – European Resuscitation Council

ESE – Escola Superior de Educação

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESS – Escola Superior de Saúde

FC – Frequência Cardíaca

GIG – Grande para a Idade Gestacional

IFRC – Centro da Federação Internacional das Sociedades da Cruz vermelha e do Crescente Vermelho

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

LA – Leite Artificial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PS – Primeiros Socorros

RN – Recém-Nascido

RNP – Recém-Nascido Pré-termo

RX – Raio X

SBV – Suporte Básico de Vida

SDR – Sinais de Dificuldade Respiratória

SHE – Schools for Health in Europe

SIGIC – Sistema Informático de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNG – Sonda Nasogástrica

SPI – Serviço de Pediatria Internamento

SPO2% - Saturação de Oxigénio

SBVP – Suporte Básico de Vida Pediátrico

SNIP – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SV – Sinais Vitais

TACCE – Tomografia Computorizada Crânio Encefálica

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TM – Triagem de Manchester

TOT – Tubo Endotraqueal

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nº total de mortes por acidente entre 2016 e 2020, dos 0 aos 19 anos - distribuição por tipo de acidente apresentado em % (Dados INE, Análise APSI)	19
Gráfico 2. Nº de mortes por acidente, entre 2016 e 2020, dos 0 aos 14 anos – distribuição por tipo de acidente, apresentado em % (Dados INE, Análise APSI).....	19
Gráfico 3. Nº de mortes por acidente, entre 2016 e 2020, dos 15 aos 19 anos – distribuição por tipo de acidente, apresentado em % (Dados INE, Análise APSI)	20
Gráfico 4. Nº total de mortes por acidente entre 2016 e 2020, dos 0 aos 19 anos - distribuição por faixa etária, apresentado em % (Dados INE)	21

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Nº de internamentos por acidente, entre 2017 e 2021, dos 0 aos 18 anos - desagregado por idade e tipo de acidente (Dados ACSS. Análise APSI).....	22
Tabela 2. Nº chamadas para 112 por acidente reencaminhadas para CODU-INEM, entre 2017 e 2021, dos 0 aos 18 anos. Distribuição por tipo de acidente, apresentado em % (Dados INEM)	22
Tabela 3. Resultados da Avaliação – Conteúdo Programático	51
Tabela 4. Resultados da Avaliação – Perfil da Formadora	51
Tabela 5. Resultado da Avaliação – Avaliação Global da Formação	51

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1. PRIMEIROS SOCORROS E ACIDENTES: QUE RELAÇÃO E RELEVÂNCIA?	17
1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	23
1.2.1 Promoção da Saúde na Infância e Adolescência.....	24
1.3. LITERACIA EM SAÚDE	26
1.3.1 Literacia em Primeiros Socorros.....	29
1.4. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	31
1.5. REFERENCIAIS NO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	36
2. PERCURSO FORMATIVO	40
2.1 METODOLOGIA DO TRABALHO DE PROJETO	41
2.2 ESTÁGIO I.....	44
2.2.1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP	44
2.2.2 Competências do EE e do EEESIP	45
2.3 ESTÁGIO FINAL.....	52

2.3.1	Unidade de Urgência Pediátrica (UUP)	53
2.3.1.1	Competências do EE e do EEESIP	54
2.3.2	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)	61
2.3.2.1	Competências do EE e do EEESIP	63
2.3.3	Serviço de Pediatria Internamento.....	73
2.3.3.1	Competências do EE e do EEESIP	76
3.	ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	84
3.1	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	84
3.2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	87
3.3	COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	88
	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
	APÊNDICES.....	101
	APÊNDICE I – NORMA DE PROCEDIMENTO E PROTOCOLO DE ATUAÇÃO CLÍNICA	102
	APÊNDICE II – PLANO DE FORMAÇÃO SBVP UCSP	110
	APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO FORMAÇÃO SBVP	120
	APÊNDICE IV – RESULTADOS AVALIAÇÃO FORMAÇÃO SBVP	140

APÊNDICE V – Apresentação Queimaduras para Vídeo Institucional.....	143
APÊNDICE VI – FOLHETO OBSTRUÇÃO VIA AÉREA EM PORTUGUÊS	159
APÊNDICE VII – FOLHETO OBSTRUÇÃO VIA AÉREA EM INGLÊS.....	164
APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA.....	169
APÊNDICE IX –TABULEIRO DE JOGO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS.....	191
APÊNDICE X – QUESTÕES SOBRE PRIMEIROS SOCORROS DO JOGO DE TABULEIRO	193
APÊNDICE XI – REVISÃO DA LITERATURA “A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS”	197
ANEXOS	200
ANEXO I – INFOGRÁFICO ACIDENTES DOMÉSTICOS E DE LAZER	201
ANEXO II – CERTIFICADO SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO	203

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Relatório do 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, está preconizada a realização do relatório de estágio final.

Por conseguinte, o presente documento pretende dar resposta ao solicitado e dá corpo ao relatório de Estágio, o qual refletirá o caminho percorrido e as competências adquiridas durante este percurso.

De salientar que este curso de Mestrado em Enfermagem está previsto no Aviso n.º 5622 (2016) e contempla a associação entre a Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Conforme o descrito no capítulo II, artigo 2º, alínea 3 do Regulamento do Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem,

“o relatório é um trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição/entidade acolhedora, o qual será alvo de prova pública perante um júri.” (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2016, p. 2)

De acordo com a alínea 3 do artigo 3º do mesmo documento, o relatório tem como objetivo “revelar/demonstrar que os formandos atingiram os objetivos/competências inerentes à área de especialização em enfermagem.” (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2016, p. 3)

Com este relatório pretende-se ainda descrever os contextos de realização dos estágios, descrever as atividades realizadas no âmbito do projeto de intervenção, descrever o percurso formativo e refletir acerca da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista [CCEE] (Regulamento n.º 140, 2019), competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] (Regulamento n.º 422, 2018) e da certificação das competências de mestre (Decreto-Lei nº 65/2018) nos diferentes contextos de estágio.

Concomitantemente, apresentamos e descrevemos o projeto de intervenção desenvolvido durante este percurso de prestação de cuidados especializados.

Os acidentes são as principais causas de morbilidade e mortalidade nas crianças, sendo um grave problema de saúde pública, (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2017) conduzindo a múltiplas necessidades de cuidados de saúde por parte de crianças/jovens e famílias.

A pesquisa efetuada para a realização do nosso projeto demonstrou que “os traumatismos e lesões não intencionais, ou acidentes, são uma das principais causas de morte de crianças e jovens no mundo” (APSI, 2022, p. 2) e as estimativas indicam que “por ano, ocorram aproximadamente 5.000 mortes por acidente desde o nascimento até aos 19 anos” (APSI, 2022, p. 2) na União Europeia. A investigação aponta ainda para o facto de “em Portugal, entre 1992 e 2020, mais de 6500 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e lesão não intencional ou acidente” (APSI, 2022, p. 2) e que “quase 150 mil crianças e jovens foram internados na sequência de um acidente, desde 2000 até 2021.” (APSI, 2022, p. 2)

A prestação imediata de cuidados às lesões decorrentes de acidentes é determinante na minimização dos danos e sequelas daí resultantes. Como tal, é fundamental que qualquer elemento da diáde possua conhecimentos e saiba como atuar em caso de acidente.

Os primeiros socorros [PS] são a primeira ajuda a prestar a uma pessoa para impedir o agravamento do seu estado de saúde e consistem na aplicação de técnicas simples e eficazes com o intuito de dar uma resposta rápida e inicial a uma possível emergência médica, por forma a reduzir a gravidade da situação, a diminuir o grau de sofrimento e a melhorar a hipótese de sobrevivência da pessoa acidentada (IFRC - First Aid Reference Centre, 2020).

Quando se referem PS a crianças, a problemática ganha outra dimensão, aumentando a complexidade e o necessário enfoque não apenas nas crianças, mas também nos contextos familiares e sociais onde se inserem.

Os estudos apontam que o “conhecimento de pais é insuficiente e inadequado para realizar os primeiros socorros em crianças vítimas de acidentes” (Santos, et al., 2019, p. 3) e que “há evidências da necessidade de criação de um programa de educação em saúde para pais e cuidadores sobre primeiros socorros em idade pediátrica, a ser promovido em instituições de saúde e escolas.” (Santos, et al., 2019, p. 7)

A enfermagem de saúde infantil e pediátrica atua em qualquer contexto onde crianças e jovens necessitem de cuidados que visem a prevenção de complicações, o autocuidado, o bem-estar e a promoção da saúde (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Ser EEESIP é trabalhar em parceria e nos diferentes contextos de cuidados onde a criança/jovem e família/pessoa significativa se encontre. Esta parceria no cuidar em pediatria pretende promover o mais elevado estado de saúde possível e pode abarcar contextos tão díspares como centros de saúde, escolas, hospitais, comunidade, cuidados continuados e casa e instituições de acolhimento (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Assim, importa reforçar que o exercício profissional do EEESIP assenta numa filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, a qual se sustenta nos cuidados centrados na família [CCF], o que por sua vez implica o respeito pelas relações e processos comunicacionais daí decorrentes. Ao conceber a família como núcleo central da vida da criança/jovem pretende-se que os cuidados de enfermagem permitam o “envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 4), ao mesmo tempo que promove as competências da criança/jovem na maximização e potenciação da saúde.

Face ao supracitado, e sustentado na premissa que o EEESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa na senda da promoção do mais elevado estado de saúde possível prestando cuidados à criança saudável ou doente e assegurando educação para a saúde (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018), a segurança e qualidade de vida foi a linha de desenvolvimento que orientou a realização do projeto: “Literacia em Primeiros Socorros: Contributos da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”.

O projeto foi desenvolvido durante os estágios nos diferentes contextos e na sua idealização e concretização foram seguidas as etapas da metodologia de projeto. Após a realização do diagnóstico de situação e depois de definidos os objetivos específicos foram realizadas atividades com vista à promoção da literacia em PS junto das crianças/jovens e famílias.

A realização dos estágios teve como objetivo geral o desenvolvimento e aquisição de CCEE e específicas de EEESIP. O objetivo geral do projeto foi promover a literacia em PS junto das crianças/jovens e famílias.

Este documento inicia-se nesta introdução onde apresentamos as considerações iniciais e conceitos gerais, bem como os objetivos do trabalho. Seguidamente desenvolvemos o enquadramento teórico sobre PS, enquadrando a sua relevância na ocorrência de acidentes e estabelecendo a sua relação com a promoção da saúde e a literacia em saúde. Neste capítulo apresentamos ainda o modelo de promoção da saúde de Nola Pender e os conceitos e modelos que sustentam e balizam o cuidar em pediatria.

Posteriormente, damos corpo ao capítulo dedicado ao percurso formativo, iniciando-o no enquadramento do nosso projeto na metodologia de projeto, passando pela descrição de cada local de estágio, respetivas atividades realizadas e análise das CCEE, específicas de EEESIP e de mestre em enfermagem. O trabalho finaliza com a conclusão, onde evidenciamos o cumprimento dos objetivos propostos, aspetos facilitadores, as dificuldades sentidas e a síntese das aprendizagens significativas.

Por último, apresentamos as referências bibliográficas, apêndices e anexos utilizados para a realização deste relatório.

O presente relatório cumpre as normas de citação e referenciação da American Psychological Association [APA] e foi redigido de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalho escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A realização deste relatório de estágio implica a necessidade de enquadrar o leitor no que foram as linhas que definiram o percurso de estágio, assim como a temática escolhida no projeto de intervenção, no porquê da sua relevância e quais as implicações para a Enfermagem.

O número de acidentes em locais públicos, em ambientes escolares e até em casa são, na sua grande maioria, presenciados por adolescentes ou crianças e muitas vezes sem nenhum adulto por perto, podendo, por vezes, o adulto ser a pessoa que necessita de auxílio, carecendo deste modo da intervenção de alguém que detenha o mínimo conhecimento em PS.

A comprovar esta afirmação o colégio da especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica declara que

“os acidentes (domésticos, viação, afogamentos, quedas, asfixia, traumatismos, queimaduras, engasgamento por objetos, ferida accidental, intoxicações, corte) são uma causa importante de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens que, associados aos elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituem um grave problema de saúde pública.” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 2)

Os PS são a primeira ação que pode contribuir para diminuir as lesões e mortalidade associadas à ocorrência de acidentes e/ou doença súbita, porém, de acordo com a literatura, a maioria da população desconhece os conceitos básicos de PS e é desprovida de conhecimento acerca da temática, não sabendo como atuar em caso de acidente (Silva, Santos, Silva, & Rezer, 2022).

Perante esta realidade, identificámos a iliteracia em PS como um problema atual, cuja inércia na resolução contribui para uma sociedade pouco segura e sem respeito pela vida humana. Deste modo, consideramos a promoção da literacia em PS uma necessidade emergente e transversal à população pediátrica e adulta.

Considerando as competências específicas do EEESIP e os referenciais teóricos que regulam o cuidar em pediatria, entendemos ser pertinente contribuir para o empoderamento do binómio criança/jovem e família capacitando-os a atuar em caso de acidente.

No que ao tema deste relatório diz respeito consideramos existir um problema real identificado e a necessidade de implementar estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010)

Deste modo, importa fundamentar e enquadrar a importância dos PS no quotidiano de cada cidadão e na sociedade atual, bem como a relevância do incremento do seu ensino desde a idade pediátrica e o contributo do EEESIP na promoção da literacia em saúde, nomeadamente em PS.

De forma a conseguirmos dar resposta à necessidade de implementação de estratégias e intervenções que respondam eficazmente ao problema identificado, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi um dos modelos norteadores do enquadramento teórico deste percurso e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e o Modelo de Cuidados Centrados na Família os guias da prestação de cuidados de enfermagem em pediatria.

1.1. PRIMEIROS SOCORROS E ACIDENTES: QUE RELAÇÃO E RELEVÂNCIA?

PS são definidos como a primeira ajuda a prestar a uma pessoa para impedir o agravamento do seu estado de saúde e traduzem-se na aplicação de técnicas simples e eficazes com o intuito de dar uma resposta rápida e inicial a uma possível emergência médica, por forma a reduzir a gravidade da situação, a diminuir o grau de sofrimento e a melhorar a hipótese de sobrevivência da pessoa acidentada ou vítima de doença súbita (IFRC - First Aid Reference Centre, 2020).

De acordo com o Global First Aid Reference Center, Centro da Federação Internacional das Sociedades da Cruz vermelha e do Crescente Vermelho [IFRC] os PS, para além de serem o instrumento que permite ajudar a reduzir lesões e sofrimento e aumentar as hipóteses de sobrevivência, são também um ato de humanidade em que o outro mostra disposição para salvar vidas sem qualquer discriminação, pelo que a formação em PS deve estar acessível a todos.

Segundo este organismo europeu “os primeiros socorros são um passo inicial vital para fornecer uma intervenção eficaz e rápida que pode ajudar a reduzir lesões e sofrimento e aumentar as chances de sobrevivência.” (IFRC - First Aid Reference Centre, 2020, p. 15)

Na enfermagem pediátrica a principal meta “é melhorar a qualidade dos cuidados em saúde da criança e de sua família” e uma das metas previstas na estrutura dos principais indicadores de saúde do Healthy People 2020 compreende “...uma vida livre de doença evitável, de incapacidades, de acidentes e de morte prematura” (Wilson & Hockenberry J., 2014, p. 46)

O conceito e definição de PS enquadra-os na esfera de atuação inicial e fulcral em caso de acidente ou doença súbita, contribuindo dessa forma para a diminuição do risco de incapacidades ou de morte prematura. Por outro lado, uma atitude complacente perante um acidente ou doença súbita poderá ter repercussões avassaladoras na vida das crianças e do binómio criança/família.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] “as lesões resultam de acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, queimaduras, intoxicações e atos de violência contra si ou contra terceiros, entre outras causas” (OMS - Organização Mundial de Saúde, 2021), sendo que as lesões não intencionais são responsáveis pela morte de 3,16 milhões de pessoas todos os anos (OMS - Organização Mundial de Saúde, 2021).

Muito embora os números apresentados pela OMS em março de 2021 reflitam as mortes causadas por homicídio e suicídio, os quais não são objeto de análise deste relatório, entre os 5 e os 29 anos, três das cinco principais causas de morte estão relacionadas com lesões, sejam elas lesões no trânsito, homicídio ou suicídio.

Por outro lado, nas crianças entre os 5 e os 14 anos, o afogamento é a sexta principal causa de morte e as quedas são responsáveis por mais de 684.000 mortes a cada ano (OMS - Organização Mundial de Saúde, 2021).

Associado a estes dados, existem ainda as lesões não fatais que são responsáveis pela ida de dezenas de milhões de pessoas aos serviços de urgência e internamento em cuidados intensivos, resultando muitas vezes em incapacidade temporária ou permanente e na necessidade de cuidados e reabilitação física e mental de longo prazo (OMS - Organização Mundial de Saúde, 2021).

A Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI, 2022) no Relatório de Avaliação de Segurança Infantil em Portugal – 2022 refere que “os traumatismos e lesões não intencionais, ou acidentes, são uma das principais causas de morte de crianças e jovens no mundo e a primeira entre os 5 e os 19 anos de idade”. (APSI, 2022, p. 2) Para além disso, estima-se que na União Europeia “por ano, ocorram aproximadamente 5.000 mortes por acidente desde o nascimento até aos 19 anos” (APSI, 2022, p. 2), que “em Portugal, entre 1992 e 2020, mais de 6500 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e lesão não intencional ou acidente” (APSI, 2022, p. 2), que “quase 150 mil crianças e jovens foram internados na sequência de um acidente, desde 2000 até 2021” (APSI, 2022, p. 2) e que “há ainda a considerar aproximadamente 200 mil chamadas de emergência (112) reencaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes [CODU] do INEM devido a acidentes, entre 2013 e 2021”. (APSI, 2022, p. 2)

Os dados relativos à mortalidade infantil e aos acidentes associados, nomeadamente às causas específicas de morte por traumatismos e lesões não intencionais, são igualmente apresentados no Relatório de Avaliação de Segurança Infantil em Portugal – 2022.

Tendo em conta o período entre os anos 2016 / 2020 e atendendo ao **gráfico 1**, podemos afirmar que os acidentes rodoviários se encontram no topo do número de mortes acidentais (apr.60%).



Gráfico 1. Nº total de mortes por acidente entre 2016 e 2020, dos 0 aos 19 anos - distribuição por tipo de acidente apresentado em % (Dados INE, Análise APSI)

Esta situação é representativa quer no grupo etário das crianças mais novas (apr.40% - **Gráfico 2**) quer no grupo etário das crianças mais velhas (apr.75% - **Gráfico 3**).

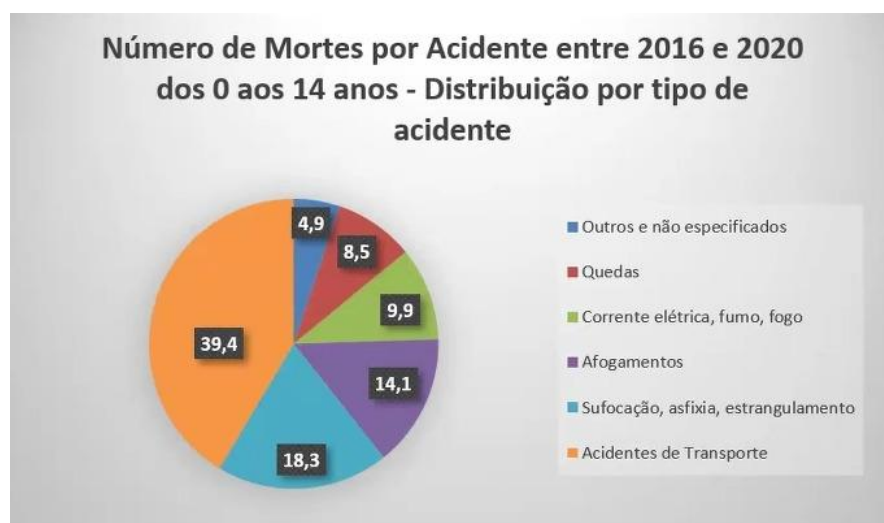


Gráfico 2. Nº de mortes por acidente, entre 2016 e 2020, dos 0 aos 14 anos – distribuição por tipo de acidente, apresentado em % (Dados INE, Análise APSI)

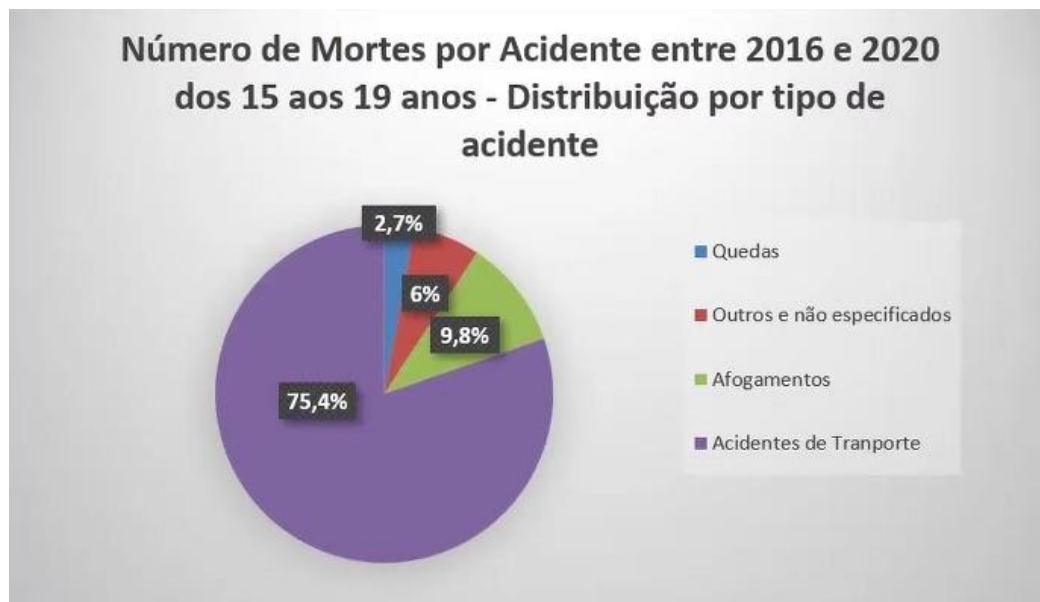


Gráfico 3. Nº de mortes por acidente, entre 2016 e 2020, dos 15 aos 19 anos – distribuição por tipo de acidente, apresentado em % (Dados INE, Análise APSI)

A análise do **gráfico 1** demonstra ainda que os afogamentos representam a segunda causa de morte accidental em todas as faixas etárias (apr.12%) e que se considerarmos todas as crianças até aos 19 anos, a sufocação, a asfixia e o estrangulamento surgem como a 3ª causa de morte accidental (8%).

No entanto, como demonstrado **no gráfico 2**, nas crianças mais novas essa percentagem é ultrapassada pela sufocação/asfixia (18%). Todavia, quando se desagregam os grupos etários a situação altera-se. No grupo dos mais novos passa a ser a 2ª causa de morte accidental e nos mais velhos tem pouca expressão percentual.

Da totalidade das mortes, 56% ocorreram no grupo dos jovens (15-19 anos) e 21% dos 0 aos 4 anos, tal como demonstra o **gráfico abaixo** (APSI, 2022).



Gráfico 4. Nº total de mortes por acidente entre 2016 e 2020, dos 0 aos 19 anos - distribuição por faixa etária, apresentado em % (Dados INE)

Ainda de acordo com o mesmo relatório, os acidentes são uma causa predominante de internamento hospitalar.

Muito embora nos últimos 20 anos se verifique uma descida do número de internamentos, a verdade é que entre “2017 e 2021, 2270 crianças e jovens por ano, em média, foram internadas na sequência de um acidente”, sendo que “os acidentes que originam mais internamentos nas crianças e jovens até aos 18 anos são as quedas, que são responsáveis por 70% do total de internamentos por acidente nestas idades”. Por outro lado, “no grupo dos 0 aos 4 anos, os corpos/objetos estranhos e as intoxicações surgem como 2ª e 3ª causa de internamento, e no grupo dos 15 aos 18 anos, a 3ª causa de internamento são as intoxicações”. (APSI, 2022, p. 11)

De uma forma geral e de maneira a dar uma perspetiva global, podemos afirmar que

“o nº de internamentos devido a quedas é maior entre os 5-9 anos e os 10-14 anos; por acidentes rodoviários dos 15 aos 18 anos; por objetos estranhos, intoxicações, afogamentos, asfixia e exposição a fumos, incêndio e chamas dos 0 aos 4 anos”, tal como podemos analisar pela **tabela 1** apresentada de seguida. (APSI, 2022, p. 11)

	0-4 Anos	5-9 Anos	10-14 Anos	15-18 Anos	Total
Corpos/objetos estranhos	3,4%	2,0%	0,9%	0,6%	6,9%
Asfixia	1,0%	0,1%	0,0%	0,0%	1,2%
Intoxicação	2,3%	0,7%	0,6%	0,9%	4,5%
Acidentes de transporte	1,2%	2,3%	4,1%	8,3%	15,9%
Quedas	17,3%	21,1%	19,3%	12,4%	70,0%

Afogamentos	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%
Exposição a fumo, incêndio e chamas	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	1,0%
Total	25,6%	26,5%	25,2%	22,7%	100%

Tabela 1. Nº de internamentos por acidente, entre 2017 e 2021, dos 0 aos 18 anos - desagregado por idade e tipo de acidente (Dados ACSS. Análise APSI)

As chamadas via 112 e respetivo encaminhamento para os CODU é uma problemática com que nos deparamos diariamente.

A APSI no seu relatório conclui que no que às chamadas encaminhadas para os CODU nacionais diz respeito,

“73% das chamadas reencaminhadas devem-se a quedas e 11% a acidentes de viação, 36% destas chamadas referem-se a acidentes com crianças entre os 10 e os 14 anos, a queda é o mecanismo de acidente mais frequente em todas as faixas etárias e com percentagens muito elevadas entre os 5-9 anos e aos 10-14 anos, os acidentes de viação aparecem em 2º lugar em todos os grupos, à exceção da faixa etária dos 15 aos 18 anos, em que a intoxicação ocupa este lugar. O número de chamadas reencaminhadas devido a quedas, acidentes rodoviários e afogamentos/mergulhos aconteceram mais com crianças dos 10 aos 14 anos, o número de chamadas reencaminhadas devido a obstrução das vias respiratórias, corpos/objetos estranhos e queimaduras/eletrocussões ocorreram mais com crianças dos 0 aos 4 anos e que houve mais chamadas por intoxicações no grupo dos 15 aos 18 anos.” (APSI, 2022, p. 13)

A **tabela 2** que apresentamos de seguida sistematiza os dados apresentados (APSI, 2022, p. 14)

	0-4 Anos	5-9 Anos	10-14 Anos	15-18 Anos	Desc.	Total
Queda	10,4%	18,2%	30,04%	14,06%	0,42%	73%
Acidente Viação	2,0%	2,12%	3,63%	3,09%	0,47%	11%
Intoxicação	1,80%	0,35%	1,22%	3,63%	0,6%	7%
Corpos/objetos estranhos	1,45%	0,98%	0,73%	0,43%	0,02%	4%
Obstrução Via Aérea	1,84%	0,29%	0,19%	0,10%	0,10%	3%
Queimadura/Eletrocussão	1,21%	0,3%	0,26%	0,17%	0,04%	2%
Afogamento/Acidente Mergulho	0,10%	0,08%	0,11%	0,09%	0,03%	0,4%
Total	19%	22%	36%	22%	1%	100%

Tabela 2. Nº chamadas para 112 por acidente reencaminhadas para CODU-INEM, entre 2017 e 2021, dos 0 aos 18 anos. Distribuição por tipo de acidente, apresentado em % (Dados INEM)

Analisados e apresentados os dados, parece-nos evidente a problemática existente em torno dos acidentes e das repercussões associadas, o que nos transporta ao tema da literacia em saúde e da literacia em PS.

1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em meados do século XX a saúde pública viu crescer um grande movimento em torno de si com sucessivas expectativas crescentes. Em resposta a este novo leque de exigências de saúde, em 1986, em Ottawa, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Com o objetivo de lançar uma série de ações entre organizações internacionais, governos nacionais e comunidades locais para atingir a meta de "Saúde para Todos" até o ano 2000 e seguintes, foram definidas estratégias básicas que passaram a constituir a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Nela foram identificadas as estratégias de defender (para impulsionar os fatores que estimulam a saúde), capacitar (permitir que todas as pessoas alcancem a equidade na saúde) e mediar (através da colaboração entre todos os setores) (World Health Organization, 2000).

A Carta de Ottawa proclama que para o indivíduo e os grupos atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social devem ser capazes de satisfazer as suas carências, identificar e realizar as suas ambições e modificar favoravelmente o meio ambiente tendo em vista a adaptação ao mesmo. Para além disso, a saúde é considerada como um recurso para a vida e não como um objetivo de vida (OMS - Organização Mundial de Saúde, 1986).

Considerando esta perspetiva alargada e abrangente, a OMS, através da Carta de Ottawa, acredita que “a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (OMS - Organização Mundial de Saúde, 1986, p. 1)

Para além disso, uma efetiva promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades requer a existência inequívoca de determinantes fundamentais como: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e a equidade de acesso a cada um deles (OMS - Organização Mundial de Saúde, 1986)

A Declaração de Jacarta - sobre Promoção da Saúde no Século XXI, formulada cerca de 10 anos depois da Carta de Ottawa, vem reforçar a ideia e a convicção de que o investimento na promoção da saúde é essencial e fulcral no desenvolvimento económico e social das sociedades e populações, reconhecendo-a como um elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde e um processo que permite que os indivíduos tenham maior controlo sobre a sua saúde e o seu melhoramento. O investimento na promoção da saúde tem um impacto direto nos determinantes de saúde, na medida em que contribui para reduzir

as desigualdades em saúde, promover os direitos humanos e o desenvolvimento económico (OMS - Organização Mundial de Saúde, 1997).

Se considerarmos a definição de promoção da saúde como o “processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle e melhorar sua saúde” (World Health Organization, 2000) facilmente compreendemos a importância do papel dos governos e organizações internacionais na persecução destes objetivos. Como tal, as sucessivas conferências globais de promoção da saúde da OMS, nas quais são estabelecidos e desenvolvidos os princípios globais e as áreas de ação para a promoção da saúde constituem-se como momentos chave de intervenção.

Nesse contexto, “a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030), das Nações Unidas, em vigor desde 2016, compromete os Estados Membros a integrar estratégias de sustentabilidade nos seus planos, programas e projetos”. (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2022)

Sendo Portugal um dos 194 estados membros da OMS, as políticas e estratégias de saúde nacionais procuram ser consensuais com a estratégia institucional da OMS e a Direção-Geral da Saúde [DGS] é o organismo que regulamenta, orienta e coordena as atividades de promoção da saúde e, entre outras atividades, assegura a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde [PNS].

Nesse sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021/2030 – Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s pretende ir ao encontro da Agenda 2030 das Nações Unidas e dar resposta ao compromisso assumido por Portugal, sendo que as estratégias de intervenção para a Saúde Sustentável centram-se também na importância e na transversalidade que a promoção da saúde deve assumir (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2021).

1.2.1 Promoção da Saúde na Infância e Adolescência

Na infância e na adolescência a promoção da saúde pode acontecer em dois grupos distintos. No primeiro em atividades dirigidas à mudança de comportamentos, focando a atenção nos estilos de vida em uníssono com a família e a comunidade onde as crianças e os jovens estão inseridos. Neste grupo, o enfoque centra-se nas atividades educativas que incidem a sua ação em variantes passíveis de mudança e controláveis pela tríade.

Por outro lado, a adoção de medidas que atuem na mudança das condições de saúde, através, por exemplo, da implementação de políticas públicas que visem o desenvolvimento da saúde e o empoderamento das populações, constitui um vetor importante de promoção da saúde na infância e na adolescência.

Um dos instrumentos orientadores das políticas nacionais de promoção da saúde em meio escolar é o Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE] que foi concebido tendo em conta outros programas e planos nacionais de saúde, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020, bem como os objetivos e estratégias da OMS - Health 2020.

Na sua visão, o PNSE advoga que “todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar” (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 4) e tem como finalidade “contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens” (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 4). Para além disso, dois dos objetivos definidos passam por “promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa” e “estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar”. (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 4)

O conceito de promoção da saúde cruza com o conceito de literacia em saúde e ambos encontram o seu campo de ação em contexto escolar. Desde 1994 Portugal é um dos 46 membros da Plataforma Europeia Schools for Health in Europe [SHE]/Escolas Promotoras de Saúde [EPS], cujo objetivo é a Promoção da Saúde na Escola e que “defende que a promoção da saúde seja parte integrante das políticas de desenvolvimento da educação e da saúde na Europa.” (DGE-Direção Geral da Educação , 2020)

Tendo como foco o conceito de EPS e a necessidade de efetivar a criação de um sistema inteiramente integrado e sustentável que de facto transforme cada escola numa EPS, em 2021 a OMS publicou o documento “Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde - Padrões e indicadores globais”. Nele podemos ler que “nenhum sistema educacional pode ser eficaz se não promover a saúde e o bem-estar de seus estudantes, funcionários e comunidade”. (World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2021, p. iv)

Esta organização mundial declara ainda que “as escolas são ambientes importantes para a educação, saúde e bem-estar” e que

“cada vez mais os governos e as comunidades escolares reconhecem que a saúde, o bem-estar e os desfechos educacionais estão intimamente interligados e que as escolas são recursos importantes para influenciar a saúde e o bem-estar de estudantes, famílias e a comunidade ampliada.” (World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2021, p. 1)

Assim, considerando a Literacia em Saúde, o relatório da plataforma Schools for Health in Europe (S.H.E) “Literacia em saúde nas escolas – Estado da arte” remete para o relatório

da OCDE sobre “O Futuro da Educação e Competências 2030”, o qual “nomeou a literacia em saúde como uma competência central para o século 21 e uma meta crítica para a educação, com o intuito de capacitar os cidadãos, aumentando o controlo sobre sua própria saúde”. (Schools for Health in Europe (S.H.E), 2020, p. 5)

Muito embora a promoção da saúde tenha nas escolas um local de excelência para aplicação de projetos e estratégias com vista ao empoderamento dos adultos de amanhã e de uma massa significativa dos adultos de hoje, a transversalidade de que se reveste e tendo em consideração o objetivo do processo, ela deverá e poderá estar presente nas diferentes fases da vida.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], enquanto programa de vigilância de saúde na infância e adolescência, “tem vindo a revelar-se, nos diferentes tipos de instituições em que ocorre, um garante de cuidados de saúde adequados e eficazes” (DGS - Direção Geral da Saúde, 2013, p. 6) e as intervenções previstas no decurso da vigilância em saúde infantil e juvenil almejam a obtenção contínua de ganhos em saúde na população pediátrica.

As linhas orientadoras a que o PNSIJ obedece torna-o o instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil que pretende “a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidade.” (DGS - Direção Geral da Saúde, 2013, p. 8) Nele, estão previstos os objetivos dos exames de saúde e a promoção da saúde e de comportamentos promotores de saúde são objetivos determinantes para o incontornável impacto positivo do programa nos ganhos em saúde das crianças e jovens residentes em Portugal.

As ações que compõem a promoção da saúde objetivam condições mais saudáveis de vida, logo não existe um local ou sede própria para a sua realização. Neste processo de promoção da saúde o enfermeiro adquire especial importância e papel de relevo ao ser o profissional de saúde detentor das competências profissionais que o capacitam para a identificação de necessidades e respetivo diagnóstico de enfermagem e subsequente implementação de estratégias com vista a dar resposta às necessidades identificadas.

1.3. LITERACIA EM SAÚDE

Segundo a OMS, aumentar a literacia em saúde das populações fornece a base a partir da qual os cidadãos podem desempenhar um papel ativo na melhoria da sua própria saúde, envolver-se com sucesso na ação comunitária para a saúde e em última instância pressionar os governos a cumprir suas responsabilidades na abordagem da saúde e da equidade na saúde (WHO - World Health Organization, s.d.).

Ou seja, a literacia em saúde promove o empoderamento das populações. O aumento da sua capacidade de tomada de decisão de forma eficaz, responsável e ativa na melhoria da sua saúde e dos pares e ou comunidade mais próxima.

Podemos afirmar que a literacia em saúde

“implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida.” (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2019, p. 6)

Deste modo, consideramos que a literacia em saúde deve ter em conta as particularidades de cada estadio de desenvolvimento para dessa forma potenciar e ir ao encontro das necessidades identificadas e por isso “as diferentes fases do percurso de vida, desde a conceção ao envelhecimento, as relações com a família, os grupos de pares e a comunidade devem ser considerados como tendo um papel central neste processo de promoção da Literacia em Saúde.” (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2019, p. 7)

O documento “Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021” apresentado pela DGS teve como objetivo a definição e implementação de objetivos promotores de literacia em saúde, integrando diferentes estratégias, iniciativas, projetos e atividades.

Atendendo ao objeto de estudo deste relatório, os objetivos gerais **1 (01)** – Adotar estilos de vida saudável, **2 (02)** – Capacitar para a utilização adequada e o objetivo **4 (04)** – Promover o conhecimento e a investigação do “Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021” vão ao encontro da necessidade identificada quando do início deste projeto de mestrado (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2019).

O **objetivo geral 1 (01)** prevê diferentes áreas prioritárias de intervenção, nomeadamente os acidentes. Como objetivos específicos pressupõe a capacitação de pais, mães e cuidadores e de crianças e jovens através da transmissão de conhecimentos por profissionais de saúde e ainda por profissionais de educação e pelas equipas de saúde escolar.

O **objetivo geral 2 (02)**, na área prioritária “gestão da saúde”, tem como objetivo específico capacitar crianças e jovens, utilizando para isso os conhecimentos transmitidos por profissionais de saúde, pais, mães e cuidadores e profissionais de educação. Neste último grupo recorrendo ao currículo escolar e à matéria de cidadania.

No **objetivo geral 4 (04)** as áreas prioritárias de atuação são os níveis de literacia em saúde e os métodos e meios de promoção de literacia em saúde. Um dos objetivos específicos passa por capacitar grupos específicos recorrendo aos profissionais de saúde, bem como à inclusão de módulos sobre literacia em saúde nos currículos (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2019).

Portanto, e indo ao encontro do preconizado pelos peritos e entidades reguladoras, desenvolver competências e capacidades de literacia em saúde é um processo que se estende ao longo da vida e

“atualmente, o aumento dos níveis de literacia em saúde na população apresenta-se como estratégico e crucial, como forma de otimizar a qualidade de vida e o bem-estar da população e como um desígnio da Saúde Pública em Portugal e na Europa” (Arriaga, 2019, p. 11)

Segundo Arriaga,

“vários estudos desenvolvidos ao longo dos anos revelam que populações com níveis mais elevados de literacia em saúde evidenciam um conjunto de indicadores positivos, como: melhor utilização dos serviços de saúde, participação ativa e informada nos cuidados de saúde, diminuição dos gastos com a saúde, redução das desigualdades em saúde e melhores resultados de saúde, assim como o aumento do bem-estar.” (Arriaga, 2019, p. 12)

O Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 representa o planeamento estratégico que se traduz numa abordagem consistente e adequada aos princípios de adequação à fase do ciclo de vida da população e das necessidades que emergem em cada uma delas, até porque

“pensar em literacia em saúde significa pensar o percurso de vida da pessoa, numa abordagem multissetorial, onde as políticas de saúde devem ser integradas e responder às necessidades das pessoas de forma estratégica e oportunista, adequadas ao setting e estadió de desenvolvimento.” (Arriaga, 2019, p. 13)

Paralelamente,

“a abordagem por objetivos e medidas estratégicas terá como tónica a adoção de comportamentos promotores de saúde, considerando na sua intervenção quatro dimensões principais, nomeadamente: o nível individual, a comunidade, os sistemas e políticas de saúde, e a multiliteracia. Todas estas devem ser consideradas de forma integrada aquando da definição de estratégias de otimização da literacia em saúde.” (Arriaga, 2019, p. 13)

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm como campo de atuação e expressão das suas competências profissionais diferentes contextos de prestação de cuidados e por isso “desempenham um papel central como promotores e ativadores da literacia em saúde, nos seus diferentes contextos de intervenção e interação: profissional de saúde – pessoa e profissional de saúde – população.” (Arriaga, 2019, p. 13)

1.3.1 Literacia em Primeiros Socorros

A IFRC através do Centro de Referência Global de Primeiros Socorros é uma importante referência e importante educador de primeiros socorros no mundo. De acordo com esta Federação Internacional,

“os primeiros socorros são um passo inicial vital para proporcionar uma intervenção rápida e eficaz que pode ajudar a reduzir lesões e sofrimento e melhorar as chances de sobrevivência. Tomar medidas imediatas e aplicar medidas apropriadas de primeiros socorros faz a diferença. Ter educação em primeiros socorros de alta qualidade, baseada em evidências disponível para pessoas em todo o mundo contribui para a construção de comunidades mais seguras e saudáveis, prevenindo e reduzindo os riscos em situações diárias de emergência, desastres e crises.” (IFRC - First Aid Reference Centre, 2020, p. 15)

O número de acidentes em locais públicos, em ambientes escolares e até em casa são, na sua grande maioria, presenciados por adolescentes ou crianças e muitas vezes sem nenhum adulto por perto, podendo, por vezes, o adulto ser a pessoa que necessita de auxílio, carecendo deste modo da intervenção de alguém que detenha o mínimo conhecimento PS (Loureiro, et al., 2022).

Em 2018 foi realizado um estudo na Hungria que aponta o ensino de PS na primeira infância como uma das formas de aumentar desde cedo a literacia em PS e desse modo potenciar a possibilidade da prestação de socorro por crianças. O mesmo estudo refere que as crianças mais pequenas, quando ensinadas, são capazes de “reconhecer situações de emergência e pedir ajuda” e que as crianças em idade escolar “são capazes de aprender habilidades básicas de PS e ressuscitação.” (Banfai, et al., 2018, p. e3)

De acordo com o Global First Aid Reference Center, centro da IFRC, nomeadamente no manual realizado pela Cruz Vermelha Belga, o ensino de PS a crianças pode ter um impacto significativo, uma vez que o conhecimento e a aquisição de competências em PS tornam as crianças capazes de reagir com eficácia numa situação de emergência e de prestar o socorro necessário aos pares ou a familiares vítimas de acidente ou doença súbita. (Belgian Red Cross-Flanders, 2020)

Segundo os autores e investigadores, quanto mais cedo as crianças iniciarem a formação e ensino em PS mais natural será para elas a prestação de auxílio na vida quotidiana (Belgian Red Cross-Flanders, 2020).

Por outro lado, Faleiros, I. et al refere que tanto as crianças como os adolescentes, devido às próprias características físicas, comportamentais e de desenvolvimento, estão mais vulneráveis às causas externas e por isso em maior risco de acidente, passando a maior parte do tempo nas escolas. Por isso, professores e funcionários são ou deverão ser os primeiros prestadores de PS em caso de acidente. Como tal, segundo os autores é fundamental que

toda a comunidade educativa esteja igualmente preparada e capacitada para intervir em caso de acidente ou doença. (Faleiros, Moreira, Gastaldi, Ribeiro, & Martins, 2021)

Reforçando esta necessidade de formação de adultos, o estudo realizado por Oliveira, WB. et al em 2022 a professores e auxiliares de uma instituição de ensino no interior do Estado de São Paulo, no Brasil, constatou que grande parte destes agentes escolares possuía conhecimento insuficiente sobre a atuação em PS, nomeadamente em situações de hemorragia nasal, convulsão, trauma ortopédico, picada de animal venenoso, corte contuso e escoriação e paragem cardiorrespiratória (PCR), sendo que após o ensino e empoderamento em PS houve um aumento significativo do conhecimento e consequentemente capacidade de atuar nestas situações (Oliveira, Gonçalves, Muller, & Carmo, 2022).

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] os acidentes domésticos e de lazer [ADL] provocam diariamente vítimas mortais e elevados custos sociais e de produtividade. O projeto EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, coordenado pelo INSA, é responsável pela monitorização e vigilância deste tipo de acidentes.

Corroborando a informação fornecida por Faleiros, I. et al, o infográfico de 2019 do EVITA (anexo I) demonstra que o espaço físico casa e a escola representam os locais onde ocorrem com mais frequência ADL, correspondendo 16% dos casos às escolas e 45% a casa (habitação).

Atendendo aos dados supracitados e remetendo para o tema da literacia em saúde, nomeadamente para o “Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021”, rapidamente fazemos a ponte entre literacia em saúde e literacia em PS, particularmente no que aos objetivos mencionados no capítulo anterior diz respeito.

A promoção e o aumento da literacia em PS têm nas escolas um local privilegiado de implementação de estratégias. Nelas, o agente facilitador dos conteúdos de aprendizagem contribui para o aumento da literacia em PS de crianças e jovens, mas também de um número significativo de adultos, tal como é desejado e preconizado pelo “Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021”.

Contudo, o contexto escolar não é o único local onde a promoção da literacia em PS pode acontecer. Já anteriormente neste trabalho fizemos referência aos diferentes e diversos contextos de prestação de cuidados onde os enfermeiros empregam as suas competências profissionais. Em cada um deles os enfermeiros são promotores de saúde e impulsionadores da literacia em saúde, logo, agentes facilitadores do conhecimento junto das pessoas e das populações, podendo delinear estratégias e planear a promoção da literacia em PS.

Tal como enunciado no Regulamento n.º 422/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018, o qual define o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP,

“o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192)

Em última análise

“os primeiros socorros são parte de uma visão comum: inspirar, encorajar, facilitar e promover atividades humanitárias, aliviando o sofrimento humano e respeitando a dignidade humana. Acreditamos que todos têm o potencial para salvar vidas. A educação e os serviços de primeiros socorros são ferramentas essenciais para alcançar estes objetivos.” (IFRC - First Aid Reference Centre, 2020)

Para isso a IFRC defende que “os primeiros socorros sejam acessíveis a todos e que pelo menos uma pessoa em cada família tenha acesso aos primeiros socorros, independentemente do seu status socioeconómico ou de outros fatores potencialmente discriminatórios.” (IFRC - First Aid Reference Centre, 2020, p. 15)

O EEESIP é o enfermeiro que presta cuidados ao binómio criança/jovem e família em todos os contextos de prestação de cuidados, sem qualquer diferenciação cultural, religiosa, socioeconómica ou qualquer outro fator passível de promover discriminação. Como tal, acreditamos que o EEESIP é o enfermeiro detentor das competências necessárias à partilha de conhecimento em PS e o potencial responsável por difundir esse conhecimento junto das populações e comunidades, contribuindo, através da educação e promoção em saúde, para uma sociedade mais segura e sensível ao sofrimento do outro, dignificando o respeito pela dignidade humana.

1.4. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Já anteriormente neste documento discutimos a temática da promoção da saúde, assim como a sua importância à vista da sociedade atual e dos objetivos em saúde junto das populações. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, assinada em 1986, teve por base a Declaração de Alma-Ata de 1978, a qual resultou da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. No final da década de 70 a OMS expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (Facchini, 2018) e afirmava e enfatizava a necessidade urgente de desenvolvimento de cuidados de saúde primários. Resumidamente, em Alma-Ata foi acordada a promoção “de cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente

fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance dos indivíduos, das famílias e da comunidade”. (Minayo & Gualhano, 2020)

No decorrer das últimas décadas do século XX a promoção da saúde ganhou especial enfoque, o qual tem tido igual repercussão nestas duas primeiras décadas do século XXI. As conferências internacionais de promoção da saúde têm acontecido ao longo dos anos e em todas e cada uma delas

“as atividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas, sendo compreendidas como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, a adoção de estilo de vida saudável, a mudança de comportamento, o lazer, e a prática de atividade física”. (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 236)

Esta preocupação crescente e cada vez mais presente com a promoção da saúde tem vindo a traduzir-se no planeamento e na implementação de estratégias que procuram dar resposta aos objetivos definidos pela OMS e assumidos pelos governos. O facto é que “o termo promoção da saúde passou a ser utilizado por todos os profissionais de saúde, sendo crescente a participação dos enfermeiros em atividades que conduzem a promoção da saúde”. (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 236)

São várias as teorias e os modelos de enfermagem que norteiam e validam a prestação de cuidados e que permitem a evolução e o crescimento da enfermagem enquanto área científica. A utilização desses

“modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Além disso podem contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando maiores chances no alcance dos objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção de doenças”. (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 236)

No que aos cuidados de enfermagem diz respeito no âmbito da promoção da saúde, identificamos o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como o mais adequado. Este modelo, desenvolvido por Nola J.Pender nos anos 70 e publicado em 1982, “fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação de suas ações.” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 236)

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender baseia-se na Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura e a sua construção é idêntica ao Modelo de Crença na Saúde desenvolvido por Becker nos anos 70. Porém, Pender não se limita a explicar o comportamento de prevenção da doença e o seu modelo não inclui o medo ou ameaça como fonte de motivação para o comportamento de saúde. O modelo da autora e teórica de

enfermagem é mais abrangente e inclui comportamentos para melhorar a saúde e aplica-se ao longo do ciclo de vida (Tomey & Alligood, 2002).

De acordo com Victor et al. (2005) o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Pender

“repousa sobre a conceção de promoção da saúde, definida como aquelas atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. O modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde.” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 237)

Esta abordagem holística da promoção da saúde engloba não apenas os aspetos físicos, mas também os mentais, sociais, psicológicos, culturais e espirituais, existindo a intenção de uma abordagem interdisciplinar, que para além da promoção da saúde atua na prevenção da doença e na promoção do bem-estar.

Segundo Tomey and Alligood (2002), este Modelo de Promoção da Saúde “identifica os fatores cognitivos e perceptivos como principais determinantes do comportamento de promoção da saúde...”, sendo que o comportamento de promoção da saúde é aquele quem tem como “fim ou resultado de ação orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem estar óptimo, realização pessoal e existência produtiva”. (Tomey & Alligood, 2002, p. 704)

Os principais pressupostos (apresentados no **quadro 1**) assentam na ciência comportamental e destacam a responsabilidade dos indivíduos na gestão dos comportamentos de saúde e respectiva alteração do ambiente. Para além disso, apontam os profissionais de saúde como parte integrante do ambiente da pessoa e presentes ao longo do ciclo de vida.

Principais Pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

1- As pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde humano único
2- As pessoas têm a capacidade da auto consciência refletiva, incluindo a apreciação das suas próprias competências
3- As pessoas valorizam o crescimento em direções entendidas como positivas e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade
4- Os indivíduos procuram regular ativamente o seu próprio comportamento
5- Os indivíduos, em toda a sua complexidade bio-psico-social, interagem com o ambiente, transformando progressivamente o ambiente e sendo transformados ao longo do tempo
6- Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital
7- A reconfiguração auto - iniciada dos padrões interativos pessoa-ambiente é essencial à mudança de comportamento

Quadro 1 – Adaptado de (Tomey & Alligood, 2002)

Considerando os parágrafos anteriores podemos afirmar que

“o modelo é uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde. Ao contrário dos modelos orientados para o ato de evitar, que se baseiam no medo ou na ameaça à saúde enquanto motivação para o comportamento de saúde, o HPM possui uma abordagem ou competência orientada para o foco.” (Tomey & Alligood, 2002, p. 706)

Nesse sentido, os postulados publicados vão ao encontro do descrito anteriormente e de entre eles ressaltamos aquele que define que “as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção da saúde.” (Tomey & Alligood, 2002, p. 706)

À luz do que tem sido descrito podemos considerar que este modelo considera saúde, pessoa, ambiente e enfermagem enquanto conceitos essenciais.

A **saúde** é vista

“sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração idade, raça e cultura, numa perspetiva holística”. (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

O conceito de **pessoa** é definido “como aquele capaz de tomar decisões, resolver problemas; a ênfase, contudo, está no seu potencial de mudar comportamentos de saúde.” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 238) Quanto ao conceito de **ambiente** “este deve ser compreendido como resultado das relações entre indivíduo e seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, relatando que esta relação proporciona um ambiente saudável.” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 238) No que ao conceito de **enfermagem** diz respeito, este está relacionado com as “intervenções e estratégias que a enfermeira deve dispor para o comportamento de promoção da saúde...” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 238)

Se considerarmos a definição de promoção da saúde da OMS¹ já aqui apresentada por nós, bem como as conceções de promoção da saúde apresentadas ao longo do texto, torna-se evidente a estreita relação com os principais conceitos apresentados por Nola Pender e o enquadramento deste relatório no modelo desta teórica de enfermagem.

A contextualização das três componentes que compõem o modelo e a sua articulação com os objetivos pretendidos nos projetos de estágio tornam-no o modelo norteador na

¹ Através da Carta de Ottawa define-se que para o indivíduo e os grupos atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social devem ser capazes de satisfazer as suas carências, identificar e realizar as suas ambições e modificar favoravelmente o meio ambiente tendo em vista a adaptação ao mesmo. Para além disso, a OMS acredita que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

prestação de cuidados de enfermagem promotores de mudança com vista a comportamentos promotores de saúde.

As três componentes que constituem o modelo são: **componente 1 - características e experiências individuais**, que inclui o comportamento anterior, ou seja, aquele que deve ser mudado, e engloba fatores pessoais; psicológicos e socioculturais; **componente 2 - sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar**, que é constituída pelas variáveis percebe benefícios para ação; percebe barreiras para ação; percebe autoeficácia; sentimentos em relação ao comportamento; influências interpessoais e influências situacionais; **componente 3 - resultado do comportamento** que compreende o compromisso com o plano de ação (ações que possibilitem o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem); exigências imediatas e preferências (sabendo que as preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento e que as pessoas não respondem tão bem a comportamentos que requerem mudança imediata) e o comportamento de promoção da saúde (resultado esperado pela implementação do Modelo de Promoção da Saúde). (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005)

Deste modo, considerando o tema deste projeto, a utilização do modelo de Nola Pender na prestação de cuidados de enfermagem ao binómio criança/família permitiu aferir quais os comportamentos anteriores relativamente aos conhecimentos e atitudes numa situação de prestação de PS e quais os fatores influenciadores desse comportamento.

A apreciação do comportamento anterior permitiu, por exemplo, aferir o comportamento da criança/jovem e família perante uma situação de acidente e a partir daí identificar os fatores influenciadores desse mesmo comportamento, sendo que na maioria das vezes a falta de formação e consequente conhecimento deficitário em PS, assim como a fraca motivação dos cuidadores no enriquecimento pessoal foram os que mais influenciaram o comportamento anterior.

Nesta fase fomos capazes de identificar o comportamento a alterar e pudemos planear as intervenções de enfermagem que produzissem junto dos utentes dos cuidados comportamentos de promoção da saúde, almejando que os mantivessem, alcançando assim o resultado esperado pela implementação do modelo de Nola Pender.

1.5. REFERENCIAIS NO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Até à Segunda Guerra Mundial a prestação de cuidados de enfermagem em pediatria estava longe da realidade atual. O conceito de CCF e o conceito de Parceria de Cuidados, ambos essenciais e fulcrais no cuidar em enfermagem pediátrica, eram totalmente desconhecidos e o cuidar em pediatria era desprovido de pesquisa ou teorias que conduzissem à adoção de uma prestação de cuidados adequada à idade pediátrica.

As mudanças sócias - económicas resultantes da segunda Guerra Mundial “possibilitaram o surgimento de grupos de lobby preocupados com a criança hospitalizada, o despertar dos profissionais de saúde pediátrica para a prática familiar e o desenvolvimento de modelos de cuidado...” (Jolley & Shields, 2009, p. 164) centrados no binómio criança-família.

No fundo, a reestruturação dos cuidados de saúde em pediatria e respetiva reestruturação dos serviços e práticas profissionais com base em modelos de cuidados resultou de um conjunto de circunstâncias de natureza científica, social e política.

Em 1959 o Relatório Platt ou Welfare of Sick Children in Hospital, publicado no British Medical Journal veio reconhecer a importância do bem-estar psicológico da criança hospitalizada, a importância da presença dos pais na promoção do seu bem-estar e a importância do envolvimento dos pais nos cuidados, fomentando assim, a abordagem centrada na família e revolucionando o cuidar em pediatria (Ministry of Health, 1959). De acordo com a comissão parlamentar que investigou o cuidado de crianças no hospital

“os hospitais eram lugares miseráveis para as crianças, onde se esperava que elas obedecessem às rotinas das enfermarias, sem permissão para brincar; onde ficar quieto era a norma aceita e onde, sob nenhuma circunstância, os pais podiam visitar fora do horário de visita declarado”. (Shields & Nixon, 1998, p. 16)

A partir desta altura o interesse pelo estudo do cuidar em pediatria ganhou relevo e da pesquisa daí resultante foram desenvolvidos vários modelos e filosofias de cuidados.

Cuidar em pediatria é um processo que, pela sua especificidade “determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais” e nessa parceria destaca-se “a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, mas para o desenvolvimento do próprio cuidado também.” (Mendes & Martins, 2012, p. 120)

Ou seja, cuidar em pediatria implica valorizar e atribuir papel de destaque à parentalidade no processo de cuidar e centrar o cuidado no binómio criança/família. Sendo que, “não encarar o cuidado centrado na família, ou seja, no binómio criança/família como beneficiários dos cuidados, não desenvolve o cuidado em parceria.” (Mendes & Martins, 2012, p. 120)

Corroborando o acima descrito, o Regulamento n.º 422/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018 expressa que o EEESIP “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Deste modo, a prática baseada na evidência é a base da prestação de cuidados do EEESIP e as teorias de enfermagem são o guia que na construção do processo de enfermagem permitem uma abordagem holística e a melhor tomada decisão quanto aos cuidados prestados às crianças e suas famílias.

O conceito de CCF é fruto da evolução do olhar sob o cuidar em pediatria. Se antes os pais eram impedidos de realizar os cuidados aos filhos internados e as visitas se resumiam a curtos períodos, “quando este conceito começou a influenciar as práticas dos cuidados, os pais passaram a ser autorizados a realizar cuidados relacionados apenas com as necessidades de autocuidado e de afeto dos filhos.” (Cerqueira & Figueiredo, 2020, p. 28)

Foi nos anos 80 e 90 do século passado que os estudos realizados permitiram que o conceito evoluísse para além da prestação dos cuidados à criança pelos pais e adquirisse uma conceção de família.

Segundo Cerqueira & Figueiredo os CCF “consideram as necessidades de todos os membros da família e não apenas da criança, ou seja, todos os membros da família são considerados clientes dos cuidados.” (Cerqueira & Figueiredo, 2020, p. 28)

Já aqui fizemos referência ao Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, contudo, o documento “Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, enuncia que a qualidade dos cuidados de Enfermagem pediátrica assenta no reconhecimento do binómio criança/família como beneficiário dos cuidados e no reconhecimento dos pais/cuidadores como principais prestadores de cuidados e potenciadores da segurança e bem-estar da criança (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, o modelo a ser utilizado pelo EEESIP na prestação de cuidados é aquele

“que se centra nas respostas às necessidades da criança e família, binómio encarado como beneficiário dos seus cuidados e que é enformado pelos valores: reconhecimento da criança como ser vulnerável, valorização dos pais/pessoa significativa como os primeiros prestadores de cuidados, maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família.” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 9)

Como lemos anteriormente, um dos princípios associados aos CCF é o conceito de **parceria de cuidados**.

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, o EOE passou a identificar os títulos de Enfermeiro Especialista (EE), nomeadamente de EEESIP, e o mesmo define que “o

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica **trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa...**” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192)

Daqui podemos aferir que “no elenco de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, o trabalho de cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (Mendes & Martins, 2012, p. 114)

O conceito de parceria de cuidados foi desenvolvido pela enfermeira neozelandesa Anne Casey e foi ela a responsável pela elaboração do primeiro modelo de prestação de cuidados direcionado especificamente para a pediatria. No final da década de 80, em 1988, desenvolveu **o Modelo de Parceria de Cuidados**.

No Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

“os pais são envolvidos ativamente pelos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados à criança. Os cuidados são planeados em função das capacidades e desejo de envolvimento dos pais. Profissionais de saúde e pais estão em igualdade, ambos negociam e partilham cuidados e tomam decisões em conjunto.” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p. 33)

A base deste modelo de cuidados em pediatria assenta no respeito e valorização das experiências dos pais nos cuidados aos filhos, sendo que, pais e enfermeiros trabalham em parceria e em conjunto são parte ativa do processo de enfermagem.

Porém, a autora faz a distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem cabendo a cada um dos intervenientes no processo de cuidar a criança os respetivos cuidados. Ou seja,

“os cuidados familiares são os que os pais prestam e resultam das necessidades quotidianas da criança e incluem os cuidados de higiene, alimentação, conforto e amor. Os cuidados de enfermagem são cuidados especializados que têm por objetivo satisfazer necessidades de saúde da criança em função do seu quadro clínico.” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p. 35)

De salientar o facto de o modelo de parceria de cuidados ajudar na comunicação com a criança e a família, dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e valorizar as competências do EEESIP (Monteiro & Cerqueira, 2020, p. 37).

Estes dois referenciais teóricos permitem estruturar conceptualmente os cuidados de enfermagem em pediatria, tornando claro que o binómio criança e família/pessoa significativa é indissociável. O Regulamento n.º 422/2018 estabelece que as competências do EEESIP passam também por assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018) tornando-os os enfermeiros mais capacitados para intervir em projetos de promoção para a saúde junto de crianças e jovens e respetivas famílias.

Contudo, para que estes projetos alcancem o sucesso, as premissas subjacentes aos CCF e à parceria de cuidados têm de estar sempre presentes, pois só assim o EEESIP trabalhará em pleno na capacitação do binómio criança/família em comportamentos promotores de saúde.

O papel do EEESIP na capacitação em PS envolve uma abordagem colaborativa entre a criança/jovem e as suas famílias, assumindo a função de facilitador das aprendizagens e veículo de transmissão de conhecimentos. É ele o responsável por ensinar e treinar as famílias, capacitando-as sobre as medidas de PS adequadas, tornando-as mais responsáveis na assunção dos papéis de cidadãos e membros de uma comunidade.

Os pais/pessoa significativa, parceiros de cuidados do EEESIP, são os melhores cuidadores das crianças e jovens e a planificação de um projeto com vista ao aumento da literacia em PS que os empodera e capacita de conhecimento passível de promover o melhor estado de saúde da criança e família foi fundamental para a sua execução.

Assim, considerando as afirmações anteriores e os objetivos dos estágios realizados nos diferentes contextos, tal como o projeto idealizado, o conceito de Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados constituíram os modelos conceptuais que nortearam este percurso.

2. PERCURSO FORMATIVO

O Mestrado em Enfermagem em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora com a duração de 3 semestres e a equivalência a 90 European Credit Transfer System [ECT] tem como objetivos:

- **“Desenvolver** conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- **Promover** a melhoria da qualidade aos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- **Capacitar** para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática linear;
- **Contribuir** para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada” (IPS/ESS, 2019a)

De acordo com o Aviso nº 16126/2019, o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica prevê a realização de 2 unidades curriculares de estágio.

O estágio I, que decorreu no 2º semestre do 1º ano entre 16 de maio de 2022 e 24 de junho de 2022 com a carga curricular de 8 ECTS e o estágio final, que decorreu no 1º semestre do 2º ano entre 15 de setembro de 2022 e 03 de fevereiro de 2023 com a carga curricular de 24 ECTS.

O estágio I decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP].

O estágio final foi composto pela realização de 3 módulos em 3 contextos clínicos diferentes, todos em contexto hospitalar: o primeiro numa Unidade de Urgência Pediátrica [UUP] de 20 de setembro de 2022 a 28 de outubro de 2022, o segundo de 31 de outubro de 2022 a 09 de dezembro de 2022 numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] e o terceiro num Serviço de Pediatria de Internamento [SPI] de 12 de dezembro de 2022 a 03 de fevereiro de 2023.

Em simultâneo com o período de realização do estágio final foi ainda elaborado um artigo científico, cujo resumo se encontra no apêndice XI, que nos permitiu fundamentar

teoricamente a questão central associada ao nosso projeto de estágio e enquadrar a importância da promoção da literacia em PS.

Com a elaboração deste artigo científico pretendeu-se aferir, com base na literatura existente, a importância da literacia em primeiros socorros nas escolas. Para isso, realizou-se uma revisão da literatura baseada em estudos e artigos recolhidos na plataforma CEBaP, base de dados PubMed, BVS e nos repositórios da Universidade de Évora, da Universidade Católica e do Politécnico de Viseu. A pesquisa efetuada permitiu identificar a necessidade de promoção de literacia em PS nas escolas a toda a comunidade educativa, bem como a necessidade de mais estudos nesta área da promoção da saúde.

Os momentos de aprendizagem e de prestação de cuidados durante os estágios permitiram a realização de atividades potenciadoras da aquisição e desenvolvimento das CCEE, das competências específicas de EEESIP e das competências de mestre.

Deste modo, este capítulo é dedicado à apresentação da metodologia de trabalho utilizada e posterior enquadramento nos objetivos de cada contexto de estágio e nas atividades desenvolvidas em cada um deles, fazendo assim a ponte com as CCEE, com as competências específicas de EEESIP e com as competências de mestre desenvolvidas e respetiva análise reflexiva.

Concomitantemente descrevemos cada um dos contextos clínicos, enquadrando-os nos respetivos momentos de estágio.

2.1 METODOLOGIA DO TRABALHO DE PROJETO

A elaboração do projeto teve por base a metodologia de projeto que

“tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 3)

Tendo em mente as palavras das autoras, quando do início deste percurso de aprendizagem foi identificado o problema ao qual queríamos apresentar soluções de resolução. Foi através da sustentação e do enquadramento teórico da problemática que facilmente colocámos em prática as atividades planeadas e devidamente enquadradas na resolução do problema.

No fundo, fomos ao encontro da definição de metodologia de projeto enquanto um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e

finalizante de um processo de transformação do real, isto é, permite prever uma mudança” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 3)

Assim, sabendo que a metodologia de projeto “é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 3) e que se divide em cinco fases distintas, nomeadamente: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação de resultados, definimo-la como a metodologia a utilizar na elaboração deste projeto.

De forma a contextualizar cada uma das etapas da metodologia utilizada importa ainda defini-las teoricamente.

Deste modo, o **diagnóstico da situação** é a etapa em que é realizada a análise integrada das necessidades da população com vista a desenvolver estratégias e ações, aproveitando os recursos disponíveis de forma a promover o trabalho em equipa dos profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação autonomia da população (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Em saúde, um projeto deve produzir benefícios que perdurem e cujos efeitos se perpetuem mesmo na ausência do projeto, deve gerar vontade para outras iniciativas no seio da equipa multidisciplinar, em particular nos enfermeiros e possibilitar o desenvolvimento global, inovador e irreversível (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O diagnóstico de situação permite identificar os problemas e posteriormente determinar as necessidades, sendo que em saúde “o problema de saúde pode ser definido como um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade.” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 11) A necessidade é definida como “a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando o necessário para corrigir o problema identificado.” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 11)

A temática deste projeto foi “Literacia em Primeiros Socorros: Contributos da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”. Antes do início do estágio foi realizado um diagnóstico de situação com uma revisão da literatura. Após o início do estágio o diagnóstico de situação foi realizado em cada contexto e pressupôs a interação e conversas diretas com as enfermeiras orientadoras e chefia de enfermagem e a observação direta para, segundo as necessidades de cada contexto, executarmos atividades específicas e direcionadas.

A etapa seguinte, **definição de objetivos**, corresponde ao momento em que se enquadra os objetivos na metodologia de projeto, em que estes se assumem como “representações antecipadoras centradas na ação “a realizar”, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de ação.” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 18)

Segundo Mão de Ferro (1999), os objetivos representam os resultados a alcançar e podem incluir diferentes níveis que vão do geral ao mais específico (Ferro, 1999). Para além

disso, devem ser “claros, de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis, mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração.” (Gouveia, as cited in (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 19)

Esta fase de planificação do projeto foi fundamental na medida em que após a elaboração do objetivo geral que definimos como sendo “Promover a literacia em primeiros socorros”, delineámos a linha orientadora para definição dos objetivos específicos de cada local de estágio. Com vista a alcançar o objetivo geral, em cada local de estágio foram definidos objetivos específicos, os quais estão explanados nos capítulos correspondente a cada local de estágio.

A terceira fase, a do **Planeamento**, é a fase de planificação do projeto e a etapa em que são “definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma.” (Hungler et al, 2001, as cited in (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 20)

Após a realização do diagnóstico de situação e da definição dos objetivos específicos fomos capazes de projetar as atividades que iríamos desenvolver, delineando e planificando estratégias e os meios a utilizar. De forma a orientar e facilitar a implementação do projeto realizámos ainda o cronograma de atividades. Porém, fruto das especificidades associadas a cada um deles os cronogramas funcionaram apenas como guias orientadores.

A penúltima fase, a da **Execução e Avaliação**, corresponde à materialização do projeto. Onde se coloca em prática tudo o que foi planeado. É nesta fase que o projeto deixa de ser uma construção mental para se tornar na construção real do projetado e embora seja a mais trabalhosa é também a mais proveitosa. Em simultâneo ocorre a avaliação final, na qual se avalia o processo e o produto do projeto. É a altura em que se questiona o trabalho desenvolvido e implica a comparação entre os objetivos definidos e os objetivos atingidos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Cada um dos projetos idealizados foi concretizado como concebido inicialmente e a descrição de cada um deles será realizada mais à frente neste relatório no capítulo correspondente a cada local de estágio.

A última etapa corresponde à **divulgação dos resultados** que se traduz na redação do relatório final. Ruivo et al (2010) acreditam que

“na área da saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, da instituição em geral ou de um serviço/departamento em específico assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes.” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 31)

Das diferentes formas existentes para divulgação dos resultados de um projeto, a realização de um relatório é uma delas. O relatório do projeto compreende um trabalho escrito

onde se materializa todo o processo de desenvolvimento do mesmo e constitui uma ferramenta fundamental na transmissão de informação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O presente documento constitui esse mesmo relatório.

2.2 ESTÁGIO I

O estágio I decorreu entre 16 de maio de 2022 e 24 de junho de 2022 sob a supervisão clínica de uma EEESIP e foi realizado tendo em conta as preferências pessoais das estudantes e de acordo com as orientações expressas na ficha da unidade curricular.

Os objetivos de aprendizagem deste momento de estágio passaram por:

“**desenvolver** o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde; **desenvolver, mobilizar e integrar** as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.” (Ramos, et al., 2022, p. 1)

De acordo com as regras estabelecidas, os contextos admissíveis teriam de ser preferencialmente “Centros de Saúde e Consultas Externas de Pediatria, Centros de Paralisia Cerebral/ CERCI, Programas ou Projetos de intervenção ou outros contextos, de acordo com as necessidades individuais de cada estudante.” (Ramos, et al., 2022, p. 4)

Deste modo, a nossa escolha recaiu numa UCSP o que permitiu ir ao encontro dos resultados de aprendizagem esperados e prestar cuidados de enfermagem personalizados e continuados na área da promoção da saúde e da prevenção da doença.

2.2.1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP

Na descrição deste contexto de estágio foi utilizada a consulta de documentos da instituição, a observação direta do local e perguntas realizadas à equipa.

A UCSP pertence à Administração Regional de Saúde [ARS] de Lisboa e Vale do Tejo, ao Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] Lisboa Norte e funciona todos os dias úteis das 08h às 20h00.

Os dados mais atuais (março 2023) apontam para um total de 89.155 inscritos com uma taxa de 20,53% de jovens, sendo que 5.254 destes inscritos correspondem a crianças com idade igual ou inferior a 6 anos e destas 598 correspondem a crianças no 1º ano de vida. Os dados apontam ainda para a realização de 3.397 Exames Globais de Saúde [EGS] e Vacinação a jovens entre os 10-13 anos e 2.530 inoculações a jovens entre os 15-17 anos. (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - UCSP X, 2023)

A alínea c) do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, define o Regulamento Interno de funcionamento do ACES. O Capítulo III, artigo 19º, define que as UCSP têm

“estrutura idêntica à prevista para a USF e presta cuidados médicos e de enfermagem personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, que integra todos os médicos da carreira especial médica da área de medicina geral e familiar, além de outros profissionais das carreiras de enfermagem e administrativa não integrados em USF.” (ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2011, p. 19265)

e têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

No âmbito da saúde infantil e juvenil é função da UCSP dar resposta ao PNSIJ e ao Programa Nacional de Vacinação [PNV].

Na UCSP onde foi realizado o estágio o módulo da saúde infantil é composto por gabinetes médicos e de enfermagem, pela sala de vacinação e pela sala de espera. Os processos clínicos são informatizados no programa informático SClínico. A equipa de enfermagem é constituída por cinco enfermeiras e destas, duas são EEESIP. Duas enfermeiras estão alocadas à sala de vacinação e dão cumprimento ao PNV e duas enfermeiras realizam as consultas de enfermagem. A quinta enfermeira encontrava-se ausente.

Atendendo aos objetivos de aprendizagem previstos para este estágio, ele foi realizado na consulta de Saúde Infantil e Juvenil e na vacinação.

2.2.2 Competências do EE e do EEESIP

Tendo em consideração o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos de estágio nesta UCP **conhecer** os cuidados prestados ao binómio criança/família na consulta de saúde infantil e juvenil; **promover** cuidados de enfermagem que potenciem a maximização da saúde da criança, jovem e família; **promover** cuidados de enfermagem que promovam comportamentos promotores de saúde; **identificar** as necessidades do serviço na área da promoção da saúde e **prestar** cuidados de enfermagem especializados a recém nascidos [RN], lactentes, crianças, jovens e famílias.

De forma a alcançar os objetivos propostos foram seguidas as etapas da metodologia de projeto e de acordo com elas planeadas e executadas as seguintes atividades:

- Reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora de forma a aferir as necessidades identificadas;

- Identificação da população-alvo de cuidados de enfermagem da consulta de saúde infantil e juvenil;
- Consulta de normas e protocolos vigentes no serviço;
- Conhecimento das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e funcionamento da UCSP;
- Análise da articulação entre o serviço e outros recursos da comunidade;
- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e modelo teórico que suporta a prestação de cuidados;
- Operacionalização estratégias que permitam colmatar as necessidades identificadas.

Na reunião realizada com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora foram apresentados e dados a conhecer os objetivos deste estágio e os objetivos pretendidos com o nosso projeto. Daqui nasceu um genuíno interesse por parte das Sras. Enfermeiras na área da promoção da literacia em PS junto das famílias e do desenvolvimento de um projeto de formação em Suporte Básico de Vida Pediátrico [SBVP] em articulação com a Junta de Freguesia da área de inserção da UCSP. Para além disso, com base no algoritmo de atuação contemplado no PNV, foi ainda identificada a necessidade de realização de um Protocolo de Atuação Clínica em situações de reação alérgica e/ou anafilática na sala de vacinação e consequente Norma de Procedimento, os quais se encontram no apêndice I, assim como posterior formação dos pares.

A Norma 010/2013 veio criar o atual PNSIJ que entrou em vigor a 1 de junho de 2013 e substituiu o Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, Orientação Técnica nº12, 2ª edição de 2005.

Das modificações de conteúdo introduzidas destacam-se: 1 - alteração na cronologia das consultas referentes a *idades-chave* da vigilância²; 2- adoção das curvas de crescimento da OMS; 3 - novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações do comportamento e os maus tratos (DGS - Direção Geral da Saúde, 2013).

A calendarização das consultas para *idades-chave* permitiu enquadrá-las em momentos e acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente no que diz respeito às etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade, possibilitando a adequação dos parâmetros de avaliação à etapa do ciclo de vida. Esta calendarização possibilitou ainda a harmonização das consultas com o esquema cronológico preconizado no novo PNV, alargando o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade e reduzindo o número de deslocações por parte das famílias.

² "Salienta-se a introdução das seguintes consultas: aos 5 anos, com o objetivo de avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem; aos 6/7 anos, para deteção precoce de dificuldades específicas de aprendizagem; aos 10 anos, para preparar o início da puberdade e a entrada para o 5.º ano de escolaridade." (DGS - Direção Geral da Saúde, 2013)

A adoção das curvas de crescimento da OMS veio permitir monitorizar o estado de crescimento de crianças e adolescentes, assim como o seu estado de nutrição, de uma forma mais aproximada ao real.

Já o novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações do comportamento e os maus tratos veio permitir o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, fomentando a articulação entre o PNSIJ, a Ação de Saúde Crianças e Jovens em Risco [ASCJR], o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPi] entre outros programas existentes.

Atendendo que a nossa prestação direta de cuidados especializados de enfermagem na UCSP tinha como objetivo a vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, a mesma teve uma altura e local próprio para acontecer, ou seja, na consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil.

Durante estas consultas, que como foi referido anteriormente aconteciam durante todo o período da manhã de segunda a sexta-feira e durante o período da tarde, pudemos, em conjunto com a Enfermeira Orientadora, realizar as intervenções que objetivam ganhos em saúde da população. Deste modo, durante as consultas realizadas pudemos: avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil [BSIJ], assim como na ficha clínica da criança utilizando o programa SClinico, estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde (aqui pude, junto das famílias e das crianças em idade escolar, conversar e ensinar acerca de PS em pequenos acidentes em casa e na rua e paralelamente promover a prevenção dos acidentes e intoxicações) e promover desde a saúde oral ao aleitamento materno.

Em 2016 com a entrada em vigor “do projeto “Notícia Nascimento”, o registo eletrónico passou a ser efetuado em formulário próprio, melhorando a comunicação entre os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários. Torna-se, assim, mais célere o acompanhamento dos novos utentes, bem como a introdução de alertas. O projeto “Nascer Utente”, também em vigor desde 2016,

“permite que todos os recém-nascidos passem a ter médico de família. A inscrição do bebé é automática e imediata no Registo Nacional de Utentes (RNU), procedendo-se à atribuição do respetivo número de utente, a constar do Cartão do Cidadão, e de médico de família.” (DGS - Direção Geral da Saúde, 2016)

Quando da primeira consulta do RN, que idealmente coincidia com a primeira consulta médica (ainda que alguns RN fossem também seguidos pelo médico pediatra em consultório privado) e era realizada na primeira semana de vida do bebé, efetuávamos a avaliação familiar

e a avaliação inicial do RN, assim como o teste de diagnóstico precoce (“teste do pezinho”)³ para rastreio de doenças metabólicas. Sabendo que este teste de diagnóstico deve ser realizado entre o 3º e o 6º dia de vida do RN e que consiste numa picada no calcanhar do bebé para colheita de sangue para análise, sendo por isso um procedimento doloroso, promovíamos a amamentação como uma das estratégias não farmacológicas para alívio da dor.

Durante o 1º mês de vida da criança as consultas de enfermagem são realizadas semanalmente. Nelas pretendíamos realizar avaliação do crescimento ponderal, a adaptação à parentalidade e apoiar a amamentação.

A partir do 1º mês as consultas iam ao encontro do preconizado no PNSIJ e eram realizadas nas *idades-chave*, sendo que a consulta de enfermagem precedia a consulta médica.

Consideramos que a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil é uma oportunidade privilegiada de observação. Como tal, permitiu detetar precocemente e, quando necessário, encaminhar situações que pudessem comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida das crianças observadas. Porém, um número significativo das crianças observadas já era seguido nesta consulta de vigilância, como tal as situações passíveis de serem detetadas já o tinham sido anteriormente e oportunamente encaminhadas ou para consultas de oftalmologia ou para médicos dentistas. Uma das crianças a quem prestámos cuidados, na altura com 8 anos, era acompanhada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ] desde os 3 anos e o estudo e acompanhamento desta criança e família permitiu-nos conhecer e entender a articulação entre as diferentes equipas multidisciplinares que integram a rede de cuidados.

No fundo, durante as consultas realizadas fomos ao encontro dos objetivos do PNSIJ, adequando a metodologia de execução das atividades utilizadas às particularidades de cada idade e de cada criança e família.

De ressaltar que o desenvolvimento infantil, como processo dinâmico e contínuo que é, implica diferentes ritmos de desenvolvimento, os quais são dependentes da própria criança, mas também dos estímulos a que está sujeita. Hoje

“sabemos que a criança é um produto de vários fatores: da evolução adaptativa da sua espécie, dos genes que herdou dos seus pais, do ambiente físico social e

³ O Programa Nacional de Rastreio Neonatal (PNRN) realiza, desde 1979, testes de rastreio em todos os recém-nascidos de algumas doenças graves, o chamado “teste do pezinho”. Estes testes permitem identificar as crianças que sofrem de doenças, quase sempre genéticas, como a fenilcetonúria ou o hipotireoidismo congénito, que podem beneficiar de tratamento precoce. Os resultados deste rastreio têm sido muito positivos. Mais de 1600 crianças doentes foram rastreadas e tratadas logo nas primeiras semanas de vida, em centros de tratamento especializados evitando-se graves problemas de saúde. Todas as análises laboratoriais do PNRN são efetuadas num único laboratório, a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, do Departamento de Genética Humana, no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, no Porto. - <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/genetica-humana/programa-nacional-de-diagnostico-precoce/>

cultural em que vive e das experiências de interação que vivencia nesse ambiente.” (Pinto, 2009, p. 677)

Por isso,

“o conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento dos pais sobre as atividades que podem ajudar a promover a aquisição das competências, podem evitar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou lacunas na estimulação da criança.” (Pinto, 2009, p. 677)

Quando da prestação de cuidados especializados na área do desenvolvimento infantil o EEESIP recorre a escalas de vigilância e de avaliação do desenvolvimento e a Escala de Mary Sheridan Modificada foi a escala utilizada por nós quando da consulta de Saúde Infantil e Juvenil, tal como preconizado no PNSIJ.

Estes momentos de prestação de cuidados especializados são da responsabilidade do EEESIP e durante a prestação de cuidados neste estágio tivemos oportunidade de desenvolver as competências previstas no Regulamento n.º 422/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018, assim como as competências de EE enunciadas no Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, 2ª série - Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, que veio revogar o Regulamento n.º 122/2011.

Podemos afiançar que este local de estágio foi rico nas oportunidades criadas para desenvolvimento e aquisição da competência “**1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**”, especificamente as unidades de competência “**E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem**” e “**E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem**” e da competência “**3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**”, especificamente as unidades de competência “**E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil**” e “**E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.**” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192)

De salientar que o modelo de parceria de cuidados, assim como os CCF foram uma constante na prestação de cuidados. Os pais e/ou as famílias foram permanentes parceiros de cuidados e as consultas tiveram sempre em linha de conta a dinâmica familiar, os conhecimentos e as preocupações dos pais e famílias. A prestação de cuidados especializados permitiu ainda agir tendo em consideração os cuidados antecipatórios para cada uma das faixas etárias e em concordância com a periodicidade de cada consulta.

Tal como referido no início deste capítulo, a vacinação de crianças e jovens fez igualmente parte dos momentos de aprendizagem e aquisição de competências de EEESIP durante este estágio. Os movimentos antivacinais emergentes revestem o reincentivo ao cumprimento do PNV de uma importância crucial, preservando desta forma o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral (DGS - Direção Geral da Saúde, 2013).

Todavia, o PNV 2020 descreve que “a administração de medicamentos pode provocar reações adversas graves, nomeadamente, reações anafiláticas que podem estar relacionadas com qualquer dos seus componentes.” (DGS - Direção Geral da Saúde, 2020, p. 71)

A reação anafilática é uma reação alérgica sistémica súbita, grave e exuberante, que se não for corrigida atempadamente pode originar a morte. É

“uma reação de hipersensibilidade generalizada ou sistémica, grave e potencialmente ameaçadora da vida que inclui sinais e sintomas, isolados ou combinados, que ocorrem em minutos ou em poucas horas após a exposição ao agente causal. Pode ser de intensidade leve, moderada ou grave. Na maioria dos casos é de intensidade leve, mas verificam-se situações que podem evoluir para a morte se não forem adequadamente tratadas.” (DGS - Direção Geral da Saúde, 2020, p. 71)

Ainda que o estágio e os cuidados prestados tenham sido em saúde infantil e pediátrica, a sala de vacinação prevê a administração de vacinas a utentes de todas as faixas etárias, logo o protocolo de atuação clínica e a norma de procedimento foram realizados tendo em conta utentes pediátricos e adultos.

Dado que o diagnóstico de anafilaxia é clínico, qualquer profissional de saúde deverá ser capaz de reconhecer uma reação anafilática e iniciar rapidamente o seu tratamento.

A realização destes dois documentos permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências de EE no “**Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**”, nomeadamente a competência “**B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica**” e a competência “**B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua**”. (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747)

No âmbito do projeto foi dinamizada uma formação de SBVP, a qual foi integrada no projeto do Plano de Ação da UCC que articulava com a UCSP no projeto da Rede Social da Freguesia abrangida e direcionada a profissionais dos Centros de Apoio à Família [CAF] e teve como objetivo geral a aquisição de competências em SBVP.

Este momento formativo teve como público alvo profissionais de diferentes instituições escolares e decorreu nos dias 7 e 8 de junho das 9h às 12h nas instalações da Junta de Freguesia.

Cada sessão de formação teve a duração de 3h. A sessão de dia 7 contou com a presença de nove formandos e a de dia 8 com oito formandos.

Foram utilizados diferentes métodos de apresentação e abordagem da temática, nomeadamente os métodos: expositivo; demonstrativo; interrogativo e ativo, tendo contado por isso contado com uma apresentação teórica do tema e posteriores bancas práticas onde os formandos colocaram em prática o aprendido.

O processo de avaliação da formação foi fundamental para percebermos o seu impacto junto dos formandos e da unidade de saúde. Para isso foi realizado um questionário de avaliação da sessão onde os formandos tiveram oportunidade de avaliar o conteúdo programático, as formadoras e a sessão tendo, inclusive, espaço para observações, sugestões e críticas.

Infra apresenta-se as tabelas correspondentes aos dados obtidos. O questionário de avaliação aplicado é divulgado no plano de sessão em apêndice (IV) neste documento.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO					
	1	2	3	4	5
Conteúdo da Ação de Formação				1	16
Estrutura do Conteúdo				1	16
Interesse/Utilidade do Conteúdo					17
Adequação do Método Utilizado					17

Tabela 3. Resultados da Avaliação – Conteúdo Programático

FORMADORA					
	1	2	3	4	5
Clareza na exposição					17
Domínio do tema					17
Estímulo à participação dos Formandos					17

Tabela 4. Resultados da Avaliação – Perfil da Formadora

AVALIAÇÃO GLOBAL					
	1	2	3	4	5
Pertinência do tema				1	16
Concretização dos Objetivos				1	16
Avaliação Global				1	16

Tabela 5. Resultado da Avaliação – Avaliação Global da Formação

Esta atividade desenvolvida por nós permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências de EE no “**Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**”. Atendendo ao descrito no Regulamento nº 140/2019, publicado em Diário da República, 2ª série - Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, a competência “**B1 — Garante um papel dinamizador no**

desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica", na qual "o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional" (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747), esteve em foco com a realização deste projeto.

2.3 ESTÁGIO FINAL

O estágio final decorreu de 15 de setembro de 2022 e 03 de fevereiro de 2023, com a devida interrupção letiva de natal prevista no calendário escolar e foi realizado por módulos. A realização por módulos teve por base o desenvolvimento do estágio final em "Unidades de Medicina/Cirurgia pediátrica; Urgências pediátricas; Neonatologia; Hospital de Dia Pediátrico, Centro de desenvolvimento CERCII/ Centro de Paralisia Cerebral, IPSS com atendimento pediátrico, ou outro consoante o percurso do/a estudante e previamente acordado com a equipa docente" (Chora, et al., 2022) e pretendeu que o estudante conseguisse desenvolver competências comuns e específicas do EE

"para a complexa abordagem da criança/jovem e suas famílias, numa perspetiva holística, científica e personalizada orientada para a Enfermagem da criança/jovem e família em situações de especial complexidade, de forma a desenvolver conhecimentos específicos, juízo clínico e crítico, destreza e capacidade para cuidar da criança/ jovem e família, maximizando os recursos das instituições de saúde e da comunidade." (Chora, et al., 2022)

Considerando que este estágio final foi realizado em três contextos clínicos diferentes, cada um com características específicas de prestação de cuidados em pediatria, os objetivos de aprendizagem foram adequados a cada um deles. Assim, com este momento de estágio tivemos como objetivos:

"desenvolver o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde; desenvolver, mobilizar e integrar as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade." (Chora, et al., 2022)

Era ainda esperado que os estudantes fossem capazes de "desenvolver, mobilizar e integrar competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade." (Chora, et al., 2022)

Assim, o estágio final aconteceu em três contextos diferentes: o primeiro decorreu de 20 de setembro de 2022 a 28 de outubro de 2022 numa UUP, o segundo de 31 de outubro de

2022 a 09 de dezembro de 2022 numa UCIN e o terceiro num SPI de 12 de dezembro de 2022 a 03 de fevereiro de 2023.

2.3.1 Unidade de Urgência Pediátrica (UUP)

Na descrição deste contexto de estágio foi utilizada a consulta de documentos da instituição, a observação direta do local e perguntas realizadas à equipa.

A UUP pertence a um Centro Hospitalar da margem sul do tejo e está localizada no piso 0 do hospital. Tem como objetivo a prestação de cuidados urgentes e emergentes à população pediátrica do concelho e de concelhos limítrofes, sendo que a população alvo engloba utentes pediátricos entre os zero e os dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias. A prestação de cuidados imediatos em situações de emergência/urgência é garantida durante as 24 horas, todos os dias do ano.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e pessoal administrativo. Da equipa de enfermagem, doze elementos são EEESIP, incluindo o enfermeiro chefe e o rácio de enfermeiros prevê a existência de seis enfermeiros no turno da manhã, seis no turno da tarde e quatro enfermeiros no turno da noite que sustentam a prática de cuidados no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey recorrendo ao método individual de trabalho.

O espaço físico é constituído por uma sala de espera, uma sala de triagem com dois postos de atendimento, três gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de oxigenoterapia, uma sala de reanimação e pelo internamento de curta duração. A sala que constitui a valência de internamento de curta duração tem 3 camas onde é possível internar 3 crianças ou jovens em simultâneo. Tem ainda um quarto de isolamento com apenas uma cama.

Esta unidade de urgência articula-se diretamente com o Serviço de Internamento de Pediatria Médica e com a consulta externa nas diferentes especialidades médicas (Estomatologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica e Ortopedia).

O acesso é global, direto (quando as crianças e jovens dão entrada com as famílias ou serviço de emergência médica) ou referenciado (pela Saúde 24). Os utentes, após fazerem a inscrição na receção, aguardam com a família ou acompanhantes na sala de espera até serem chamados para o gabinete de triagem onde um enfermeiro realizará uma triagem para avaliação da gravidade da situação clínica e onde é definido o grau de prioridade no atendimento médico com pulseira de cor, de acordo com o tempo-alvo. O sistema de triagem utilizado é o Protocolo de Triagem de Manchester [TM] adaptado à pediatria. Este protocolo “foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, com o objetivo expresso de

estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico.” (Grupo Português de Triagem, 2021)

Após o momento de triagem e consoante a gravidade da sintomatologia apresentada pelo utente o percurso poderá passar por observação imediata pela equipa médica ou por aguardar a sua vez na sala de espera.

Atendendo aos objetivos deste estágio e às competências a desenvolver e adquirir, a prestação de cuidados especializados aconteceu nas diferentes valências mencionadas anteriormente.

2.3.1.1 Competências do EE e do EEESIP

Considerando o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos de estágio nesta UUP **promover** a aquisição de conhecimentos das famílias/cuidadores no que concerne à segurança de crianças/jovens; **sensibilizar** a população para a necessidade de uma correta prestação de PS à criança/jovem; **contribuir** para a capacitação da família/cuidador em identificar e atuar adequadamente em situação de acidente com crianças e jovens; **prestar** cuidados de enfermagem a crianças/jovens em situação de doença emergente ou urgente e **prestar** cuidados de enfermagem especializados a crianças/jovens numa perspetiva de parceria de cuidados com família/cuidadores.

De maneira a alcançar os objetivos propostos foram seguidas as etapas do trabalho de projeto e de acordo com elas planeadas e executadas as seguintes ações:

- Reunião com Enfermeira Orientadora de forma a dar a conhecer os objetivos do estágio e os objetivos do projeto;
- Apresentação aos elementos de chefia da UUP, bem como à equipa multidisciplinar;
- Conhecimento da UUP, sua orgânica de funcionamento e a população alvo dos cuidados prestados;
- Avaliação com a Enfermeira Orientadora e elementos de chefia das necessidades do serviço e de que forma o tema do nosso projeto pode dar resposta às necessidades identificadas;
- Articulação dos recursos disponíveis com a realização das atividades propostas;
- Consulta de normas e protocolos de atuação existentes no serviço;
- Reflexão acerca do papel do EEESIP no seio da equipa de enfermagem da UUP;
- Identificação do modelo teórico de suporte à prestação de cuidados da equipa de enfermagem;
- Observação da prestação de cuidados do EEESIP;

- Educação, sempre que oportuno, da família/cuidadores na área da promoção da saúde e da prevenção de acidentes;
- Prestação de cuidados à população alvo da UUP tendo em perspetiva as competências específicas do EEESIP;
- Elaboração um vídeo informativo, que será visualizado na sala de espera da UUP e na entrada principal do hospital, de como proceder e que atitudes tomar em caso de queimadura;
- Participação numa rubrica na Rádio Jornal de S. acerca da prestação de PS em pediatria.

À semelhança do que aconteceu no contexto de estágio I, também aqui a reunião com a Sra. Enfermeira orientadora e com os elementos de chefia foi esclarecedora quanto à necessidade de promoção da literacia em PS. Durante a reunião, na qual apresentámos e demos a conhecer os objetivos deste estágio e os objetivos pretendidos com o nosso projeto, foram identificadas as necessidades da população alvo dos cuidados especializados de enfermagem e delineadas as estratégias de intervenção.

Tendo sempre presente as competências de EE e EEESIP e como objetivo agir segundo o estabelecido pela OE, utilizámos sempre um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos nossos cuidados (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, quando da idealização e concretização dos projetos direcionados para a promoção da literacia em PS enquadrámo-los no binómio criança/família e, numa perspetiva abrangente e alargada, estendemo-los à população em geral.

Como descrito anteriormente, a UUP é constituída por diferentes valências e a prestação de cuidados de enfermagem adequada ao momento que a criança e a família estão a experienciar.

Enquanto estudantes da especialidade em ESIP pudemos prestar cuidados especializados em cada uma das valências existentes e adquirir e desenvolver competências de EE, nomeadamente no domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade** no âmbito da competência **B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro** nas unidades de competência **B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo** e **B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais**. E ainda no domínio da **Gestão dos Cuidados** no âmbito da competência **C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde** nas unidades de competência **C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;** **C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.**

A enfermeira orientadora para além de EEESIP era chefe de equipa e tinha horário fixo, trabalhando apenas nos turnos da manhã. Uma das competências do EE no turno da manhã

passa por garantir os recursos necessários à prestação de cuidados ao verificar a medicação em falta, assim como o estado de conservação e validade. Para além disso, é ainda responsável por verificar o material existente na unidade e garantir o registo de pedido do material em falta e necessário a uma prestação de cuidados segura. Nesse sentido, durante os turnos realizados fomos responsáveis por manter um ambiente terapêutico e seguro levando a cabo as ações descritas, utilizando para isso o sistema Ekanban. Em simultâneo pudemos desenvolver competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem e da otimização da resposta da equipa e da sua articulação na equipa de saúde, quando supervisionávamos as tarefas delegadas de modo a garantir a segurança e a qualidade. Essa delegação e consequente supervisão de tarefas aconteceu sempre que necessitávamos de trabalhar em equipa com as assistentes operacionais, fosse na reposição do material consumível em falta na unidade, fosse na solicitação para entregar uma colheita de sangue venoso no laboratório de sangue, por exemplo.

O primeiro momento de contacto com as crianças, jovens e acompanhantes era a triagem. Aqui as crianças e jovens eram grande parte das vezes acompanhadas por familiares ou, quando sofriam acidentes escolares, por auxiliares de ação educativa. Este momento de observação e avaliação do utente pediátrico reveste-se de grande importância, porque é o momento em que a situação de doença da criança é identificada pelo enfermeiro e a altura que poderá condicionar o tratamento adequado. “A triagem correta implica não só a capacidade de reconhecer sinais e sintomas representativos de uma situação urgente, mas também sintomas característicos de uma situação benigna.” (Andrade, Carvalho, Fernandes, & Casanova, 2008, p. 19) Esta premissa é fundamental no cuidar em pediatria e por isso é importante que a triagem seja efetuada por enfermeiros com especialidade pediátrica e com treino adequado (Andrade, Carvalho, Fernandes, & Casanova, 2008).

As crianças/jovens recorrem à UUP pelas mais diversas razões entre elas dor abdominal, vómitos, febre, dificuldade respiratória, diarreia, traumatismos das extremidades, traumatismo crânio encefálico [TCE], entre outras. O enfermeiro triador deverá ser detentor do conhecimento que lhe permita triar a criança/jovem de forma a que esta seja encaminhada para a valência mais adequada à sua necessidade clínica. Dependendo da gravidade e sintomatologia associada poderá ser a sala de espera, a sala de oxigenoterapia, a sala de tratamentos ou a sala de reanimação.

Na sala de triagem tomámos contacto com crianças que apresentavam sintomatologia compatível com alterações fisiológicas que quando não identificadas punham em risco as suas funções vitais e consequentemente a vida. A altura do ano em que realizámos o estágio coincidiu com o início do outono e com o regresso à escola. Decorrente destes fatores deparámo-nos com muitas situações de dificuldade respiratória em crianças mais pequenas,

nomeadamente lactentes e crianças em idade pré-escolar. Quando da sua observação foi fundamental conhecer os sinais e sintomas de dispneia, particularmente adejo nasal, tiragem, polipneia, tosse, pieira ou gemido, as quais se traduziam num trabalho respiratório aumentado. De notar que a avaliação da saturação de oxigénio em ar ambiente [SPO2%] nem sempre se traduz em hipoxemia (SPO2% baixas) e por isso o conhecimento da fisiologia da respiração e do desenvolvimento infantil é fundamental para se detetar uma potencial situação de risco de vida. Nestes momentos de triagem encaminhávamos a criança ou para a sala de oxigenoterapia ou para a sala de reanimação e pedíamos apoio médico para observação imediata.

Os momentos em que a rápida identificação de focos de instabilidade foram uma prioridade estiveram relacionados com quadros de dificuldade respiratória. Para além dos quadros clínicos relacionados com esta sintomatologia prestámos cuidados a um jovem adolescente vítima de acidente de viação com suspeita de TCE. Na altura, fruto da cinemática de trauma associada e da suspeita latente, este utente foi considerado um doente crítico e encaminhado para a sala de reanimação. Nesta situação o conhecimento acerca do trauma em pediatria, assim como das lesões potencialmente decorrentes de um acidente de viação e de um TCE em idade pediátrica foram fundamentais. Ainda que não existisse um problema de vida ou morte real, existia um problema potencial. Como tal, era urgente assegurar os cuidados de saúde específicos a fim de evitar complicações e manter a normalidade das funções vitais. Deste modo, para além da monitorização contínua das funções vitais e da evolução clínica, este jovem foi sujeito a exames complementares de diagnóstico como raio-X [RX], análises clínicas e tomografia computadorizada ao crânio [TACCE].

No cuidar em pediatria, a literatura considera ser “um erro ver o adolescente como um adulto, com a sensatez e controle do adulto; do mesmo modo, também é um equívoco assumir que o adolescente tem as preocupações e expectativas de uma criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 289), por isso, quando surge um momento de tensão, como a hospitalização, é normal que o adolescente sinta necessidade da segurança e conforto da família. Para além disso, “os adolescentes que recorrem ao SU e que experienciam sentimentos de dependência e despersonalização podem reagir com rejeição, falta de cooperação, isolamento, raiva e frustração.” (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016, p. 29) Posto isto, e tendo em mente os CCF, quando da prestação de cuidados a este adolescente, o pai esteve sempre com ele, confortando-o, transmitindo segurança e confiança na equipa multidisciplinar.

Estes momentos de prestação especializados de enfermagem foram fundamentais para a aquisição e desenvolvimento da competência **2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, nomeadamente as unidades de competência **E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta**

cuidados de enfermagem apropriados e E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Dependendo da evolução clínica as crianças/jovens tinham alta hospitalar ou ficavam internados no internamento de curta duração. Dado que UUP articula os cuidados com o Serviço de Internamento de Pediatria Médica, se a necessidade de internamento se mantivesse as crianças eram transferidas para esse serviço.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e os CCF foram os modelos norteadores dos cuidados de enfermagem. Nos casos de crianças/jovens com dificuldade respiratória, por exemplo, foi nosso papel fazer o ensino adequado às necessidades de cada família de maneira que pudessem adquirir conhecimento e técnicas apropriadas à satisfação das necessidades das crianças, capacitando-os para o autocuidado, potenciando assim a capacitação do papel parental na gestão da doença, assim como a sua literacia em saúde.

“Por vezes, o recurso à urgência de pediatria é realizado sobretudo à custa de falsas urgências, implicando o aumento dos custos económicos e de recursos humanos para o tratamento de sinais e sintomas não urgentes, o que dificulta a assistência e a prestação de cuidados de enfermagem neste contexto.” (Moura, Martins, & Ribeiro, 2022, p. 30)

Foram muitos os momentos em que pudemos realizar a triagem dos utentes e ainda que muitas das situações não fossem urgentes ou emergentes do ponto de vista clínico, a preocupação dos pais e das famílias era real o que torna estes momentos de doença e de hospitalização momentos de crise. É papel do EEESIP humanizar os cuidados e adaptá-los ao binómio criança/família. Em todos os momentos foi nossa preocupação e apanágio criar um ambiente acolhedor de forma a transmitir confiança e a sensação de disponibilidade para responder às necessidades e preocupações das crianças/jovens e famílias. Esta humanização dos cuidados permite estabelecer na criança/jovem e nos seus cuidadores um sentimento de confiança e empatia com a equipa multidisciplinar, o que irá influenciar positivamente toda a relação terapêutica e consequentemente a prestação de cuidados (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016).

A par com esta situação disruptiva da dinâmica familiar, o EEESIP tem de ter em linha de conta que a experiência da hospitalização (por curta que possa ser) para a criança é “um período de elevado stress e ansiedade, durante o qual experiencia medos pois está perante um ambiente que desconhece, rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor.” (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016, p. 27) Nesse sentido, o EEESIP deve ser capaz de utilizar estratégias que se traduzam em benefícios emocionais que permitam à criança lidar com a experiência de doença e hospitalização. Ainda que o cuidar em pediatria tenha sofrido enormes avanços e franca melhoria, a verdade é que grande parte dos procedimentos são assustadores, dolorosos e desagradáveis. Por isso, é papel do EEESIP

promover os cuidados atraumáticos, na medida em que estes são aqueles que minimizam ou eliminam o stress psicológico e físico a que as crianças, jovens e famílias estão sujeitos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Em contexto de hospitalização são vários os fatores que potenciam o medo e o stress no utente pediátrico. Os principais fatores relacionam-se com a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor, sendo que em contexto de urgência todos estes aspetos ficam potenciados e consequentemente o medo e o stress associado.

Durante o estágio na UPP experienciamos diversas circunstâncias em que crianças e jovens vivenciaram estes sentimentos. Algumas desses momentos estiveram relacionados com a punção venosa periférica, com a administração de oxigénio ou com a avaliação da temperatura timpânica. No fundo, procedimentos potencialmente dolorosos e não dolorosos.

De forma a minimizar o medo e o stress associado utilizámos diferentes estratégias de cuidados atraumáticos. Deste modo, durante a prestação de cuidados especializados encorajámos a presença e participação dos pais nos cuidados, adequámos a interação à criança ou jovem e pais clientes dos cuidados (ajustando o vocabulário, posicionando-nos à altura dos olhos, disponibilizando alguma atividade que fosse do seu interesse como música, bolas de sabão ou filmes) e estivemos sempre disponíveis para informar e/ou esclarecer dúvidas ou perguntas que pudessem ter.

Estes momentos de prestação de cuidados de enfermagem foram ricos na aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente da **“competência 2 — Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”**, particularmente nas unidades de competência **“E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”** e **“E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.”** (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193)

A UUP tem projetos na área da promoção da saúde e já participou em rúbricas radiofónicas, neste sentido, no âmbito do projeto de intervenção, contactámos a Rádio Jornal da cidade para aferir o interesse numa rúbrica que abordasse a temática dos PS. Esta iniciativa foi aceite de imediato e prontamente agendada.

De acordo com o European Resuscitation Council [ERC] os PS podem ser iniciados por qualquer pessoa e em qualquer situação, nomeadamente no auto-cuidado. Ainda de acordo com este Conselho Europeu, a educação em PS deve ser universal e os comportamentos de auxílio ao próximo devem ser promovidos de forma a que uma parte alargada da população saiba como atuar (Zideman, et al., 2021).

Assim, no dia 12 de outubro de 2022 pelas 9h em direto na Radio Jornal de S. tivemos a possibilidade de abordar a questão dos PS e responder às questões colocadas pelo locutor, podendo, desta maneira, estender e alargar os conceitos e formas de atuação em PS a uma alargada franja da população da cidade.

Mais uma vez, as Competências Específicas do EEESIP estão intimamente e claramente interligadas com esta ação, porque como descrito no Regulamento n.º 422/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018, o EEESIP “**1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**”, nomeadamente a unidade de competência E1.1 com os critérios de avaliação: “**E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde**”; “**E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença**” e “**E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde**”. (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192)

Seguindo a metodologia projeto e mantendo o foco na área da promoção e educação para a saúde aferimos que seria importante disponibilizar à população que frequenta o centro hospitalar informação acerca da prevenção de queimaduras na idade pediátrica e dos primeiros socorros a prestar neste tipo de lesões.

Em Portugal, segundo o Boletim Epidemiológico relativo ao ano 2018 do INSA, e considerando o total de episódios de urgência nas unidades hospitalares da rede de notificadores ao sistema EVITA, as queimaduras nesse ano constituíram 1,1 dos ADL (Alves, Rodrigues, Mexia, Neto, & Matias-Dias, 2019).

De acordo com os dados obtidos junto do hospital, nos últimos 5 anos deram entrada na UUP 506 crianças com o diagnóstico médico de queimadura. 80 crianças em 2018, 112 em 2019, 88 em 2020, 122 em 2021 e 104 em 2022.

As complicações de saúde subjacentes a um processo de queimadura podem ter consequências fatais ou deixar marcar para uma vida inteira. Porém, a intervenção precoce e a rápida atuação na interrupção do processo de queimadura podem minimizar a mortalidade e morbilidade resultantes destas lesões.

Seguindo as orientações do gabinete de comunicação e imagem do centro hospitalar, realizámos um documento digital em formato Power Point, o qual se encontra no apêndice V deste documento, que será convertido em vídeo e visualizado nos diversos televisores deste hospital. Neste vídeo, a população terá acesso a informação acerca da prevenção de

queimaduras em crianças, bem como à forma correta de atuar e desse modo prestar os PS a uma criança que se queimou.

A disponibilização de um vídeo informativo e educacional aos utentes do hospital e consequentemente à população da cidade e de concelhos limítrofes sobre prevenção de queimaduras em idade pediátrica e correta prestação de primeiros socorros enquadra-se nas Competências **“1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**, nomeadamente a unidade de competência **“E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”**, com os critérios de avaliação: **“E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde”**; **“E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”** e **“E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”** do EEESIP.

2.3.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

A escolha deste contexto de estágio prendeu-se com o interesse em adquirir conhecimentos na área da neonatologia e desenvolver competências nesta área.

Na descrição deste contexto de estágio foi utilizada a observação direta do local, a consulta de documentos da instituição e a realização de perguntas realizadas à equipa.

A UCIN pertence a um Centro Hospitalar da cidade de L., está localizada no piso 1 do edifício hospitalar e partilha cuidados com a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, na medida em que caso haja necessidade clínica os bebés podem ser transferidos de uma unidade para a outra. Embora estas duas unidades se localizem paredes meias uma com a outra são unidades diferentes, com equipas de enfermagem diferentes.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos, cinesiterapeutas, assistentes operacionais e pessoal administrativo.

A equipa de enfermagem é composta por 4 EEESIP e o rácio de enfermeiros prevê a existência de seis enfermeiros no turno da manhã, seis no turno da tarde e cinco no turno da noite. A prestação de cuidados especializados assenta no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e nos CCF recorrendo ao método individual de trabalho.

O acesso à unidade é condicionado e limitado à família do RN e a entrada só é possível através da leitura eletrónica de um cartão de acesso ou pela abertura das portas pelo pessoal da unidade.

Os pais não têm restrição de horário para permanecer junto dos filhos, logo, podem permanecer junto dos RN durante 24h. O horário das visitas é entre as 16h30 e as 17h30 e restrito a duas pessoas, sendo que cada uma delas tem de estar sempre acompanhada por um dos pais.

O espaço físico é composto pela sala do banco de leite, que funciona todos os dias das 8h às 16h e cuja equipa é composta por enfermeiras e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é responsável pelas entrevistas às mães dadoras e pela gestão desta valência. Existe ainda uma sala onde as famílias, caso o desejem, podem fazer as suas refeições e descansar nos cadeirões que aí se encontram.

Esta UCIN tem capacidade de internamento para doze RN e cada box de internamento, para além da incubadora, está ainda equipada com aparelhos de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, equipamento para administração de terapêutica ao RN e aparelhos de monitorização cardiorrespiratória.

As boxes encontram-se isoladas umas das outras, permitindo a privacidade dos cuidados e de cada família, mas mantendo a visualização de toda a unidade.

Os RN internados na unidade são provenientes do bloco de partos, do serviço de ginecologia e obstetrícia e de outros centros hospitalares. Ainda que grande parte dos RN internados sejam pré-termo [RNP], alguns dos RN são de termo, mas com complicações clínicas que implicam internamento em cuidados intensivos. Durante o período de estágio os RN internados eram de alto risco, ou seja, RN que independentemente de sua idade gestacional ou peso ao nascimento apresentavam

“risco de morbilidade e mortalidade superior à média devido a condições ou circunstâncias associadas ao nascimento e à adaptação à vida extrauterina. O período de alto risco abrange aquele envolvendo o desenvolvimento e crescimento humano desde a viabilidade (idade gestacional na qual se acredita ser possível a sobrevivência fora do útero, ou a partir de 23 semanas de gestação) até 28 dias após o nascimento; dessa forma, envolve as ameaças à vida e à saúde durante os períodos pré-natal, perinatal e pós-natal.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 633)

Atendendo aos objetivos deste estágio e às competências a desenvolver e adquirir, a prestação de cuidados especializados neste contexto e nesta UCIN pareceu-nos a escolha mais pertinente.

2.3.2.1 Competências do EE e do EEESIP

Considerando o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos de estágio nesta UCIN **prestar** cuidados de enfermagem a recém-nascidos em situação crítica; **promover** a aquisição de conhecimentos das famílias/cuidadores no que concerne às potenciais causas de obstrução da via aérea nos lactentes; **promover** a aquisição de conhecimentos das famílias/cuidadores no que concerne aos princípios básicos de desobstrução da via aérea; **alertar** as famílias/cuidadores para a necessidade de uma correta prestação de manobras de desobstrução da via aérea; **promover** a aquisição de conhecimentos das famílias/cuidadores em suporte básico de vida pediátrico; **contribuir** para a capacitação da família/cuidador em realizar manobras de desobstrução da via aérea e **contribuir** para a capacitação da família/cuidador em realizar suporte básico de vida pediátrico.

De maneira a alcançar os objetivos propostos foram seguidas as etapas do trabalho de projeto e de acordo com elas planeadas e executadas as seguintes ações:

- Reunião a Enfermeira Orientadora de forma a dar a conhecer os objetivos do estágio e os nossos objetivos;
- Apresentação aos elementos de chefia da UCIN, bem como a equipa multidisciplinar;
- Conhecimento da UCIN, sua orgânica de funcionamento e população alvo dos cuidados prestados;
- Avaliação com a Enfermeira Orientadora e elementos de chefia das necessidades da unidade e de que forma o tema do projeto pode dar resposta às necessidades identificadas;
- Articulação dos recursos disponíveis com a realização das atividades propostas;
- Consulta de normas e protocolos de atuação existentes no serviço;
- Reflexão acerca do papel do EEESIP no seio da equipa de enfermagem da UCI;
- Observação da prestação de cuidados do EEESIP;
- Prestação de cuidados à população alvo da UCI tendo em perspetiva as competências específicas do EEESIP;
- Elaboração de um folheto sobre manobras de desobstrução da via aérea e manobras de suporte básico de vida pediátrico;
- Realização de um workshop (inserido no projeto “À conversa com os pais”) sobre manobras de desobstrução da via aérea e manobras de suporte básico de vida pediátrico.

Da reunião com a Sra. enfermeira orientadora resultou a identificação da necessidade de atualizar a informação disponível acerca do algoritmo de desobstrução da via aérea nos lactentes, a qual é entregue aos pais no momento da alta, e de retomar os momentos de ensino às famílias. Após a identificação desta necessidade, a mesma foi validada com a Sra.

enfermeira chefe da unidade, assim como com o diretor do serviço. Ambos mostraram interesse na realização desse projeto e ressaltaram a importância do mesmo.

Durante o período deste estágio nenhum bebé a quem prestámos cuidados diretos de enfermagem teve alta hospitalar, porém, tal como referido anteriormente, a UCIN encontra-se próxima à Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. Ainda que a equipa de enfermagem e os cuidados prestados sejam diferentes, a chefia é a mesma e o trabalho em equipa uma realidade. Assim, considerando que algumas famílias cujo bebé internado na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais teriam alta brevemente, o projeto de promoção de literacia em PS, concretamente em SBVP e desobstrução da via aérea (VA) foi direcionado para esses pais.

O momento da alta hospitalar corresponde uma nova fase do binómio criança/família. A partir desse momento os pais estarão sozinhos na responsabilidade de cuidar do filho e no desempenho do seu papel parental, o que poderá potenciar inseguranças e dúvidas.

Deste modo, durante o internamento do RN é papel do EEESIP desenvolver estratégias que promovam nos pais autonomia na prestação de cuidados ao RN, o que se refletirá na redução da ansiedade e na melhoria da autoconfiança, preparando-os para o momento da alta hospitalar.

Os CCF reconhecem a família como uma constante na vida da criança, como tal “os sistemas e os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar as potencialidades e a competência da família desenvolvendo uma parceria com os pais.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 68)

A capacitação e o empoderamento são dois conceitos básicos dos CCF e os profissionais de saúde, particularmente os EEESIP, devem criar oportunidades para que os membros da família manifestem as suas capacidades e competências reais e adquiram novas capacidades e competências que deem resposta às necessidades da família.

Deste modo, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”, tendo como um dos elementos importantes face à readaptação funcional “o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 19)

“No mundo, nascem todos os anos, aproximadamente, 15 milhões de recém-nascidos pré-termo (RNP), número que tem sofrido um aumento progressivo ao longo dos anos. Em Portugal, face a 2011, em 2016 registou-se um incremento da taxa de nados vivos prematuros de 7,4% para 7,8%, correspondendo a total de 6.801 nascimentos, antes das 37 semanas de gestação e independentemente do peso ao nascer.” (Costa & Calado, 2019, p. 1936)

Fruto da evolução tecnológica e consequente melhoria nos cuidados, a percentagem de sobrevivência de RNP tem vindo a aumentar. Ainda assim,

“a prematuridade é a principal causa de mortalidade neonatal, contudo, cada vez mais é garantida a sobrevivência de RNP, inclusive os grandes prematuros (abaixo das 28 semanas). Apesar destes dados, o aumento da sua sobrevida é ainda acompanhado de uma taxa de compromisso neurodesenvolvimental de 15 a 25%. Paralelamente, os estudos sobre o comportamento e desenvolvimento destes RN, bem como do seu internamento nas unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN), concluem que os cuidados prestados nos primeiros tempos de vida podem culminar em sequelas orgânicas e/ou psicológicas.” (Costa & Calado, 2019, p. 1936)

Como referido anteriormente, os RN internados durante este período de estágio eram de alto risco, sendo que uma grande parte eram RNP e destes, quatro eram gémeas. Neste período de tempo prestámos cuidados especializados apenas a dois RN de termo.

Dos motivos de internamento destacamos a asfixia neonatal, as malformações congénitas, a síndrome de dificuldade respiratória e a prematuridade extrema.

A prestação de cuidados a RN de risco está grande parte das vezes associada a procedimentos stressantes para o bebé. A gestão dos cuidados implica uma observação rigorosa, a monitorização permanente de sinais vitais [SV] e registos sistemáticos. Muitos destes RN necessitam de assistência na ventilação e por isso estão sujeitos a ventilação mecânica invasiva [VMI] e ventilação não invasiva [VNI], o que implica a realização de procedimentos invasivos, à manipulação do bebé e à permanência de dispositivos no aparelho respiratório. São RN que necessitam de monitorização constante e permanente, o que mais uma vez implica a sua manipulação e obriga à permanência de elétrodos numa pele imatura e sensível, podendo causar lesões. A par com tudo isto existe ainda a administração de terapêutica e os momentos de manipulação dos equipamentos e do RN.

De acordo com Costa & Calado (2019), os estudos sobre o comportamento e desenvolvimento dos RNP a par com o seu internamento nas UCIN concluem que os cuidados prestados nos primeiros tempos de vida podem culminar em sequelas orgânicas e/ou psicológicas nestes RN. Segundo as autoras, a literatura destaca a influência da experiência sensorial no desenvolvimento cortical, “pelo que os cuidados neuroprotetores prestados nas unidades de neonatologia são essenciais à preservação do bem-estar físico e mental do prematuro e, concomitantemente, à prevenção de patologias associados a uma vivência traumática tão precoce.” (Costa & Calado, 2019, p. 1936)

O RNP nasce sem a capacidade de se autorregular e sem estratégias para atingir um estado de harmonia e bem-estar, por isso a sobrecarga sensorial a que está sujeito durante o internamento é altamente prejudicial para o seu desenvolvimento. Deste modo, o ambiente terapêutico numa UCIN deve englobar três dimensões promotoras na neuroprotecção do RNP – ambiente humano, organizacional e físico (Costa & Calado, 2019).

Considerando o ambiente físico, que abrange a apresentação física, o meio sensorial e o ambiente estético, consideramos que

“as unidades devem ser espaços relaxantes, espaçosos e esteticamente agradáveis, onde seja propício o desenvolvimento de relações terapêuticas. Relativamente ao meio sensorial, é pretendido que todos os cuidados se baseiem na promoção de experiências positivas que proporcionem o desenvolvimento dos sistemas referentes aos sentidos (sistema sensorial tátil, sistema gustativo e olfativo, sistema auditivo e visual) O controlo do ruído e da luminosidade também objetiva o desenvolvimento saudável destes sistemas.” (Costa & Calado, 2019, p. 1937)

Relativamente ao ambiente humano o destaque vai para a comunicação eficaz, a qual transmite segurança e facilita as relações interprofissionais e da família-equipa (Costa & Calado, 2019).

A prestação de cuidados especializados durante este estágio teve por base os cuidados neuroprotetores e algumas das estratégias previstas na literatura são as utilizadas nesta UCIN. Como já mencionado, a unidade é composta por boxes individuais, devidamente insonorizadas, o que reduz o barulho proveniente do exterior do local onde está a incubadora. As janelas existentes nestes “quartos” individuais estão à altura do teto e permitem a passagem da luz solar, como tal, de forma a reduzir a luminosidade intensa, a solução encontrada pela equipa passou por tapar essas mesmas janelas com material de cor preta. Todas as incubadoras têm capas protetoras. Infelizmente, os lavatórios ainda estão dentro da unidade do RN.⁴

Nesta UCIN a estimulação tátil é uma preocupação sempre presente e por isso o método canguru é o método de eleição utilizado, sendo muito promovido junto dos pais.⁵ Para além deste método, a contenção e o colo dos pais também são uma realidade sempre presente e incentiva-se a mãe e o pai a falarem com o seu bebé (num tom suave e harmonioso).

Dado que estes RN estão permanentemente monitorizados e grande parte das vezes com suporte ventilatório e medicação em perfusão, têm muitos equipamentos dentro das suas unidades. Infelizmente, o barulho associado aos alarmes destes aparelhos ainda não foi eliminado, muito embora seja uma preocupação da equipa de enfermagem e estejam alerta para esta questão. Existe ainda a preocupação em realizar os procedimentos aos RNP dentro das incubadoras.

A capacitação parental é igualmente importante na melhoria do ambiente terapêutico. Nesta UCIN os pais são ensinados e empoderados a cuidarem de forma adequada dos seus

⁴ Relativamente ao ambiente físico, as principais recomendações são os quartos familiares, paredes insonorizadas, bem como a otimização de todos os utensílios que possam provocar ruído (lavatórios afastados das unidades dos RN) ou luminosidade intensa (afastar as incubadoras das janelas) (Costa & Calado, 2019, p. 1942)

⁵ O Método de Canguru é um modelo de assistência ao recém-nascido prematuro e a sua família, internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, voltado para o cuidado humanizado e que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019)

bebés, contribuindo desta forma com uma estimulação positiva para o desenvolvimento dos RN (Costa & Calado, 2019).

O cuidar engloba também a capacitação dos pais para o papel parental, que no caso de RNP ou de RN internado em unidades de cuidados intensivos pode levantar questões psico-afetivas. É normal que durante a gravidez os pais passem pelo processo de desejar que o seu filho seja perfeito e sem problemas de saúde, podendo surgir o medo que tal não aconteça. Em situações de partos prematuros ou de RN de termo com necessidade de internamento numa UCIN os processos familiares podem ficar alterados e os pais experienciam emoções dolorosas associadas a sentimentos confusos e esgotantes que os podem afastar do papel parental e consequentemente do filho RN.

Durante o processo de gravidez os pais iniciaram o processo de idealização do seu bebé e a adaptação ao bebé real é um processo que se pode revelar moroso e doloroso e o EEESIP tem um papel crucial ao formar com os pais uma forte equipa de apoio.

Quando do nascimento destes RN, em especial dos RNP, surge o confronto entre o bebé idealizado e o bebé real, o que pode conduzir a sentimentos de depressão, zanga e tristeza até que a situação seja aceite.

Nesse sentido, o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e os CCF são os modelos de referência nesta UCIN e durante o processo de cuidar o binómio criança/família foi nosso apanágio ajudar as famílias a aceitar o bebé real. Para isso incentivávamos os pais a falar dos seus sentimentos e preocupações fazendo-os sentir parte da equipa de saúde. Promovíamos a integração precoce dos pais nos cuidados ao RN tornando-os parceiros de cuidados, promovendo uma aprendizagem permanente e crescente facilitando a aquisição de competências cuidativas, oferecíamos as condições necessárias para os pais estarem junto dos seus filhos estimulando o contacto precoce pais / filho e incentivando o aleitamento materno.

De ressaltar que muitas destas famílias tinham antecedentes culturais e educacionais muito díspares, muitas vezes distintos da cultura portuguesa. Estas diferenças culturais podem, quando não respeitadas e compreendidas, conduzir a situações comprometedoras do cuidar e consequentemente do bem-estar do RN e da família. Porém, sem nunca comprometer os cuidados ao RN, toda a equipa de enfermagem com quem prestámos cuidados especializados tinha em mente o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais das famílias clientes dos cuidados.

Os momentos de prestação de cuidados especializados associados às situações descritas potenciaram a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP.

No **“domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”**, na competência **“A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo**

de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, nomeadamente na unidade de competência **“A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”**, na competência **“A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”**, nomeadamente nas unidades de competências **“A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos”** e **“A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”** e ainda no domínio da **“Melhoria Contínua da Qualidade”**, no âmbito da competência **“B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”**, em concreto da unidade de competência **“B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade”** (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746), existiu uma clara aprendizagem e aquisição de competências de EE.

Relativamente às competências de EEESIP, estes momentos de estágio foram importantes para a aquisição e desenvolvimento da competência **“1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”** nas unidades de competência **“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”**, assim como da competência **“2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”**, em especial as unidades de competência **“E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”**; **“E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”**; **“E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”** e da competência **“3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** nas unidades de competência **“E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”** e **“E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.”** (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192)

Como UCIN que é, a prestação de cuidados de enfermagem é altamente diferenciada e combina a existência de tecnologia avançada com enfermeiros treinados e especializados na prestação dos cuidados ao RNP ou doente.

A realização do estágio nesta unidade permitiu-nos prestar cuidados especializados e diferenciados a RNP e RN de termo doentes.

Estes RN encontravam-se todos dentro de incubadoras devidamente aquecidas e com controlo de temperatura e humidade. Todos eles tinham sensores colocados os quais estavam ligados por fios e cabos a monitores que vigiam a frequência cardíaca [FC], a frequência respiratória, a tensão arterial, a SPO2% e a temperatura. A avaliação do peso corporal é realizada dentro da própria incubadora, que tem balança incorporada, permitindo a manutenção do bebé no seu interior.

Muitos destes RN tinham necessidade de VMI que por norma estava associada a Doença da Membrana Hialina [DMH]⁶, infeção (sépsis/pneumonia), síndrome de aspiração meconial e anomalias congénitas do trato respiratório ou cardíacas e por apneia devido a prematuridade ou anoxia, o que implicava a manutenção tubo do tubo endotraqueal [TOT] e consequente cuidados especializados ao RN ventilado, particularmente a monitorização da coloração do RN, a presença de conforto ou agitação e na ventilação pulmonar a sincronização do movimentos da caixa torácica com os ciclos do ventilador. Para além disso, é fundamental vigiar o correto funcionamento do ventilador, a disposição das tubuladuras, o sistema de aquecimento dos gases e a ausência de condensação. Estes bebés, pela especificidade associada à VMI, tinham necessidade de realização de gasimetria arterial⁷ que na ausência de uma cateter arterial, como por exemplo o cateter umbilical, implicava a punção capilar ou venosa.

No contexto de VMI uma das experiências vivenciadas foi a entubação orotraqueal a um RNP de 28 semanas. Durante o procedimento o bebé ficou bradicárdico (FC abaixo de 60bpm) e com baixas saturações periféricas havendo necessidade de iniciar ventilação assistida com insuflador manual e compressões torácicas. A realização de SBV foi o suficiente para a estabilização hemodinâmica deste bebé e foi entubado com recurso a uma lâmina 00 e um TOT nº3 que ficou ao nível 7 da comissura labial.

Outro RN a quem prestámos cuidados especializados foi uma bebé de termo (41 semanas de gestação) vinda de um hospital particular para continuidade de cuidados especializados. Esta bebé, filha de mãe diabética, era um bebé macrossómico, logo, grande para a idade gestacional [GIG], pesando cerca de 4,300kg. Durante o parto ficou presa no canal de parto e foi realizado o corte do cordão umbilical. No entanto, a equipa que realizou o parto teve dificuldade na extração da RN havendo necessidade de uma extração a vácuo.

⁶ A DMH é a doença pulmonar que acompanha a prematuridade e cursa com uma atelectasia progressiva, que, nas formas mais graves, pode levar à insuficiência respiratória e ao óbito. A incidência e a gravidade da DMH estão diretamente relacionadas à idade gestacional. A causa primária da DMH é a deficiência de surfactante (Moreira & Lopes, 2004).

⁷ A gasimetria arterial é o exame complementar diagnóstico que permite a melhor e mais correta avaliação do estado respiratório (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014).

Esta demora fez com que a bebé ficasse privada de oxigénio durante aproximadamente 5 minutos conduzindo a uma potencial Encefalopatia Hipoxico Isquémica [EHI]. No decorrer desta situação clínica foi iniciada hipotermia terapêutica de forma a diminuir as lesões das células cerebrais. A Hipotermia Induzida no tratamento da Asfixia Perinatal é um método terapêutico que deve ser iniciado o mais rapidamente possível e até 6h após o parto. Neste tratamento o RN é arrefecido até aos 33,5°C durante 72h, tempo após o qual é reaquecido lentamente. Durante estas 72h, para além da monitorização permanente dos SV, também a função cerebral é monitorizada permanentemente (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012).

Fruto deste parto difícil a bebé tinha ainda uma bossa serossanguínea ou caput succedaneum⁸ e uma paralisia do plexo braquial do membro superior esquerdo. Durante as 72 h que foi mantida em hipotermia terapêutica os estímulos foram limitados e reduzidos, porém, após o término deste tratamento terapêutico foi iniciada cinesioterapia.

Outra vivência de prestação de cuidados especializados durante este período de estágio esteve relacionada com a admissão de um RNP de 34 semanas, cujo parto foi realizado na maternidade deste centro hospitalar. Por instabilidade hemodinâmica da mãe, devido a um quadro de eclâmpsia⁹, houve necessidade de realizar cesariana.

Associado à necessidade de administração de terapêutica, provisão energética, hídrica e eletrolítica, de monitorização permanente e às condições clínicas, uma das prioridades da equipa que recebeu este RN na unidade foi a colocação de um acesso vascular central. Neste caso, um cateter umbilical venoso.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia

“em unidades em que a experiência de colocação de cateteres epicutâneo-cava é diminuta, ou em recém-nascidos em que o tempo previsto de cateter central seja inferior a 5 dias, deve ser programada, de início, a colocação de um cateter na veia umbilical.” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2012, p. 5),

sendo que “os cateteres umbilicais, arteriais ou venosos, não devem ser introduzidos após as 12 horas de vida, pelo elevado risco de infeção (forte colonização do coto umbilical logo após o nascimento) e de deslocação de eventuais trombos.” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2012, p. 5)

⁸ “Bossa serossanguínea (caput succedaneum): é a alteração mais frequentemente encontrada após o nascimento. Caracteriza-se por edema de couro cabeludo, depressível, de limites imprecisos que inicialmente se restringe à área de apresentação do parto e que pode se deslocar para outras regiões conforme o decúbito.” (Secretaria de Estado da Saúde, 2015, p. 14)

⁹ “A eclâmpsia corresponde à ocorrência de convulsões e/ou coma numa doente com pré-eclâmpsia, não atribuíveis a outra causa. As convulsões podem ocorrer antes, durante ou depois do parto...” “Os princípios fundamentais da intervenção numa doente com eclâmpsia são: o controlo das funções vitais maternas, o controlo das convulsões e prevenção da sua recorrência, correção da hipoxemia e/ou acidemia materna e programação do parto assim que a doente esteja estabilizada.” (Cunha, 2015, p. 14)

Para além dos ganhos obtidos pela observação da realização desta técnica (totalmente nova para nós), assim como dos procedimentos associados, foi imprescindível aprender acerca dos cuidados ao cateter umbilical, porque para além deste RN existiam mais bebés com cateteres umbilicais venosos, alguns dos quais a quem prestámos cuidados de enfermagem especializados.¹⁰ Sabendo que quanto maior o número de lúmenes, maior o risco de infeção, deve ser usado o cateter venoso central (CVC) com o menor número de lúmenes e de portas de entrada, mas com a devida adequação à situação clínica do RN. Os sistemas de administração de medicação devem estar acoplados a seringas de lavagem previamente preenchidas com soro de modo a diminuir o número de aberturas do circuito, reduzindo o risco de infeção. A manipulação dos circuitos endovenosos até à ligação ao cateter tem de ser realizada com técnica asséptica e na manipulação das torneiras e conexões dos circuitos ligadas ao CVC é obrigatório o uso de luvas esterilizadas. Para além disso, as portas de entrada, conexões e torneiras têm de ser desinfetadas antes e depois de cada manipulação friccionando durante pelos menos 15 segundos e todas as torneiras têm que estar fechadas quando não estão a ser usadas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2012).

A prestação de cuidados de enfermagem a RN internados numa UCIN é altamente especializada e diferenciada e a prestação de cuidados especializados nesta UCIN proporcionou diferentes momentos de aprendizagem e de aquisição de competências.

Aqui pudemos adquirir e desenvolver competências de EEESIP nomeadamente a competência **“2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”** principalmente as unidades de competência **“E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”** e **“E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.”** (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193)

Dado que a área da neonatologia, em particular numa UCIN, foi uma área de prestação de cuidados totalmente nova, na qual não tínhamos experiência profissional, pudemos ainda adquirir e desenvolver competências de EE no **“Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** na competência **“D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”**, nas unidades de competência **“D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”** e **“D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual**

¹⁰ “Qualquer cateter, central ou periférico, deve ser prontamente removido logo que deixe de ser necessário. Os cateteres umbilicais, venosos e arteriais, são os cateteres centrais com maior taxa de complicações infecciosas. Aconselha-se o 5º dia de vida como limite de permanência máximo para os cateteres umbilicais venosos e arteriais embora o CDC admita como tempo máximo de permanência 14 dias para o cateter venoso umbilical, e até ao 5º dia de vida para o cateter arterial umbilical, desde que manipulados de forma asséptica. A manutenção asséptica do local de inserção destes cateteres é extremamente difícil e a colonização bacteriana do coto umbilical é muito precoce e intensa, motivo pelo qual a manutenção destes cateteres para além do 5º dia deve ser fortemente ponderada. Os cateteres da artéria e da veia umbilical devem ser removidos e nunca substituídos, se houver sinais de infeção relacionada com o cateter, insuficiência vascular dos membros inferiores ou trombose.” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2012, p. 8)

e organizacional” em particular nos critérios de avaliação **“D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção”** e **“D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.”** (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749)

Segundo a literatura

“a maioria das situações de OVA nas crianças ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões. São situações frequentemente presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a vítima consciente.” (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2022, p. 20)

Com base neste conhecimento e no âmbito do projeto de intervenção, após entregarmos aos pais o folheto atualizado em SBVP e desobstrução da VA, o qual se encontra no apêndice VI deste documento, realizámos momentos de conversa durante as quais visualizaram uma pequena apresentação do algoritmo e do procedimento e onde puderam adquirir novas competências de atuação e colocar as suas dúvidas.

Ainda de ressaltar que a cidade onde foi realizado o estágio é cosmopolita, com uma grande diversidade cultural e étnica e, por isso, algumas famílias só falavam inglês, não compreendendo de todo português. Numa perspetiva de pluralismo cultural e proteção dos direitos humanos o mesmo folheto, que se encontra no apêndice VII deste documento, foi redigido em inglês e as conversas com essas famílias foram faladas em inglês.

Pelas suas características, a realização deste projeto foi rica na aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EEESIP. As competências de EE a destacar são as do **“Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”**, nomeadamente a competência **“A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”** especialmente da unidade de competência **“A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”**; a competência **“A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** especialmente da unidade de competência **“A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos”**; a competência **“B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro”** especialmente da unidade de competência **“B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo:”** e no **“Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”**, em especial a competência **“D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”** nas unidades de competência **“D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”**; **“D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica”** e **“D2.3 — Promove a formulação e**

implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746)

No que às competências de EEESIP diz respeito destacamos a competência **“1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**, particularmente a unidade de competência **“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”**, a competência **“3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** particularmente a unidade de competência **“E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.”** (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192)

2.3.3 Serviço de Pediatria Internamento

O SPI localiza-se no mesmo centro hospitalar onde foi realizado o estágio na UUP, como tal, a escolha desta valência hospitalar permitiu conhecer a dinâmica da continuidade de cuidados e o circuito da criança e do jovem dentro da instituição hospitalar.

Na descrição deste contexto de estágio foi utilizada a consulta de documentos da instituição, a observação direta do local e perguntas realizadas à equipa.

O SPI está localizado no piso 5 do hospital e tem “como missão, a promoção da saúde de todas as crianças prestando cuidados médicos especializados, com respeito pelas suas particularidades ao mesmo tempo que procura estimular o desenvolvimento de todos os seus profissionais”, conforme documentação referida pela equipa do serviço.

À semelhança da UUP, a população alvo dos cuidados são crianças e jovens residentes no concelho e em concelhos limítrofes e engloba utentes pediátricos entre os zero e os dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias, dando cumprimento ao explanado na Convenção sobre os Direitos da Criança¹¹ e da Carta da Criança Hospitalizada [CCH].

Como referimos anteriormente neste documento, o SIP articula-se diretamente com a UUP e ainda com a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), com a consulta externa nas diferentes especialidades médicas (Otorrinolaringologia, Estomatologia, Ortopedia, Cardiologia e Cirurgia Pediátrica) e com outras unidades hospitalares.

A prestação de cuidados em regime de internamento é garantida durante as 24 horas, todos os dias do ano.

¹¹ “Definição de criança: A criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo.” (UNICEF - Fundo da Nações Unidas para a Infância, 2019, p. 8)

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos pediatras, cirurgiões pediátricos (existindo apenas dois neste centro hospitalar), assistentes operacionais, assistente administrativa, psicóloga, assistente social e uma educadora de infância. A equipa de enfermagem é constituída por cinco EEESIP, incluindo o enfermeiro chefe, e o rácio de enfermeiros pressupõe a existência de seis enfermeiros no turno da manhã, seis no turno da tarde e quatro enfermeiros no turno da noite.

As instalações deste serviço caracterizam-se por serem espaçosas, com muita luz natural e onde houve preocupação com a humanização dos cuidados, dado que a decoração dos corredores foi pensada nos doentes clientes dos cuidados e tornada mais harmoniosa.

Em termos organizacionais este serviço integra três áreas distintas de prestação de cuidados e tem um total de vinte e uma camas para internamento.

Sabendo que “a admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (IAC - Instituto de Apoio à Criança, 1988, p. 6), uma das áreas existentes é o Hospital de Dia. Esta valência do SPI funciona de segunda a sexta feira das 9h às 16h e dá resposta à prestação de cuidados médicos e de enfermagem a crianças e jovens com patologias do foro médico, cirúrgico e oncológico que se encontram em regime de ambulatório. Nesta área, e após marcação prévia em agenda, pode-se proceder à administração de terapêutica ambulatoria, ser realizada a reavaliação de exames complementares de diagnóstico e o utente pediátrico pode ser observado pelo médico. Estes utentes são encaminhados da UUP, da consulta externa ou do SPI e são utentes com doença crónica ou em situação de doença aguda.

Para além da humanização dos cuidados em pediatria, permitindo ao binómio criança/família estarem no ambiente familiar habitual, o Hospital de Dia permite a redução de internamentos de longa duração e de recorrências à UUP.

A área da pediatria médica prevê o internamento de crianças e jovens com patologias da área médica. Aqui, a capacidade é de quinze internamentos e os quartos podem ser individuais ou duplos. Por norma, os quartos individuais são reservados para crianças cuja situação de doença obrigue a isolamento ou para adolescentes. Considerando que os serviços de saúde

“devem dar resposta às necessidades de saúde dos adolescentes de modo integrado e num ambiente adequado, uma vez que, quando os adolescentes adoecem e se torna necessária a hospitalização, esta se constitui numa situação difícil de aceitar e gerir, tanto para o jovem quanto para sua família.” (Abreu & Martins de Azevedo, 2012, p. 22),

os adolescentes internados no SPI ficam em quartos individuais, garantindo assim a sua privacidade e a integração da prestação de cuidados nas necessidades desta faixa etária.

De salientar ainda o facto de nesta área poderem ocorrer internamentos de ordem social, os quais poderão, ou não, estar associados a critérios de ordem clínica.

A área da pediatria cirúrgica tem seis unidades atribuídas. Duas dessas vagas são para internamento de ambulatório e quatro para internamento no serviço. Os utentes pediátricos acolhidos nesta área são utentes com patologia cirúrgica que engloba desde cirurgia geral, estomatologia, ortopedia, otorrinolaringologia e oftalmologia e utentes para cirurgia de ambulatório prevista no Sistema Informático de Gestão de Inscritos para Cirurgia [SIGIC]. A criação do SIGIC em 2004 teve como objetivos “garantir a equidade do acesso, reduzir o tempo de espera, garantir a qualidade e a transparência da informação e promover a eficiência global do sistema através da otimização da gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia e dos recursos afetos.” (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, 2023)

“Brincar é um direito, uma fonte inesgotável de alegria, uma atividade fundamental para o desenvolvimento do ser humano e essencial para a saúde física e mental” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2022) e por isso o SPI tem uma sala de atividades que funciona durante os dias de semana das 09h às 17h. Em conjunto com a educadora de infância as crianças e jovens internados podem realizar jogos e atividades lúdicas adaptadas a cada faixa etária. Embora esta sala tenha um espaço bastante reduzido, contempla também uma mesa com computador que pode ser utilizado para jogos interativos.

Ainda que durante a pandemia Covid 19 os horários de permanência no serviço tenham sofrido alterações, o artigo dois da CCH afirma que “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (IAC - Instituto de Apoio à Criança, 1988, p. 7). Deste modo, o funcionamento do serviço permite a permanência de um dos cuidadores durante 24h com a criança ou adolescente internado e a possibilidade de receber uma visita no período das 17h às 18h.

A segurança é uma prioridade no cuidar em pediatria e agindo na prevenção contra o rapto de utentes pediátricos, o acesso ao SPI realiza-se apenas por uma porta que está sempre fechada, cuja abertura necessita da introdução de um código. Para além disso, todos os utentes são portadores uma pulseira eletrónica que alerta com fortes sinais sonoros se a criança ou o adolescente saírem do serviço sem conhecimento da equipa e sem a pulseira ser desligada no sistema informático.

Considerando a continuidade na prestação de cuidados, o método de trabalho utilizado é o método individual. A atribuição dos doentes é feita no início do turno pelo enfermeiro responsável de turno e, sempre que possível, o mesmo enfermeiro presta cuidados às mesmas crianças durante o seu internamento. O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e os CCF são uma constante e uma realidade neste serviço onde se pretende alcançar a rápida recuperação da situação de doença e promover a autonomia para que o binómio

criança/jovem e família possam voltar rapidamente ao seu meio sociocultural e ambiente familiar.

Atendendo aos objetivos deste estágio e às competências a desenvolver e adquirir, a prestação de cuidados especializados neste serviço de internamento pareceu-nos a escolha mais adequada.

2.3.3.1 Competências do EE e do EEESIP

Tendo em foco o objetivo geral do projeto, definimos como objetivos específicos de estágio neste SPI **promover** a aquisição de conhecimentos das famílias/cuidadores no que concerne à segurança de crianças/jovens; **sensibilizar** a população para a necessidade de uma correta prestação de primeiros socorros à criança/jovem; **contribuir** para a capacitação da família/cuidador em identificar e atuar adequadamente em situação de acidente com crianças e jovens; **aumentar** a literacia em primeiros socorros; **prestar** cuidados de enfermagem a crianças/jovens em situação de doença aguda ou crónica; **prestar** cuidados de enfermagem especializados a crianças/jovens numa perspetiva de parceria de cuidados com família/cuidadores.

De forma a alcançar os objetivos propostos foram seguidas as etapas do trabalho de projeto e de acordo com elas planeadas e executadas as seguintes atividades:

- Reunião com a Enfermeira Orientadora de forma a dar a conhecer os objetivos do estágio e os nossos objetivos;
- Apresentação aos elementos de chefia do Serviço de Internamento, bem como à equipa multidisciplinar;
- Conhecimento do Serviço de Internamento, sua orgânica de funcionamento e da população alvo dos cuidados prestados;
- Avaliação com a Enfermeira Orientadora e elementos de chefia das necessidades do serviço e de que forma o tema do projeto pode dar resposta às necessidades identificadas;
- Articulação dos recursos disponíveis com a realização das atividades propostas;
- Consulta de normas e protocolos de atuação existentes no serviço;
- Reflexão acerca do papel do EEESIP no seio da equipa de enfermagem do Serviço de Internamento;
- Educação, sempre que oportuno, da família/cuidadores na área da promoção da saúde e da atuação em PS;
- Prestação de cuidados à população alvo do Serviço de Internamento tendo em perspetiva as competências específicas do EEESIP;
- Conceção de um jogo educativo de tabuleiro sobre PS;

- Construção de um jogo educativo de tabuleiro sobre PS.

Tal como aconteceu nos contextos de estágio anteriores, a reunião com a Sra. Enfermeira orientadora e com os elementos de chefia foi fundamental para aferir as necessidades do serviço. Após tomarem conhecimento do objetivo geral do projeto verbalizaram a necessidade existente de promoção da literacia em PS e nos ganhos que poderiam advir da criação de um jogo de tabuleiro sobre a temática.

A humanização dos cuidados pretende olhar o outro holisticamente. Em pediatria a humanização do cuidar passa por oferecer ao binómio criança/família preocupação, flexibilidade, disponibilidade, respeito e atenção, mas também atividades e momentos que aliviem a carga emocional e o sofrimento associados ao mal-estar criado pelo internamento de uma criança ou jovem. Corroborando o descrito, o ponto seis da CCH refere que “as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.” (IAC - Instituto de Apoio à Criança, 1988, p. 11)

O brincar tem um papel fundamental no desenvolvimento de crianças e jovens. De acordo com a literatura, “por meio universal da brincadeira, as crianças aprendem aquilo que ninguém lhes pode ensinar. Aprendem sobre o mundo e como enfrentar esse ambiente de objetos, tempo, espaço, estrutura e pessoas.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 243) É na brincadeira e nos contextos de cada uma delas, que as crianças e os jovens aprendem sobre si próprias, como se relacionar com o ambiente e com as situações.

A hospitalização de crianças e jovens é o último recurso no acesso aos cuidados de saúde. “Os estudos que têm avaliado as consequências da hospitalização no desenvolvimento da criança realçam aspetos negativos como a ansiedade, dor, comportamentos regressivos, problemas alimentares, de sono e até agressividade” (Batalha, 2017, p. 4) Como referido anteriormente, cada vez mais o cuidar em pediatria tenta evitar o internamento em enfermarias e utiliza soluções que permitam à criança/jovem realizar o tratamento no hospital e regressar a casa no tempo máximo de 48h ou no próprio dia. Exemplos disso são o hospital de dia e a cirurgia de ambulatório. Hoje em dia a hospitalização é “tendencialmente reservada a situações em que o tratamento não pode ser efetuado em casa...” (Fernandes, 2020, p. 44) e quando esta hospitalização é inevitável a mesma acontece em serviços pediátricos onde “as equipas de saúde revelam uma preocupação crescente com a manutenção das rotinas da criança, o envolvimento dos pais nos cuidados, a ligação com os cuidados domiciliários e uma prática de cuidados preventiva em relação à dor, medo e ansiedade.” (Batalha, 2017, p. 4)

A prestação de cuidados especializados ao longo deste estágio foram ao encontro do método de trabalho do SPI e pautaram-se sempre pelo cumprimento dos direitos expressos

na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e nas recomendações expressas na CCH, traduzindo-se no cumprimento pelos cuidados atraumáticos, pela parceria de cuidados e pelos CCF. No decorrer deste estágio os utentes a quem prestámos cuidados tinham diferentes diagnósticos médicos e foi nossa preocupação informar e preparar as crianças e os pais, encorajar a presença e participação dos pais nos cuidados, proporcionar a manutenção dos hábitos de vida, adequar o ambiente aos gostos e necessidades das crianças e famílias, interagir adequadamente com a criança e com os pais e minimizar o stress, o desconforto e a dor (Fernandes, 2020).

Os diagnósticos médicos associados aos motivos de hospitalização dos nossos utentes pediátricos relacionaram-se com doença crónica e doença aguda.

Este momento de estágio aconteceu no pico do inverno (de dezembro a fevereiro) o que se traduziu em hospitalizações relacionadas com patologias do foro respiratório, principalmente em bebés e crianças pequenas.

Uma das crianças a quem prestámos cuidados diferenciados foi um menino de 3 anos, internado com o diagnóstico de pneumonia bacteriana. Esta criança esteve internada cerca de 8 dias, sempre acompanhada pela mãe. Durante os primeiros três dias de internamento, pela dispneia associada e baixas SPO2% em ar ambiente [AA], houve necessidade de administração de O2 por máscara facial a 2l/min 24h/dia. Para além da vigilância de sinais de dificuldade respiratória [SDR], como tiragem, polipneia e ruídos ventilatórios, esta criança carecia de monitorização cardíaca e SPO2% permanente. Pela etiologia da doença, houve necessidade de realizar punção venosa periférica para administração de antibioterapia e administração de medicação inalatória por nebulização. A evolução clínica desta criança foi muito positiva, o que permitiu reduzir gradualmente a necessidade de aporte de O2 até ficar em AA com boas SPO2% e sem SDR, permitindo que brincasse sem limitações. O controlo analítico permitiu aferir valores dentro da normalidade e pôde ter alta hospitalar para casa acompanhado pela mãe e pelo pai. O momento da alta hospitalar foi acompanhado de ensinamentos aos pais para identificação de sinais de SDR e de sintomatologia passível de necessidade de observação médica e de esclarecimento de dúvidas. Para além disso, numa perspetiva de promoção da saúde, durante o internamento do P. e no momento da alta foram ainda abordadas questões relacionadas com a alimentação e com o tempo que esta criança dedicava à visualização de conteúdos no tablet.

A situação descrita posiciona esta criança numa situação de doença grave que facilmente podia evoluir para uma situação de doente crítico. Durante o seu internamento a prestação de cuidados obrigou à realização de procedimentos potencialmente dolorosos (punção venosa para colocação de cateter periférico e punção venosa para colheita de sangue venoso) e procedimentos que conduziram a momentos de ansiedade e stress (colocação e manutenção

de máscara facial e cânula nasal para administração de O₂ e aerossóis e colocação de monitorização cardíaca), promovendo a utilização de estratégias e comportamentos adequadas a este binómio criança/família.

“É importante que as enfermeiras examinem suas atitudes para determinar sua capacidade de estabelecer parcerias entre pais e profissionais. Uma característica essencial é acreditar que os pais são iguais aos profissionais e são especialistas com relação ao filho.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1410). Neste sentido, a presença da mãe junto desta criança foi constante e em vários momentos foi pedida a sua colaboração na gestão e na promoção dos cuidados. Em enfermagem a tomada de decisão ética é condição *sine qua non* e em pediatria, pelas características do utente pediátrico e pelos princípios do cuidar em pediatria, o princípio da não maleficência ganha especial enfoque na medida em que todos os momentos da prestação de cuidados devem prever a minimização ou a ausência total de danos, podendo entrar em conflito com o princípio da beneficência, o qual se relaciona “com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício.” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 60) Assim, todo e qualquer procedimento que fosse essencial para a cura desta criança e pudesse causar dor ou desconforto era adequadamente antecipado e, quando possível, realizadas as intervenções para os minimizar. A título de exemplo, quando da punção venosa utilizávamos o creme anestésico EMLA[®] contribuindo para a diminuição da intensidade da dor.

Outro dos momentos geradores de stress nesta criança era a colocação da máscara facial para realização de nebulização.

“A filosofia dos cuidados pediátricos assume a família como uma constante na vida de uma criança, sendo essencial que a equipa de saúde a envolva, respeite e encoraje, de forma a potenciar ao máximo a sua atuação no decorrer da hospitalização.” (Tavares, 2020, p. 97).

Assim, nesta altura da prestação de cuidados a mãe era uma parceira fundamental, utilizando diferentes formas de distração e de entretenimento do seu filho, contribuindo para o sucesso da administração da terapêutica.

A L. foi uma bebé de 6 meses a quem também prestámos cuidados especializados. Esta menina veio transferida de um hospital pediátrico para o hospital da área de residência para continuidade de cuidados e planificação da alta com a equipa multidisciplinar. Nasceu saudável e o parto decorreu sem problemas. A informação clínica não era clara, mas ainda na maternidade sofreu um momento de asfixia neonatal da qual resultaram lesões neurológicas graves. Durante o internamento no SPI não esteve sempre acompanhada pelos pais, sendo que a mãe, por norma, estava presente entre as 14h e as 17h e o pai entre as 14h e as 15h. Neurologicamente não tinha reflexo de preensão, não seguia objetos, o reflexo de Moro em resposta ao ruído era ausente, não tinha reflexo de sucção nem de deglutição e

não executava movimentos com a cabeça. Em articulação com as consultas externas realizou o teste neurofisiológico de rastreio auditivo e o resultado indicava surdez. O choro era fraco e entrecortado. A bebé era alimentada com leite artificial [LA] com seringa por sonda nasogástrica [SNG] cumprindo o esquema prescrito. Hemodinamicamente não era uma bebé instável ou crítica. Ainda que a hospitalização desta filha não fosse uma situação nova para os pais, dado que se mantinha internada desde o nascimento, toda a estrutura envolvente alterou-se. O hospital passou a ser outro, alterando as rotinas já estabelecidas, assim como a equipa médica e de enfermagem, o que poderia ser motivo gerador de sentimentos de insegurança e medo.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com estes pais foi fundamental para conseguirmos promover a sua adaptação à doença crónica e conseguirmos adequar o suporte comunitário e familiar necessário. Muito embora os pais não permanecessem 24h com a L. e as visitas não durassem muitas horas, no tempo em que estavam com a filha o foco era o seu bem-estar e preocupavam-se em dar colo, mimo e prestar alguns cuidados de higiene. No tempo em que durava a visita tínhamos a preocupação de proporcionar tempo para estarem com a bebé e criávamos tempo e espaço para verbalizarem as suas preocupações e receios.

Promover a competência destes pais foi igualmente essencial.

“O empoderamento parental pode ser visto como um processo de reconhecer, promover e aumentar a competência. Para pais de crianças com condições crónicas, a capacitação pode ocorrer gradualmente à medida que a força e as competências se voltam para dominar o cuidado à criança, gerenciar a vida familiar e planejar o futuro.” (Wilson & Hockenberry J., 2014, p. 1393)

Nesta fase da hospitalização incentivámos os pais a aprender a alimentar a L. de forma a aumentar as competências parentais, porém, a mãe verbalizou sempre não o querer fazer e o pai foi quem demonstrou interesse e aprendeu a alimentar a bebé. Foram ainda incentivados a estarem presentes para poderem dar o banho à L. e após vencer algumas preocupações, a mãe conseguiu ser responsável por este cuidado de higiene. Sabendo que a adaptação a uma situação de doença crónica e complexa pode ter vários estágios de adaptação, é nosso papel enquanto EEESIP reconhecer e respeitar as diferentes reações e mecanismos que possam surgir e saber que estas famílias “podem passar por uma série de dificuldades emocionais, incluindo medo, culpa, raiva, ressentimento e ansiedade.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1393)

Na altura em que este contexto de estágio finalizou a L. continuou internada e estava marcada reunião com a equipa multidisciplinar e com os pais para planificação dos cuidados e possível alta para o domicílio.

À semelhança do que aconteceu nos outros locais de estágio também este proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EEESIP.

Alguns domínios de competências são transversais a todos os contextos e por isso serão abordados mais à frente neste relatório. Neste contexto somos da opinião que a competência comum de EE do grupo **“B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”**, nomeadamente a competência **“B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro”** na unidade de competência **“B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo”** foi uma das competências adquiridas e desenvolvidas. (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747)

Quanto às competências de EEESIP julgamos ter adquirido e desenvolvido competências do grupo **“1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**, em especial das unidades de competência **“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”** e dos critérios de avaliação **“E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”**; **“E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”**; **“E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde”**; **“E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”**; **“E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”**; **“E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar”**; **“E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados”** e **“E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”** nos critérios de avaliação **“E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas”**; **“E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde”** e **“E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.”** A competência **“2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”** também foi desenvolvida, em concreto as unidades de competências **“E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”**; **“E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”** e **“E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica,**

deficiência/incapacidade". Julgamos também ter desenvolvido a competência **"3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem"** nas unidades de competência **"E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil"** e **"E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura"** em particular os critérios de avaliação **"E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento"**; **"E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem"**; **"E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil"**; **"E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família"**; **"E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura"** e **"E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem"**. (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192)

No âmbito do projeto de intervenção, a pesquisa demonstra que do ponto de vista do desenvolvimento, as brincadeiras podem ser classificadas e categorizadas de diferentes maneiras, consoante o conteúdo e o aspeto social que representam, sendo que os jogos são uma forma de brincadeira apreciada por crianças em idade escolar e adolescentes e o ensino através da brincadeira a forma privilegiada de lhes ensinar PS. Os estudos indicam que quanto mais cedo as crianças forem ensinadas e treinadas em PS, maior a probabilidade de a prestação de PS ser parte integrante do seu papel de cidadãos e de terem a capacidade de atuar numa situação de emergência e prestar assistência aos pares ou familiares que necessitem de ajuda (Belgian Red Cross, 2022).

As diretrizes internacionais de primeiros socorros, reanimação e educação 2020, apontam como ação chave na educação de PS para crianças "incentivar as crianças a desenvolverem seus conhecimentos e habilidades de PS e a se tornarem alunos para toda a vida" (IFRC - First Aid Reference Centre, 2020, p. 63) e os jogos e os questionários estão entre as diferentes ferramentas de facilitação da aprendizagem.

A criação de um jogo de tabuleiro, que se encontra no apêndice IX deste documento, permitirá que crianças em idade escolar joguem com os seus pais/cuidadores e que adolescentes consigam jogar sozinhos, possibilitando a aprendizagem de conteúdos educativos sobre PS.

Dado que este material didático ficará na sala de atividades e disponível para ser utilizado por qualquer utente do SPI, a sua utilização potenciará a promoção da literacia em PS junto de crianças e jovens, bem como das suas famílias.

Pelas suas características, a realização deste projeto foi rica na aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EEESIP. As competências de EE a destacar são as correspondentes ao grupo **“B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”**. Aqui, a competência **“B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”**, nas unidades de competência **“B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade”** e **“B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade”** com os critérios de avaliação **“B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso”**; **“B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados”** e **“B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional”**, assim como a competência **“B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”**, na unidade de competência **“B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua”**, com os critérios de avaliação **“B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria”**; **“B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria”** e **“B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria”**, foram as mais mobilizadas e apreendidas. (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747)

No que às competências de EEESIP diz respeito, destacamos a competência **“1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**, na unidade de competência **“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”** e os critérios de avaliação **“E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde”**; **“E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”**; **“E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”** e a unidade de competência **“E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”** com os critérios de avaliação **“E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde”**; **“E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.”** (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192)

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A prática reflexiva é a habilidade que nos permite perceber quem somos e o que fazemos e “inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga” (Jarvis, 1999, as cited in (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122), constituindo-se como “um diálogo entre pensar e fazer através do qual a pessoa se torna mais hábil, baseia-se na ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação.” (Schön, 1983, as cited in (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122)

No fundo e de uma forma geral, “a prática reflexiva corresponde às atividades, intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão.” (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122)

Deste modo, com o presente capítulo pretende-se refletir analiticamente sobre o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista durante o percurso formativo, assim como refletir sobre as vivências experienciadas e a sua relação com o desenvolvimento e aquisição de competências de mestre e especialista.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No que às CCEE diz respeito, importa lembrar que integram quatro domínios (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2019):

- A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- C - Domínio da Gestão de Cuidados;
- D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

O Código Deontológico do Enfermeiro [CDE] “é um pilar essencial para a prática dos enfermeiros portugueses. Nele se enunciam os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assumiu.” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 7)

A deontologia profissional reflete o código que orienta o exercício profissional de enfermagem que, enquanto profissão organizada e regulamentada, possui um conjunto de deveres que garantem um bom exercício profissional (Nunes, 2011).

Ao longo dos momentos de estágio a prática de prestação de cuidados foi regulada pelo cumprimento ético e deontológico dos deveres para com a profissão e na impossibilidade de abordar todo o documento, escolhe-se destacar alguns deveres que cursam com a prática de cuidados especializados em saúde infantil e pediátrica.

As crianças e jovens são uma população altamente vulnerável e as famílias, enquanto elemento crucial da sua esfera de desenvolvimento, podem igualmente experienciar sentimentos de vulnerabilidade, pelo que a assunção da preservação dos valores humanos, artigo 102º do CD, do direito à vida e à qualidade de vida, artigo 103º do CD, do direito ao cuidado, artigo 104º do CD, do respeito pela intimidade, artigo 107º do CD, da excelência do exercício, artigo 109º do CD e da humanização dos cuidados, artigo 110º do CD (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2005) é um dever basilar do EE.

O artigo 78º do CDE representa o artigo ético que orienta os cuidados de enfermagem, porque “expressa princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 61). Durante o percurso realizado pautou-se a prestação de cuidados especializados por uma prática ética, segura e profissional tendo sido mantido o anonimato das instituições, profissionais de saúde e utentes dos cuidados.

A planificação e execução do projeto de intervenção almejou a modificação de comportamentos junto do binómio criança/jovem e família na área dos PS e em todos os contextos permitiu alertar para a importância do aumento da literacia em PS, traduzindo-se no desenvolvimento do domínio da melhoria contínua da qualidade.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, de salientar que todo o processo formativo se caracterizou pela pesquisa e estudo de matérias com vista ao aprofundamento e mobilização de conhecimentos por forma a ir ao encontro de cuidados de excelência. De evidenciar também a realização de sessões de educação para a saúde e de um protocolo de atuação clínica e respetiva norma de procedimento interno da instituição, os quais se constituíram contributos fundamentais no âmbito de projetos institucionais.

No domínio da gestão de cuidados evidenciamos a importância da experiência profissional. Neste domínio, os ganhos obtidos enquanto enfermeiros de cuidados gerais espelharam-se na capacidade de adaptação aos diferentes contextos e respetivas equipas de saúde e na adequação dos recursos existentes em cada um deles

às necessidades identificadas. Na adaptação a cada equipa e contexto sobressai ainda a capacidade de adotar e adequar o estilo de liderança à situação experienciada e aos objetivos pretendidos.

Do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais entende-se que o percurso profissional foi sempre tido em linha de conta, permitindo a simbiose entre o passado e o presente enquanto enfermeiros de cuidados gerais com pouca experiência em saúde infantil e pediátrica e a realidade deste percurso formativo.

A prática baseada na evidência é condição sine qua non em enfermagem e “o dever constante da alínea c) do artigo 88º do CDE, que dispõe que o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos...” (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 91) configurou-se no suporte do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao longo deste processo formativo.

Um dos elementos de avaliação durante o módulo de estágio final pressupôs a elaboração de um artigo científico, o que presumiu e implicou pesquisa e rigor científico na sua realização, constituindo-se por isso um elemento chave na aquisição de competências de EE e paralelamente de competências de mestre. Este artigo consistiu numa revisão da literatura que

“como fio condutor na elaboração de um projeto de pesquisa, de teses, dissertações ou mesmo da escrita de um artigo (...) estabelece uma linha de raciocínio que pode guiar a leitura dos pesquisadores, levando-os das premissas às conclusões. É importante enfatizar que a grande pergunta com relação à revisão de literatura é a busca de responder ao seguinte questionamento: o que foi desenvolvido por outros pesquisadores sobre este tema?” (Dorsa, 2020, p. 681)

Considerando o supracitado, procedeu-se à pesquisa de literatura na plataforma CEBaP, base de dados PubMed e BVS e nos repositórios da Universidade de Évora, da Universidade Católica e do Politécnico de Viseu com o objetivo de aferir a importância da literacia em primeiros socorros nas escolas. Dos resultados obtidos selecionou-se 7 estudos e 3 relatórios de mestrado em enfermagem cuja informação constante revelavam a necessidade de ensino PS nas escolas e a correlação direta com o conceito de promoção da saúde.

Da realização deste artigo científico conclui-se a necessidade de ensino de PS a toda a comunidade educativa e do investimento urgente na promoção da literacia em PS. Concluiu-se ainda haver poucos estudos nesta área de investigação, incluindo a que analisasse o papel do EEESIP na promoção da literacia em PS.

A utilização desta evidência científica sustentou a prática baseada na evidência durante o percurso formativo e na procura contínua da excelência do cuidar em pediatria continuará a suportar a prestação de cuidados especializados na vida profissional futura.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

No que às competências específicas do EEESIP diz respeito estão previstas três competências (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2018):

- A - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- B - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- C - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A prestação de cuidados especializados em pediatria, à semelhança da prestação de cuidados em qualquer outra área de intervenção da enfermagem, implica o entrosamento do enfermeiro na comunidade onde está inserido e na responsabilidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades dessa população em cuidados de enfermagem (OE - Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem só se materializa na sua assunção quando os focos e intervenções do EEESIP preveem uma visão holística e global do binómio criança/jovem e família enquanto membros da comunidade onde estão inseridos, ao mesmo tempo que se sustenta a prática especializada no princípio elementar que os pais, ou na sua ausência a família ou pessoa significativa, são os melhores prestadores de cuidados, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidar, aproveitando os contributos que daí possam advir.

A prestação de cuidados especializados ao longo dos diferentes contextos de estágio procurou sempre a maximização da saúde da tríade e as competências e conhecimentos adquiridos sobre desenvolvimento infantil no estágio I, permitiram enquadrar a importância da avaliação do desenvolvimento infantil em todos os momentos da prestação de cuidados. O papel do EEESIP na promoção da saúde pode e deve resultar na prevenção da doença. É também com base neste pressuposto que enquanto EEESIP pretendemos pautar a prestação de cuidados.

Como é sabido, o internamento ocorre num ambiente não familiar e é um momento passível de ser gerador de uma crise e uma fonte de stresse e ansiedade que pode conduzir a alterações na qualidade de vida, interrupção de rotinas e até de projetos futuros (Senhorães, 2014).

Muito embora a experiência profissional em pediatria seja diminuta, a experiência profissional em situações de especial complexidade com necessidade de reconhecimento de instabilidade de funções vitais e gestão eficaz da dor permitiu desenvolver as competências relacionadas com os cuidados associados a este tipo de situações. A capacidade de adaptação a cada contexto de estágio e consequente identificação das necessidades de desenvolvimento pessoal e da equipa, permitiram uma prática baseada na evidência, e numa perspetiva crescente de desenvolvimento e aquisição de competências, a promoção da melhoria contínua dos cuidados.

Fruto do contexto de prestação de cuidados na prática profissional diária, em que muitos dos momentos estão associados a uma deterioração rápida do estado de saúde, implicando uma tomada de decisão mais centrada na identificação e resolução de focos de instabilidade e/ou na resposta antecipatória de situações de instabilidade, afixamos afirmar que a perspetiva holística do cuidar ganhou novo foco, na medida em que o cuidar de crianças/jovens nos diferentes momentos do ciclo de vida, com as especificidades e axiomas inerentes ao cuidar em pediatria, constituem conhecimento adquirido que se traduz em competências adquiridas e desenvolvidas.

3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O mestrado em enfermagem pressupõe que o enfermeiro especialista detenha os conhecimentos e competências que garantam uma intervenção especializada no respetivo domínio da enfermagem, evidenciando por isso elevados níveis de julgamento clínico em que a tomada de decisão vai ao encontro das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Neste âmbito, ao enfermeiro especialista e mestre em enfermagem, cabe ainda a responsabilidade de procurar a excelência dos cuidados alicerçando o agir em referenciais éticos e deontológicos e baseando a praxis clínica na investigação e na evidência.

Na senda da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o mestre em enfermagem lidera e supervisiona equipas com vista aos cuidados de excelência e promove o desenvolvimento de projetos que contribuem para a prática baseada na evidência e para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica (IPS/ESS, 2021b).

As inúmeras experiências vivenciadas ao longo deste percurso formativo promoveram incontáveis momentos de integração de conhecimentos e de reflexão que permitiram analisar e responder a questões éticas e sociais em cada um dos contextos de estágio.

Nos cuidados de saúde existem várias questões que carecem de resposta diária, porém, de forma a dar resposta ao desenvolvimento das competências de mestre e a uma inquietude no que diz respeito à segurança de crianças/jovens e famílias, foi aceite o convite para ministrar uma formação de SBVP no Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] a estudantes da licenciatura e de mestrado em Educação de Infância da escola Superior de Educação [ESE].

Esta formação decorreu no pólo da Escola Superior de Saúde [ESS] e compreendeu um momento expositivo correspondente ao enquadramento teórico da temática e respetivo algoritmo de atuação e um momento de prática simulada com manequins pediátricos.

A avaliação da sessão revelou que os formandos consideram a formação em SBVP essencial para a sua vida profissional e pessoal dado que em qualquer momento do quotidiano se poderão deparar com uma situação de paragem cardiorrespiratória [PCR].

Estes formandos identificaram também a necessidade de formação em PS como uma prioridade. De acordo com os documentos de avaliação da sessão e em conversa informal verbalizaram a ausência de formação nesta área no curso de base e no mestrado, reconhecendo que não detêm conhecimento suficiente para atuar em situação de acidente.

O certificado de participação encontra-se no Anexo II.

Tendo em mente o documento apresentado e o percurso percorrido, considera-se ter desenvolvido e adquirido as competências de mestre com sucesso.

Contudo, considera-se também que o caminho não acaba aqui e que é nossa responsabilidade manter a procura pelo conhecimento, partilhando-o com os pares e pautando a prática de cuidados pela excelência baseando-a na evidência científica.

CONCLUSÃO

O documento que agora damos por finalizado surge enquanto elemento avaliativo da unidade curricular de relatório e facilitou a descrição do caminho percorrido ao longo deste percurso formativo, refletindo o projeto desenvolvido com vista ao desenvolvimento e aquisição das competências CEE, competências de EEESIP e de mestre.

Com vista ao cumprimento dos objetivos explanados inicialmente, a orientar todo o caminho mantivemos o foco na linha de investigação proposta e no tema da promoção da literacia em PS e nos contributos da ESIP.

Para que a realização do projeto fosse possível e se refletisse em ganhos efetivos na prática de cuidados especializados e na aquisição das já mencionadas competências, foi fundamental a utilização da metodologia de projeto. Foi a partir do diagnóstico de situação que foi possível aferir a necessidade que carecia de resposta e a partir daí planear e intervir nos contextos de estágio oferecendo em cada um deles as intervenções adequadas à resolução do problema identificado.

O projeto de intervenção apresentado implicou um complexo processo de pesquisa que se traduziu na fundamentação da área estudada com base na informação científica e nos estudos mais atualizados, os quais reforçam a necessidade de promoção da literacia em PS, assim como demonstram o contributo inequívoco da ESIP e do EEESIP enquanto o enfermeiro mais competente na persecução da promoção da literacia em PS.

Consideramos que o projeto realizado teve um impacto bastante positivo e a crítica feita pelos pares corrobora a nossa opinião. Estamos crentes que este projeto contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados e que possibilitará ganhos em saúde ao binómio criança/família.

Em simultâneo, a construção e redação deste relatório implicou a reflexão permanente entre a prática dos cuidados e a literatura disponível, promovendo a prática baseada na evidência, constituindo-se, assim, como um valioso momento de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo dos anos enquanto enfermeiros de cuidados gerais a experiência profissional foi sendo adquirida na prestação de cuidados a adultos em situação urgente ou emergente e ocasionalmente a crianças/jovens potencialmente doentes. Alguns

saberes e competências do cuidar em pediatria já estavam adquiridos, porém, urgia a necessidade de mais conhecimento e saber.

O percurso realizado foi rico em aprendizagens que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional. Foi neste caminho que, na procura dos cuidados de excelência e da excelência do exercício profissional, identificámos limitações e lacunas pessoais, promovendo a reflexão pessoal e sobre a prática, de forma a colmatar e ultrapassar as limitações identificadas.

A procura pela excelência nos cuidados é condição sine qua non em enfermagem e essa exigência está claramente explanada no regulamento do exercício profissional do enfermeiro, assim como nos diferentes documentos que regulam a profissão.

Deste modo, dando continuidade à prática profissional, as atividades implementadas e a prática de cuidados especializados prestados durante este percurso foram ao encontro do que é esperado de um EE e de EEESIP e por isso considera-se terem sido alcançados os objetivos delineados.

Durante este caminho deparámo-nos com aspetos facilitadores da aprendizagem, que em muito contribuíram para o sucesso alcançado. Entre eles destaca-se o apoio da professora que orientou os estágios e que com o seu contributo direcionou a realização deste documento, assim como o apoio e a orientação por parte das enfermeiras EEESIP e ainda a vontade pessoal de aquisição de novos conhecimentos e o gosto pessoal pela área da saúde infantil e pediátrica.

Contudo, não podíamos deixar de referir que nem sempre foi um caminho fácil de percorrer. Como aspetos dificultadores da aprendizagem identificamos a falta de tempo inerente à gestão da vida académica, vida pessoal e vida profissional.

Todavia, acreditamos e sentimos que o projeto de intervenção realizado contribuiu efetivamente para o objetivo para que foi delineado e ajudou na promoção da literacia em PS. Para além disso, as intervenções realizadas têm o potencial de manter esses ganhos em saúde.

Profissionalmente existe um sentimento de realização e a vontade de continuar este percurso de transmissão de conhecimento, delineando e implementando projetos que se traduzam no aumento da melhoria dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., & Martins de Azevedo, A. I. (Julho de 2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9(3), pp. 21-28. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32284/1/artigos%20afiliados-119.pdf>
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *SIGIC-ACSS*. Obtido de [www.min-saude.pt: https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeAcessoContratualiza%C3%A7%C3%A3o/SIGIC/tabid/262/language/pt-PT/Default.aspx](https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeAcessoContratualiza%C3%A7%C3%A3o/SIGIC/tabid/262/language/pt-PT/Default.aspx)
- Alves, T., Rodrigues, E., Mexia, R., Neto, M., & Matias-Dias, C. (2019). Acidentes Domésticos e de Lazer: uma ocorrência em Portugal com necessidade de abordagem interdisciplinar. (I. N. Jorge, Ed.) *Observações_ Boletim Epidemiológico*(11). Obtido de <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/17.pdf>
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., & Casanova, C. (2008). Triage de Manchester na idade pediátrica - Estudo Inter-hospitalar. *NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia*, XVII(1), pp. 16-20.
- Apolinário, M. I. (Julho de 2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*(7), pp. 83-92. doi: 10.12707/RIII11145
- APSI, A. p. (2022). *RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO 30 ANOS DE SEGURANÇA INFANTIL EM PORTUGAL 2022*. Lisboa: APSI. Obtido de https://apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf
- Arriaga, M. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. Em C. L. Almeida, *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Lisboa: ISPA. Obtido em Março de 2023, de <https://core.ac.uk/download/pdf/334532045.pdf>
- ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (04 de Maio de 2011). www.dre.pt/dre/detalhe/deliberacao/1083-2011-3548391. Obtido de www.dre.pt: https://files.dre.pt/2s/2011/05/086000000/1926319269.pdf
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. (09 de Março de 2016). Regulamento do Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem. Beja, Portugal.
- Banfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., Radnai, B., Banfai-Csonka, H., & Betlehem, J. (Junho de 2018). Kids save lives' in Hungary—Implementation, opportunities, programmes,

opinions, barriers. (E. R. (ERC), Ed.) *Elsevier - Science Direct*, 130, e3-e4.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.06.033>

Batalha, L. M. (2017). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar. (ESENfC, Ed.) Coimbra, Coimbra, Portugal. Obtido de [file:///C:/Users/cardo/Downloads/Manual%20consequencias%20da%20hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cardo/Downloads/Manual%20consequencias%20da%20hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20(1).pdf)

Belgian Red Cross. (2022). Teaching First Aid to Children in Africa. (Cruz Vermelha Belga). (I. -F. Centre, Ed.) Flandres, Bélgica. Obtido de <https://www.globalfirstaidcentre.org/resource/teaching-frist-aid-to-children-in-africa/>

Belgian Red Cross-Flanders. (2020). *IFRC - First Aid Reference Centre*. (P. Vandekerckhove, Ed.) Obtido em outubro de 2022, de Teaching first aid to children in Africa: <https://www.globalfirstaidcentre.org/wp-content/uploads/2020/11/Teaching-frist-aid-to-children-in-Africa-ENG.pdf>

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Departamento de Pediatria. (20121). *Protocolos de Urgência em Pediatria* (4ª ed.). Lisboa: ACSM.

Cerqueira, C., & Figueiredo, M. B. (2020). *Cuidados Centrados na Família*. In Ramos, Ana Lúcia; Figueiredo, Maria do Céu Barbieri, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.

Chora, M. A., Ramos, A. C., Correia, M. F., Calado, M. d., da Cruz, M. D., & Malcata, M. L. (2022). <https://moodle.ips.pt/2223/course/view.php?id=2015>. Obtido de www.ess.ips.pt: https://www.si.ips.pt/ess_si/disciplinas_geral.FormView?P_CAD_CODIGO=ME124&P_ANO_LLECTIVO=2022/2023&P_PERIODO=1S

Costa, M., & Calado, G. (Dezembro de 2019). O Ambiente Terapêutico e o Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro. *RIASE - Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(3), pp. 1934-1951. Obtido de http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/367/600

Cunha, M. d. (Junho de 2015). Emergências Obstétricas: Eclampsia - Projeto de Simulação. *Trabalho de Projeto Mestrado Integrado em Medicina*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Obtido de https://sigarra.up.pt/fcup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=33902

DGE-Direção Geral da Educação . (2020). *Schools for Health in Europe (SHE) - Escolas Promotoras de Saúde*. Obtido em novembro de 2022, de <https://www.dge.mec.pt/schools-health-europe-she-escolas-promotoras-de-saude>

DGS - Direção Geral da Saúde. (31 de Maio de 2013). <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil>. Obtido de

<https://www.dgs.pt: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

DGS - Direção Geral da Saúde. (05 de Setembro de 2016). *www.spms.min-saude.pt*. Obtido de *www.min-saude.pt*: <https://www.spms.min-saude.pt/2016/09/noticia-nascimento-nascer-utente/>

DGS - Direção Geral da Saúde. (2017). *www.normas.dgs.min-saude.pt*. Obtido de *www.dgs.pt*: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-hospitalar-das-queimaduras-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>

DGS - Direção Geral da Saúde. (27 de Setembro de 2020). *www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/30/programa-nacional-de-vacinacao-2020/*. Obtido de *www.dgs.pt*: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

DGS - Direção-Geral da Saúde. (2015). *SNS - Serviço Nacional de Saúde*. (SNS, Editor) Obtido de *SNS - Promoção da Saúde/PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar*: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/promocao-da-saude/programa-nacional-de-saude-escolar/>

DGS - Direção-Geral da Saúde. (27 de 03 de 2019). *Documentos e Publicações*. Obtido de *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>

DGS - Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021 - 2030*. Obtido de <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>

DGS - Direção-Geral da Saúde. (2022). <https://pns.dgs.pt/>. (D.-G. d. Saúde, Editor) Obtido de https://www.dgs.pt/a-dgs.aspx: ns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Revista Pensar Enfermagem*, 20(2), pp. 26-47. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf

Dorsa, A. C. (Outubro de 2020). O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos. *Interações*, 21(4), pp. 681-683. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v21i4.3203>

Facchini, L. A. (09 de Setembro de 2018). A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. (E. P. Venâncio, Entrevistador) EPSJV/Fiocruz, Portal EPSJV/Fiocruz. Obtido de <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>

- Faleiros, I., Moreira, A., Gastaldi, A., Ribeiro, B., & Martins, E. (2021). Capacitação em primeiros socorros para professores e funcionários do ensino fundamental e médio. *Cuidado é Fundamental*. doi: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9649>
- Fernandes, A. (2020). *Cuidados Atravancados e Dor em Pediatria*. In Ramos, Ana Lúcia; Figueiredo Maria do Céu Barbieri, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Ferro, A. M. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Colibri.
- Fleck, A., & Piccinini, C. A. (Abril de 2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*(40), pp. 14-30. Obtido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a03.pdf>
- Galbiatti, J. A., Cardoso, F. L., & Galbiatti, M. G. (2020). Paralisia obstétrica: De quem é a culpa? Uma revisão sistemática de literatura. *Revista Brasileira de Ortopedia*, pp. 139-146. doi:DOI <https://doi.org/>
- Graça, A. M., Sampaio, I., & Moniz, C. (2011). Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico- isquêmica. *Nascer e Crescer - revista do hospital de crianças maria pia*, XX(3), pp. 158-164. Obtido de https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1277/1/17_XXIII-Reuniao-1_20-3.indd.pdf
- Grupo Português de Triage. (2021). <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>. Obtido de www.grupoportuguestriagem.pt: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). Elsevier.
- IAC - Instituto de Apoio à Criança. (1988). Carta da Criança Hospitalizada. Leiden. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianc_a_hospitalizada.pdf
- IFRC - First Aid Reference Centre. (2020). *IFRC - First Aid Reference Centre*. (F. I. Vermelho, Ed.) Obtido em outubro de 2022, de Diretrizes Internacionais de Primeiros Socorros, Reanimação e Educação: <https://www.globalfirstaidcentre.org/pt/first-aid-guidelines-2020/>
- Infantil, A. -A. (Realizador). (2016). *Um segundo pode durar para sempre - Filme 4 - Queimaduras* [Filme]. Obtido de <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-aco-es/campanhas-e-aco-es/43-um-segundo-pode-durar-para-sempre>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/10/Manual-SBV-Ped-26Out22.pdf>

- IPS/ESS. (2019a). *Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde/Mestrados (IPS/ESS/Mestrados)*. Obtido de Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde (IPS/ESS): https://www.si.ips.pt/ess_si/planos_estudos_geral.formview?P_pe=1445&p_ano_lectivo=2022
- IPS/ESS. (2021b). *Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde/Mestrados (IPS/ESS/Mestrados)*. Obtido de Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde (IPS/ESS): <https://www.ess.ips.pt/cursos/mestrados/me>
- Jolley, J., & Shields, L. (24 de Abril de 2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), pp. 164-170. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>
- Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., & Stanton, B. F. (2007). *Nelson - Tratado de Pediatria*. Elsevier.
- Loureiro, L. B., Santos, J. F., Silva, S. P., Almeida, L. S., Silva, I. C., & Bandeira, A. d. (Agosto de 2022). A importância da popularização de primeiros socorros nas escolas para salvar vidas: uma revisão integrativa. *Revista Nursing*, 25(291), pp. 8404-8417. doi:<https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i291p8404-8417>
- Mendes, M. G., & Martins, M. F. (Março de 2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 113-121. doi:10.12707/RIII1144
- Minayo, M. C., & Gualhano, L. (20 de 05 de 2020). Quarenta anos de Alma-Ata, a Conferência que impulsionou os cuidados básicos de saúde no mundo! *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4). Obtido de <https://pressreleases.scielo.org/blog/2020/05/05/quarenta-anos-de-alma-ata-a-conferencia-que-impulsionou-os-cuidados-basicos-de-saude-no-mundo/#.ZDWXH3bMI2w>
- Ministry of Health. (17 de Janeiro de 1959). *The Welfare of Children in Hospital, Platt Report*. London. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1992241/pdf/brmedj02954-0054.pdf>
- Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). *Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey*. In Ramos, Ana Lúcia; Figueiredo, Maria do Céu Barbieri, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lisboa: LIDEL.
- Moreira, M. E., & Lopes, J. d. (2004). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. (S. Books, Ed.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Moura, M. I., Martins, J. E., & Ribeiro, O. (31 de Dezembro de 2022). A criança com Dispneia no serviço de urgência: Dados epidemiológicos para intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de enfermagem de reabilitação*, 5(2), pp. 1-9. doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2022.242>

- Nunes, S. R. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico. *Nascer e Crescer - revista do hospital de crianças maria pia*, XX(1), pp. 40-44. Obtido de <https://scielo.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a10.pdf>
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Dentológico do Enfermeiro - Dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt>:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria, Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (12 de Julho de 2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República Série II*, pp. 19192-19194. Obtido de Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (06 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República Série II*, pp. 4744-4750. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (15 de Maio de 2019). www.ordemenfermeiros.pt/eventos. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt: <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-de-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>

- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Ordem dos Enfermeiros - Dia Internacional do Brincar*. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-do-brincar/>
- Oliveira, W., Gonçalves, S., Muller, P., & Carmo, H. (2022). Impacto da capacitação em primeiros socorros sobre o conhecimento de educadores e agentes escolares. *REVISA*. doi:<https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n2.p220a231>
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (Novembro de 1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá. Obtido de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (Julho de 1997). A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Jacarta, República da Indonésia. Obtido de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_jakarta_1997.pdf
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (19 de Março de 2021). *World Health Organization*. Obtido de Injuries and violence: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>
- Peixoto, N. d., & Peixoto, T. d. (Outubro de 2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*(11), pp. 121-132. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388249570013>
- Petiprin, A. (2023). *Modelo de Promoção da Saúde de Pender*. Obtido de Nursing - Theory.org: <https://nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php>
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 677-687.
- Ramos, A. L., Cruz, D., Calado, G., Malcata, M., Chora, M. F., Correia, M. E., & Catarino, M. (2022). Ficha da Unidade Curricular Estágio I. Setúbal, Setúbal, Portugal.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro - Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, p. 3.
- Santos, C., Oliveira, M., Witaker, M., Camargo, C., Raimundo, F., & Sousa, M. (16 de Dezembro de 2019). Conhecimento de pais e cuidadores portugueses sobre primeiros socorros em acidentes domésticos. *Revista Baiana de Enfermagem*, p. 33:e31874. doi: 10.18471/rbe.v33.31874
- Schools for Health in Europe (S.H.E). (2020). *Schools for Health in Europe (S.H.E)*. (S. f. (S.H.E), Ed.) Obtido em dezembro de 2022, de Literacia em saúde nas escolas - Estado da arte: <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/factsheet-2020-portuguese.pdf>
- Secretaria de Estado da Saúde. (Agosto de 2015). Manual de Neonatologia. São Paulo, Brasil. Obtido de

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf

- Senhorães, S. I. (2014). *O Adolescente em Internamento Pediátrico: Contributos dos Enfermeiros na Satisfação das Necessidades de Atendimento*. Lisboa: ESEL - Escola superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16344>
- Shields, L., & Nixon, J. (5 de Abril de 1998). I want my mummy. Changes in the care of children in hospital. *Collegian*, pp. 16-23. doi:10.1016/s1322-7696(08)60279-6
- Silva, L., Santos, V., Silva, N., & Rezer, F. (10 de Maio de 2022). Conhecimento de leigos sobre os primeiros socorros no ambiente extra-hospitalar. *Revista Nursing*, pp. 8029-8036. Obtido de <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2597/3155>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (Janeiro de 2012). Cateteres Vasculares Centrais no Recém-Nascido. Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido de https://spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Cateteres_Vasculares_Centraais_RN_Janeiro_2012.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). www.spneonatologia.pt/documents/consensos/. Obtido de www.spneonatologia.pt: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VM.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (Janeiro de 2012). Hipotermia Induzida no Tratamento da Encefalopatia Hipoxico - Isquémica Neonatal. (S. d. Neonatologia, Ed.) Obtido de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2012-Hipotermia.pdf>
- Tavares, P. P. (2020). *No Contexto de Internamento*. In Ramos, Ana Lúcia; Figueiredo Maria do Céu Barbieri, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing Theorists and Their Work* (5ª ed.). (A. R. Albuquerque, Trad.) Mosby.
- UNICEF - Fundo da Nações Unidas para a Infância. (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. (Comité Português para a UNICEF).
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - UCSP X. (Março de 2023). <https://bicsp.min-saude.pt>. Obtido de www.min-saude.pt: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3113800/Pages/default.aspx>
- Victor, J. F., Lopes, M. d., & Ximenes, L. B. (15 de Julho de 2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta paul. enferm*, 18 (3), pp. 235-240. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz/?format=pdf&lang=pt>

WHO - World Health Organization. (s.d.). *WHO - World Health Organization*. Obtido de Health Promotion: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_3

Wilson, D., & Hockenberry J., M. (2014). *Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

World Health Organization. (2000). https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1. Obtido de World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2021). *World Health Organization (WHO)*. Obtido em dezembro de 2022, de Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde - Padrões e indicadores globais: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55710/9789275725122_por.pdf

Zideman, D. A., Singletary, E. M., Borra, V., Cassan, P., Cimpoesu, C. D., De Buck, E., . . . Poole, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. (E. -E. Council, Ed.) *Elsevier*, 270-290. Obtido de <https://www.cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-Council-Guidelines-2021-Fi.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – NORMA DE PROCEDIMENTO E PROTOCOLO DE ATUAÇÃO CLÍNICA

	Norma de Procedimento Reação Anafilática	Versão nº 1 Elaborado em: 09/06/2022 Nº de Páginas: 7
Grupo de Trabalho de Uniformização de Procedimentos de Emergência	Aprovação a ____/____/____ _____ Conselho Clínico	<u>Revisão em:</u> 00/00/2022

Objetivo: Realizar Protocolo de Atuação Clínica em situações de reação anafilática na sala de vacinação.

Contexto: DGS - Direção Geral da Saúde. *Anafilaxia: Abordagem Clínica. Norma Orientação Clínica* no 014/2012, atualizada a 18/12/2014; SNS – Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*

1. Responsáveis: Conselho Clínico e de Saúde; Comissão de Qualidade e Segurança; Coordenador da Unidade Funcional; Enfermeiro Chefe; Enfermeiro Responsável pela sala de vacinação

2. Fundamentação: Tal como descrito no Plano Nacional de Vacinação 2020 (PNV) "a administração de medicamentos pode provocar reações adversas graves, nomeadamente, reações anafiláticas que podem estar relacionadas com qualquer dos seus componentes".

A reação anafilática é uma reação alérgica sistémica súbita, grave e exuberante, que se não for corrigida atempadamente pode originar a morte.

Os sinais e sintomas que a acompanham podem ser "isolados ou combinados, que ocorrem em minutos ou em poucas horas após a exposição ao agente causal". (PNV, 2020)

A intensidade pode ser leve, moderada ou grave.

As alterações associadas a uma reação anafilática podem ser potencialmente graves, nomeadamente a nível da via aérea (VA) e/ou circulatória, e são muitas vezes associadas a alterações cutâneas e mucosas.

A evolução destes sintomas pode ser extremamente rápida e de acordo com o PNV atingem o pico entre 3 a 30 minutos e podem perdurar por vários dias. De referir que de acordo com o mesmo documento, pode haver um período de acalmia de 1 a 8 horas antes do desenvolvimento de uma segunda reação (a denominada resposta bifásica). (PNV, 2020)

No entanto, de reter que a bibliografia refere ainda que "os sinais e sintomas de anafilaxia ocorrem normalmente até 2h pós-exposição, sendo que os tempos habituais são de 30 min após ingestão, 15 min após contato com veneno de insetos e 5 min após terapêutica endovenosa." (INEM, 2020)

Segundo o documento referido anteriormente, existem fatores de risco acrescido que podem contribuir para agravar a anafilaxia, tais como: a prevalência de doenças como a asma e as doenças cardiovasculares, a alergia a amendoim e noz e a idade. (INEM, 2020)

Durante o procedimento de administração de vacinas existem adultos e crianças que por vezes têm reações "relacionadas com o medo ou com a dor (desmaio, ataques de pânico e convulsões)" (PNV, 2017) que muito embora não sejam reações anafiláticas, podem ser confundidas como tal. Assim, em caso de dúvida, estes casos devem ser tratados como reação anafilática, sob pena de se deixar uma reação anafilática sem tratamento advindo daí as consequências associadas.

Dado que o diagnóstico de anafilaxia é clínico, qualquer profissional de saúde deverá ser capaz de reconhecer uma reação anafilática e iniciar rapidamente o seu tratamento.

	Norma de Procedimento Reação Anafilática	Versão nº 1 Elaborado em: 09/06/2022 Nº de Páginas: 7
Grupo de Trabalho de Uniformização de Procedimentos de Emergência	Aprovação a ____/____/____ _____ Conselho Clínico	<u>Revisão em:</u> 00/00/2022

De seguida, de forma a sistematizar e tornar mais fácil a identificação de critérios clínicos de diagnóstico, apresentamos um algoritmo de orientação clínica.

ALGORITMO

Critério de Reação Anafilática

Início em minutos a algumas horas com envolvimento da pele e/ou mucosas (urticária, eritema, prurido generalizado, edema dos lábios, da língua ou da úvula) e 1 destes sintomas (basta 1):

- 1 – Compromisso Respiratório** (dispneia, sibilância/broncoespasmo, estridor, hipoxemia, aumento do tempo expiratório)
- 2 – Hipotensão ou sintomas associados** (hipotonia/colapso, síncope, incontinência)

OU

Critério de Reação Anafilática

Contacto com alérgeno provável (minutos a algumas horas) e 2 ou mais destes sinais e sintomas:

- 1 – Envolvimento da pele e/ou mucosas** (urticária, eritema, prurido generalizado, edema dos lábios, da língua ou da úvula)
- 2 – Compromisso Respiratório** (dispneia, sibilância/broncoespasmo, estridor, hipoxemia, aumento do tempo expiratório)
- 3 – Hipotensão ou sintomas associados** (hipotonia/colapso, síncope, incontinência)
- 4 – Sintomas Gastrointestinais** (cólica abdominal, vômitos)

	Norma de Procedimento Reação Anafilática	Versão nº 1 Elaborado em: 09/06/2022 Nº de Páginas: 7
Grupo de Trabalho de Uniformização de Procedimentos de Emergência	Aprovação a ____/____/____ _____ Conselho Clínico	<u>Revisão em:</u> 00/00/2022

OU

<u>Critério de Reação Anafilática</u> Contacto com alérgico conhecido (minutos a algumas horas) e Hipotensão: 1 – Lactentes e crianças com TAS reduzida para a idade: Lactentes – inferior a 70mmHg; 1 a 10 anos – inferior a 70mmHg + (2 x a idade) 11 a 17 anos – inferior a 90mmHg ou diminuição da TAS habitual superior a 30% 2 – Adultos: TAS inferior a 90mmHg ou diminuição do valor habitual superior a 30%

Adaptado de PNV, 2020

A par com o descrito nos quadros anteriores, de referir que a presença dos seguintes sinais e sintomas que tenham surgido nos últimos minutos ou horas é sugestivo de reação anafilática:

• Compromisso da pele e/ou mucosas: urticária, eritema ou prurido generalizado, angioedema, exantema morbiliforme, ereção pilosa, eritema e edema peri-orbitários, eritema conjuntival, lacrimejo, edema dos lábios, da língua ou da úvula, prurido labial, da língua, do palato ou do canal auditivo externo, prurido palmar, plantar e dos genitais; • Compromisso respiratório: prurido ou congestão nasal, rinorreia, espirros, prurido e aperto da orofaringe, disfonia, tosse seca, dispneia, sibilância/broncospasma, estridor, taquipneia, dificuldade respiratória, constricção torácica, diminuição do DEMI/PEF, hipoxemia, cianose, paragem respiratória; • Hipotensão ou sintomas associados de disfunção de órgão terminal: hipotonia (colapso), síncope, incontinência, paragem cardíaca. Pode também ocorrer dor retrosternal, taquicardia, bradicardia, outras arritmias, palpitações. Os valores considerados para a hipotensão variam com a idade. • Compromisso gastrointestinal: dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, disfagia; • Compromisso do sistema nervoso central: agitação, alterações do comportamento, sensação de morte iminente, alterações mentais, tonturas, confusão, visão em túnel, cefaleia; • Outros sintomas: hipersalivação, sabor metálico, hemorragia uterina, perda de controlo dos esfíncteres
--

Quadro 1. PNV 2020

	Norma de Procedimento Reação Anafilática	Versão nº 1 Elaborado em: 09/06/2022 Nº de Páginas: 7
 Grupo de Trabalho de Uniformização de Procedimentos de Emergência	Aprovação a ____/____/____ Conselho Clínico	<u>Revisão em:</u> 00/00/2022

ABORDAGEM TERAPÉUTICA

No tratamento da reação anafilática a abordagem do doente obedece à sequência lógica "ABCDE", do inglês: Airways, Breathing, Circulation, Disability e Exposition e deve priorizar as manifestações que coloquem a vida em perigo. (PNV, 2020)

Airways - A via aérea está em risco ou pode já estar obstruída. Há estridor, disfonia/rouquidão, edema dos lábios e da língua e dificuldade em engolir. Podem manifestar-se sinais de insuficiência respiratória devido a edema laringeo ou de outros tecidos moles.

Breathing - A insuficiência respiratória pode ser causada pelo broncospasmo (pieira), podendo ocorrer espirros, tosse, bradipneia, dispneia, sibilos e cianose.

Circulation - A vasodilatação causa hipotensão precoce e taquicardia (pulso rápido e fraco) arritmia e diminuição do nível de consciência. A pele pode estar hiperemiada e o tempo de reperfusão capilar < 2 segundos. Há uma hipovolémia relativa, aumento da permeabilidade capilar com extravasamento de fluidos intravasculares e choque.

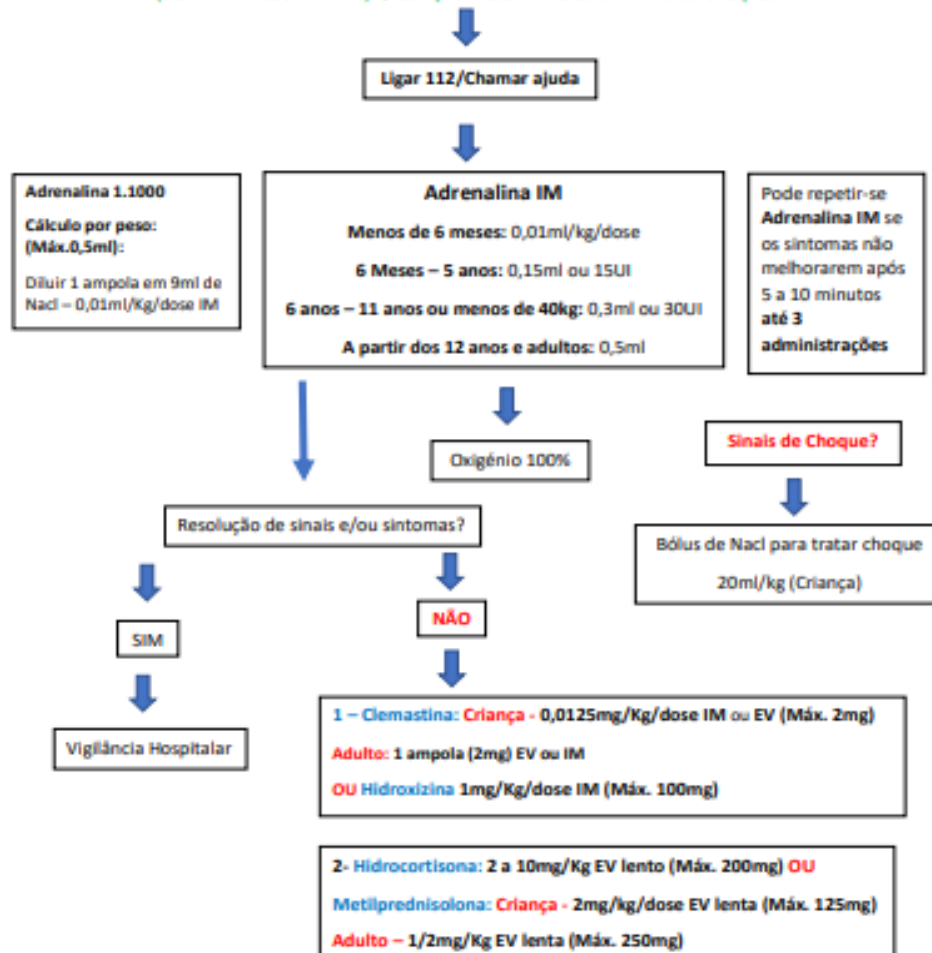
Disability - O compromisso neurológico pode manifestar-se com alteração do estado de consciência (inicialmente irritabilidade seguida de prostração) provocada pela hipoxia

Exposition - Na pele pode visualizar-se hiperemia, palidez, sudorese, eritema, prurido e urticária, acompanhada de lacrimejo, congestão nasal e facial ou angioedema (edema da face, dos lábios ou de outra parte do corpo). Pode, ainda, ocorrer edema ou exantema urticariforme no local da injeção. 10 a 20% dos doentes não têm manifestações cutâneas. (PNV, 2020)

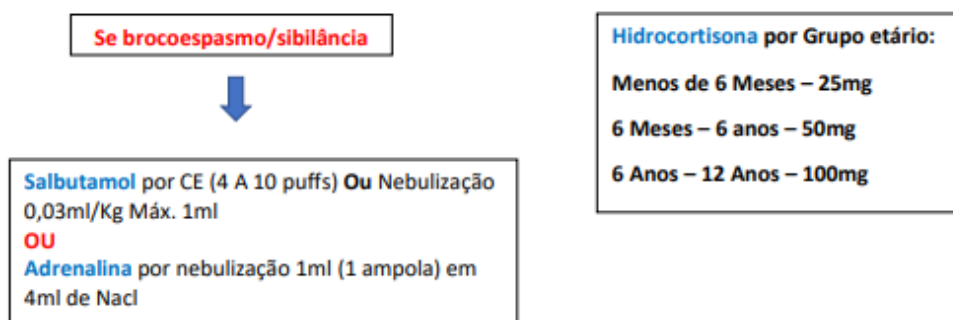
PROTOCOLO DE ATUAÇÃO CLÍNICA

ANAFILAXIA

(COMPROMISSO EM ABC) → Compromisso Via Aérea ou Sinais de Choque?



5



NOTA: Se doente com terapêutica habitual com β -Bloqueadores ou hipotensão persistente
– glucagon 30 μ g/Kg/dose (máx. 1 mg)

BIBLIOGRAFIA

DGS - Direção Geral da Saúde. *Anafilaxia: Abordagem Clínica. Norma Orientação Clínica no 014/2012*, atualizada a 18/12/2014.

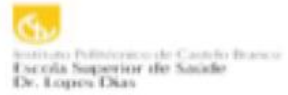
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). *Protocolo SIV – Alergia*

Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. (2021). *Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy – EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update)*. *Allergy -European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.15032>

SNS – Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/pnv2020.pdf>

APÊNDICE II – PLANO DE FORMAÇÃO SBVP UCSP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6º Mestrado em Enfermagem - 1º ano | 2º semestre **Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica** **Unidade Curricular de Estágio I**

UCSP

PLANO DE FORMAÇÃO - SBV Pediátrico

Docente Responsável pela Unidade Curricular
Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfermeira Orientadora
Enfermeira Especialista

Estudante
Catarina de Brito Frias Martins - 210531172

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAF– Centros de Apoio à Família

EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

MESIP – Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PLS – Posição Lateral de Segurança

SBV – Suporte Básico de Vida

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	5
1. PLANEAMENTO DA ATIVIDADE	6
2. PROCESSO DE AVALIAÇÃO	7

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário de Avaliação da Sessão -----	8
ANEXO 2 – Cronograma das Etapas do Plano de Formação -----	9

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (MESIP) encontro-me a realizar a Unidade Curricular (UC) Estágio I na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) [REDACTED]

No decorrer desta UC foi-me proposta a realização de uma ação de formação de Suporte Básico de Vida (SBV) Pediátrico.

A formação seria integrada no projeto do Plano de Ação da UCC [REDACTED] no âmbito do projeto da Rede Social da Freguesia de [REDACTED] e direcionada a profissionais dos Centros de Apoio à Família (CAF). De salientar que as redes sociais das freguesias são constituídas por representantes da Junta de Freguesia, da Câmara Municipal e representantes de todas as instituições da comunidade.

Assim, este momento formativo teria como público alvo os profissionais das seguintes instituições escolares:

Jl/ EB1 [REDACTED]

Jl/ EB1 [REDACTED]

Jl/ EB1 [REDACTED]

Jl - Jardim de Infância

EB1 - Escola Básica 1º ciclo

Considerando as diferentes ações de formação a decorrer e o tempo disponível para cada uma delas, esta decorreria nos dias 7 e 8 de junho das 9h às 12h nas instalações da Junta de Freguesia de [REDACTED]. Os formandos seriam divididos por dois grupos, sendo cada um deles constituído por oito profissionais dos CAF.

Assim, com este plano de formação tenho como objetivo geral que os profissionais dos CAF adquiram competências em SBV Pediátrico.

Como objetivos específicos pretende-se que os formandos sejam capazes de identificar os potenciais riscos para o reanimador, compreender o conceito de cadeia de sobrevivência, avaliar o estado de consciência, permeabilizar a via aérea e avaliar a respiração, executar corretamente manobras de SBV Pediátrico, colocar corretamente a vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS).

1. PLANEAMENTO DA ATIVIDADE

Atendendo ao tema proposto e aos objetivos pretendidos, as sessões de formação deste plano de sessão preveem diferentes métodos de apresentação e abordagem da temática, prevendo-se por isso a utilização dos métodos: expositivo; demonstrativo; interrogativo e ativo.

Como meios auxiliares de ensino serão utilizados:

- Modelos de treino de SBV pediátrico
- Máscara de bolso com válvula unidirecional
- Compressas
- Toalhete de álcool
- Colchões
- Meios audiovisuais adequados à realização da ação

A atividade irá decorrer na sala de reuniões da Junta de Freguesia de [REDACTED] [REDACTED] que possui boa luminosidade, ventilação e insonorização. Tem data show, tela branca para projeção de data show, computador, mobiliário que permite a instalação cómoda dos profissionais, assim como, espaço suficiente para a colocação dos modelos para a execução prática da formação.

A formação irá decorrer nos dias 7 e 8 de junho de 2022 e será realizada em 2 sessões. Por limitação de tempo dos profissionais cada sessão terá a duração de 3 horas e serão realizadas em horário laboral de forma a assegurar a presença de todos os profissionais da equipa. Cada sessão tem prevista a presença de 8 formandos e será efetuada por mim, enquanto enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESIP) e por uma enfermeira da UCSP [REDACTED] com larga experiência em formação de SBV.

2. PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação da formação é fundamental para se perceber o impacto desta, tanto para o formador como para o formando, assim como para a unidade de saúde.

Assim, este plano de formação será avaliado através de um questionário de avaliação da sessão de formação, onde os formandos terão oportunidade de avaliar o conteúdo programático da sessão, as formadoras e a sessão tendo, inclusive, espaço para observações, sugestões e críticas. Através deste questionário, avaliarei a metodologia utilizada, a organização da sessão e as expectativas dos formandos em relação à sessão, de forma a melhorar sessões futuras e o meu desempenho enquanto estudante da ESIP.

ANEXO 1 – Questionário de Avaliação da Sessão

Avaliação da Formação

Numa perspetiva de melhoria contínua de futuras formações, a sua opinião sobre a ação de formação que decorreu é muito importante.

Para cada item de avaliação assinale o valor correspondente de 1 a 5, sendo que:

1 – Insuficiente

2 – Suficiente

3 – Bom

4 – Muito Bom

5 – Excelente

ITENS DE AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO					
Conteúdo da Ação de Formação					
Estrutura do Conteúdo					
Interesse/Utilidade do Conteúdo					
Adequação do Método Utilizado					
FORMADOR CATARINA MARTINS					
Clareza na exposição					
Domínio do tema					
Estímulo à participação dos Formandos					
AVALIAÇÃO GLOBAL					
Pertinência do tema					

Concretização dos Objetivos					
Avaliação Global					

Observação	
Sugestão	
Crítica	

ANEXO 2 – Cronograma das Etapas do Plano de Formação

Atividade	7 de junho	8 de junho
Formação SBV pediátrico	1ª Sessão	
Formação SBV Pediátrico		2ª sessão

APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO FORMAÇÃO SBVP

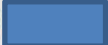
MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



6º Mestrado em Enfermagem - 1º ano | 2º semestre

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular de Estágio I

UCSP 

SUORTE BÁSICO DE VIDA
PEDIÁTRICO - SBV

Docente Responsável pela Unidade Curricular

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfermeira Orientadora

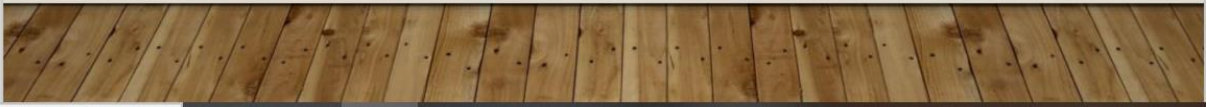
Enfermeira Especialista 

Estudante. Catarina de Brito Frias Martins



OBJETIVOS

- **Compreender o conceito de Cadeia de Sobrevivência**
- **Identificar os potenciais riscos para o reanimador**
- **Executar corretamente manobras de Suporte Básico de Vida (SBV)**
- **Executar corretamente manobras de desobstrução da via aérea**
- **Colocar corretamente a vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS)**



SBV PEDIÁTRICO

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA

Conjunto de procedimentos vitais para recuperar uma criança de PCR.

III. A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA



Fig. 1 - Cadeia de Sobrevivência

SBV PEDIÁTRICO

1º PASSO

Garantir condições de Segurança

- Local
- Vítima
- Reanimador



SBV PEDIÁTRICO

2º PASSO

Avaliar Estado de consciência

Estimule suavemente, chamando e tocando nos dois ombros da criança.



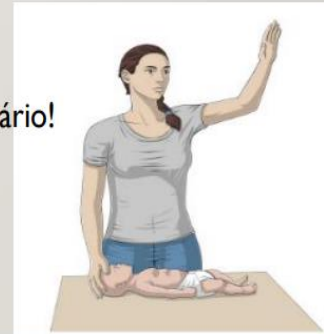
SBV PEDIÁTRICO

3º PASSO

Gritar por ajuda

Se não responde grite por ajuda! – Preciso de ajuda, está aqui uma criança desmaiada

Se responder procure lesões, avalie a situação e ligue 112 se necessário!



SBV PEDIÁTRICO

4º PASSO

Permeabilizar a Via Aérea

Com uma mão na testa e dois dedos no queixo, incline ligeiramente a cabeça da criança para trás para evitar que o palato mole e língua obstruam a passagem do ar



SBV PEDIÁTRICO

5º PASSO

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

Durante 10 segundos:

- **Ver** se há expansão torácica
- **Ouvir** ruídos respiratórios
- **Sentir** o ar na sua face

Para avaliar se existe respiração



SBV PEDIÁTRICO

6º PASSO

Se respira normalmente e sem trauma:

- Coloque a criança em Posição Lateral de Segurança (**PLS**)



SBV PEDIÁTRICO

6º PASSO

Se não respira.....

Realize 5 insuflações iniciais via:

- Boca boca nariz no bebé
- Boca boca na criança
- Boca máscara de bolso
- Insuflador manual



SBV PEDIÁTRICO

7º PASSO

Após as 5 insuflações verifique se :

- Respira normalmente
- Existem movimentos voluntários como o de engolir, de abrir os olhos ou de mexer mãos ou pés (**sinais de vida**)



SBV PEDIÁTRICO

8º PASSO

Se não existirem sinais de vida....

Deve iniciar de imediato 15 compressões torácicas.



Seguidas de 2 insuflações



5 Ciclos (Ou seja, 5 vezes esta sequência)

SBV PEDIÁTRICO

9º PASSO

Após concluir 5 ciclos de 15 compressões e 2 insuflações

Ligue 112 e informe:

- Estou com uma criança que não respira
- Idade
- Responda a todas as perguntas!
- Desligue apenas quando indicado



SBV PEDIÁTRICO

Deve manter o Suporte Básico de Vida até:

- **A vítima** recuperar sinais de vida
- **Chegada** de ajuda diferenciada
- **Exaustão** do reanimador



OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA CORPO ESTRANHO (OVA)

TOSSE EFICAZ Obstrução Ligeira	TOSSE INEFICAZ Obstrução Grave
Chora e/ou consegue falar	Incapaz de falar
Tosse audível	Tosse silenciosa
Consegue inspirar antes de tossir	Respiração ineficaz
Completamente reativo	Cianose
	Diminuição do estado de consciência

Encorajar a tossir

Manobras de desobstrução

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA VÍTIMA CONSCIENTE

CRIANÇA
5 PANCADAS NAS COSTAS / 5 COMPRESSÕES ABDOMINAIS



DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA VÍTIMA INCONSCIENTE

Vítima inconsciente

Gritar por ajuda

Pesquisar via aérea

5 insuflações

SBV 15:2 (1 minuto)

Ligar 112

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA - PLS





QUESTÕES?



APÊNDICE IV – RESULTADOS AVALIAÇÃO FORMAÇÃO SBVP

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE SBV PEDIÁTRICO

DIAS 7 e 8 de junho de 2022

Nas sessões de formação estiveram presentes um total de 17 formandos. 8 formandos no dia 7 de junho e 7 formandos no dia 8 de junho (faltou 1 formanda).

Os 17 formandos preencheram os questionários de avaliação da formação e para cada item utilizaram a seguinte grelha de avaliação:

- 1 – Insuficiente**
- 2 – Suficiente**
- 3 – Bom**
- 4 – Muito Bom**
- 5 – Excelente**

No final da grelha de avaliação foi solicitado que, caso achassem pertinente, escrevessem sugestões, observações e/ou críticas.

Em baixo são apresentados os resultados do documento de avaliação das ações de formação.

O campo correspondente ao item “Observação” foi preenchido por 3 (três) formandos.

As respostas foram:

- 1- “Boa apresentação, dinâmicas excelente e boa prática”
- 2- “Muito obrigada. Excelente formação”
- 3- “Boas comunicadoras, clareza e pertinência”

O campo correspondente ao item “Sugestão” foi preenchido por 2 (dois) formandos.

As respostas foram:

- 1- “Ter algum suporte escrito junto com os slides. A prática ser o quanto antes, junto com teoria”
- 2- “Mais formações poderiam ser feitas”

O campo correspondente ao item “Crítica” foi preenchido por 1 (um) formando.

A resposta foi:

- 1- “Gostei muito. Queria continuar”

Aqui apresenta-se a grelha de avaliação com o número total de respostas para cada item num total de 17 formandos.

ITENS DE AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO					
Conteúdo da Ação de Formação				1	16
Estrutura do Conteúdo				1	16
Interesse/Utilidade do Conteúdo					17
Adequação do Método Utilizado					17
FORMADOR CATARINA MARTINS					
Clareza na exposição					17
Domínio do tema					17
Estímulo à participação dos Formandos					17
AVALIAÇÃO GLOBAL					
Pertinência do tema				1	16
Concretização dos Objetivos				1	16
Avaliação Global				1	16

APÊNDICE V – Apresentação Queimaduras para Vídeo Institucional

QUEIMADURAS

QUEIMADURAS

- 4º Causa de morte acidental na Europa
- Provocadas por líquidos quentes e vapores
- Provocadas por chamas de pequenos objetos como velas e fósforos
- Provocadas por chamas de lareiras e churrascos
- Provocadas por exposição solar excessiva e inadequada

QUEIMADURAS

COMO PREVENIR

QUEIMADURAS – COMO PREVENIR

No BANHO

Coloque SEMPRE primeiro a água fria e só depois a quente;

Verifique SEMPRE a temperatura da água antes de colocar a criança;

A temperatura recomendada da água são 37º.

QUEIMADURAS – COMO PREVENIR

Com Alimentação

Ao tomar bebidas quentes coloque a criança num local seguro e afastado ou com outro adulto;

As crianças puxam as toalhas de mesa compridas - opte por individuais ou toalhas que não ultrapassem o tampo da mesa;

Ao preparar refeições com líquidos quentes (sopa, óleo de fritar, água quente,...) opte por colocar a criança num local seguro e afastado ou com outro adulto;

Use os bicos de trás do fogão e coloque as pegas dos tachos e panelas para dentro.

QUEIMADURAS – COMO PREVENIR

Com Alimentação

Confirme sempre a temperatura dos alimentos antes de os oferecer ou colocar perto de uma criança;

Tenha especial atenção aos alimentos aquecidos no micro ondas, pois a temperatura não é igual em todo o alimento.

QUEIMADURAS – COMO PREVENIR

No Interior da Casa

Apague velas que estejam acesas quando existirem crianças por perto;

Não permita que as crianças brinquem com fósforos ou isqueiros;

Mantenha todos os aparelhos que gerem calor (fritadeira, ferro de engomar,...) fora do alcance das crianças;

Enrole bem os fios elétricos dos aparelhos que gerem calor e nunca os deixe pendurados.

QUEIMADURAS – COMO PREVENIR

No Interior da Casa

Crianças a partir dos 12 anos podem ser ensinadas a utilizar corretamente fósforos:

- Só o deve fazer na presença de um adulto;
 - Os fósforos devem ser acendidos no sentido contrário ao do corpo da criança;
 - Devem ficar sempre bem apagados.
-

QUEIMADURAS – COMO PREVENIR

No Interior e no Exterior

As crianças devem ser sempre vigiadas quando estão junto de lareiras e churrascos;

Nunca use álcool ou outros produtos inflamáveis para atear o fogo – a criança rapidamente imitará o comportamento do adulto;

Proteja a lareira com uma proteção própria e segura.

QUEIMADURAS – COMO PREVENIR

No Interior e no Exterior

Crianças a partir dos 12 anos podem ser ensinadas a usar corretamente uma lareira ou um churrasco:

- Explique a forma correta de o fazer;
 - Acenda o churrasco ou a lareira em conjunto com a criança;
 - Ensine que nunca deve acender uma lareira ou churrasco sem a presença de um adulto.
-

QUEIMADURAS – COMO PREVENIR

No Exterior – Exposição Solar

Evite a exposição solar entre as 10h e as 17h. Totalmente desaconselhada entre as 12h e as 14h;

Use roupas que protejam do sol (chapéus, camisolas escuras, calças, óculos de sol);

Use protetor solar com fator de proteção 50 (mesmo em dias nublados);

Aplique o protetor solar antes de sair de casa;

Reaplique o protetor solar de 2h em 2h e após os banhos.

QUEIMADURAS

COMO ATUAR

QUEIMADURAS – COMO ATUAR

Afastar a criança do agente que provoca a queimadura;

Remova fios, pulseiras e relógios;

Arrefeça abundantemente a zona queimada colocando água à temperatura ambiente durante 15 a 20 minutos até aliviar a dor

OU

Envolva a zona queimada com compressas ou com um pano limpo embebido em soro ou água à temperatura ambiente. Mude a cada 2/3 minutos até perfazer 20 minutos.

QUEIMADURAS – COMO ATUAR

Controle a temperatura da criança. Não a deixe arrefecer demasiado;

Se as roupas estiverem coladas ao corpo da crianças não as remova;

Nunca utilize gelo, pasta de dentes, manteiga, azeite ou outros produtos nas queimaduras!

Ligue Linha de Saúde 24 (808 24 24 24) ou 112 e responda com calma às perguntas que lhe serão feitas.

BIBLIOGRAFIA

American College of Surgeons – ACS committee on trauma. *Advanced Trauma Life Support – ATLS*. (9ª edição).

APSI – Associação para a promoção da segurança infantil. (2016, Março 24). *Um segundo pode durar para sempre – Filme 4- Queimaduras*.
<https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoas/noticias/43-um-segundo-pode-durar-para-sempre>

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Departamento de Pediatria. (2019). *Protocolos de Urgência em Pediatria*. (4ª Edição). ACSM Editora

Department of Public Health. Massachusetts office of emergency medical services. *Emergency medical services pre-hospital statewide treatment protocols* (2022).

Direção Geral de Saúde (2012). Norma nº 022/2012 de 26/12/2012 atualizada a 13/07/2017. Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012.aspx>

Wiktor, A., Richards, D. (2021). Treatment of minor thermal burns. Disponível em: www.uptodate.com - <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-minor-thermal-burns>

APÊNDICE VI – FOLHETO OBSTRUÇÃO VIA AÉREA EM PORTUGUÊS

Princípios Básicos da Reanimação Cardio-Respiratória



A maioria dos casos de obstrução da via aérea em lactentes surge na sequência da regurgitação dos alimentos ou presença de secreções na orofaringe (garganta). Mas o folheto que lhe apresentamos pode ser utilizado em situações de obstrução da via aérea por qualquer corpo estranho.



Unidade de Neonatologia

Mate

Revisão em Novembro 2024

Se o bebé não tossir ou se a tosse não for eficaz deve realizar manobras de desobstrução da via aérea: pancadas interescapulares (entre os ombros) e compressões torácicas.



Segure o bebé de barriga para baixo com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho e aplique **até 5 pancadas, secas, nas costas, entre os ombros, com a base da mão,** usando uma força adequada ao tamanho da criança.

Caso não tenha conseguido deslocar e remover o corpo estranho, e o bebé continue acordado, passe à aplicação de **compressões torácicas**. Segure a cabeça do bebé na região occipital com a mão que estava livre e rode-o em bloco, para que este fique de costas sobre o antebraço. Mantenha a cabeça a um nível inferior ao do resto do corpo.

Faça **até 5 compressões torácicas** com alguma intensidade e a um ritmo lento com o objetivo de aumentar a pressão intratorácica e ajudar a mobilizar o objeto.

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

Se o bebé deixar de respirar e não reagir:

Colocar o bebé numa superfície rija (mesa, chão...) e iniciar Suporte Básico de Vida (SBV). Como?

1. Pesquise a boca do bebé e veja se tem leite/corpo estranho. Se tiver e se for visível, remova-o;

2. Levante ligeiramente o queixo do bebé e com a outra mão na testa posicione a cabeça numa posição neutra (para permeabilizar a via aérea do bebé e o ar entrar). Não incline a cabeça do bebé para trás;



3. Realize **5 insuflações** com ar expirado (coloque a sua boca no nariz e boca do bebé ou só na boca, mas apertando o nariz do bebé com os seus dedos);



4. Se estas insuflações não forem eficazes: Realize **15 compressões torácicas** (colocar a ponta de dois dedos da outra mão no meio do peito bebé e comprimir o tórax na vertical) e **2 insuflações**.

Ao mesmo tempo ligue **112** (coloque o telefone em alta voz ou peça a alguém para ligar);



5. Aguarde pelo **112**. Se o bebé recuperar consciência (acordar) e a sua respiração se tornar eficaz, deverá ser colocada na posição de recuperação (de lado) vigiando continuamente o estado de consciência, a cor e a respiração.

Hosp	
Rua V	borado por:
2890.	dante MESIP:
Cont	rina Martins N° 210531172
	meira Orientadora:
	Especialista Purificação Moita
Data: Nov. 2022	

- Se o bebé recuperar a consciência (ficar acordado) e a sua respiração se tornar eficaz, deverá ser colocado na posição de recuperação (de lado).
- Continue a vigiar continuamente o estado de consciência, a cor e a respiração do bebé até à chegada do 112.
- Se ainda não ligou 112, ligue. Mesmo que o bebé já tenha recuperado (o bebé deve ser observado pela equipa médica).
- É aconselhável haver sempre mais que uma pessoa na família com treino de reanimação cardio-respiratória.
- Se estiver acompanhado, peça para contactarem o 112 e inicie manobras de reanimação.
- Ao ligar 112 responda às questões que lhe forem colocadas.

APÊNDICE VII – FOLHETO OBSTRUÇÃO VIA AÉREA EM INGLÊS

Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation



Most cases of airway obstruction in infants arise following regurgitation of food or presence of secretions in the oropharynx (throat). But the leaflet we present to you can be used in situations of airway obstruction by any foreign body.



Unidade de Neonatologia
Maternidade

To be reviewed: November 2024

If the baby is not coughing, crying or making any noise you should perform "Back Blow and Chest Thrusts" maneuver for Relief of Foreign-Body Airway Obstruction



Hold the baby face-down along your thigh with the head lower than the bottom. Hit the baby firmly on the back between the shoulder blades **up to 5 times**. **Back blows (slaps)** create a strong vibration and pressure in the airway, which will help to dislodge the blockage.

If back blows do not dislodge the blockage and if the baby is still conscious and responsive **perform chest thrusts**. Turn the baby over so they are facing upwards along the length of your thighs.

Give up to 5 chest thrusts (pushes). Place two fingers in the middle of their chest just below the nipples. Push sharply downwards up to five times. Chest thrusts squeeze the air out of the baby's lungs and may dislodge the blockage.

REVALUATION: After 5 chest thrusts (pushes) check if you dislodge the blockage. Do not put your fingers into the baby's mouth if you cannot see a foreign-body. However, if you can see the foreign-object that's blocking your baby's airway, try to remove it with your finger and thumb. Keep the 5 chest thrusts and 5 back blows until you dislodge the blockage.

What if my baby's not breathing or moving?

Place the baby on their back on a firm surface. Kneel or stand beside them and perform Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). **How?**

1. Check the baby's mouth. If you can see the foreign-object, remove it;

2. Lift the baby's chin very slightly whilst gently holding their head in a neutral position (to open the airway). Do not tilt the baby's head backwards;



3. Give 5 rescue breaths. Take a breath and form a tight seal around the baby's nose and mouth. Blow at a steady rate for about 1 second. Look for the chest to rise;



4. If the baby still unresponsive and not breathing : Perform **15 chest compressions** (place two fingers in the centre of your baby's chest and press straight down. Use your other hand to gently hold their head in place.) and **2 rescue breaths.**

At the same time call 112 (put the phone on speaker or ask someone to call);



5. Wait for the medical team. If the baby resumes normal breathing then place him in the Recovery Position (cradle the baby in your arms with his head tilted downwards) and monitor breathing and skin color.

- If the baby resumes normal breathing then place him in the Recovery Position (cradle the baby in your arms with his head tilted downwards) and monitor breathing and skin color until medical team arrives;
- If you have not yet called 112, please do. Even if the baby has already recovered the baby should be, nevertheless, observed by the medical team.
- It is recommended to always have more than one person in the family with cardiopulmonary resuscitation training.
- If you are accompanied, ask someone to contact 112 and start resuscitation maneuvers.
- When you call 112, answer the questions they ask you.

Hospital -
Rua Viriato
2890-495 L
Contacts:

ESIP:
tins N° 210531172
orientadora:
Ent. Especialista Purificação Moita

Date: Nov. 2022

APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória **Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation**



Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória

Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

A maioria dos casos de obstrução da via aérea em lactentes surge na sequência da regurgitação dos alimentos ou presença de secreções na orofaringe (garganta). Mas o folheto que lhe apresentamos pode ser utilizado em situações de obstrução da via aérea por qualquer corpo estranho.

Most cases of airway obstruction in infants arise following regurgitation of food or presence of secretions in the oropharynx (throat). But the leaflet we present to you can be used in situations of airway obstruction by any foreign body.

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória

Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation



Se o bebé não tossir ou se a tosse não for eficaz deve realizar manobras de desobstrução da via aérea: pancadas interescapulares (entre os ombros) e compressões torácicas.



If the baby is not coughing, crying or making any noise you should perform "Back Blow and Chest Thrusts" maneuver for Relief of Foreign-Body Airway Obstruction

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation



Pancadas interescapulares (entre os ombros)

Back blows (slaps)

Segure o bebé de barriga para baixo com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho e aplique **até 5 pancadas, secas**, nas costas, entre os ombros, com a base da mão, usando uma força adequada ao tamanho da criança.

Hold the baby face-down along your thigh with the head lower than the bottom. Hit the baby firmly on the back between the shoulder blades **up to 5 times**. **Back blows (slaps)** create a strong vibration and pressure in the airway, which will help to dislodge the blockage.

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória

Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation



Compressões Torácicas

Chest thrusts (pushes).

Caso não tenha conseguido deslocar e remover o corpo estranho, e o bebé continue acordado, passe à aplicação de **compressões torácicas**. Segure a cabeça do bebé na região occipital com a mão que estava livre e rode-o em bloco, para que este fique de costas sobre o antebraço. Mantenha a cabeça a um nível inferior ao do resto do corpo.

If back blows do not dislodge the blockage and if the baby is still conscious and responsive **perform chest thrusts**. Turn the baby over so they are facing upwards along the length of your thighs.

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

Faça **até 5 compressões torácicas** com alguma intensidade e a um ritmo lento com o objetivo de aumentar a pressão intratorácica e ajudar a mobilizar o objeto.

Give up to 5 chest thrusts (pushes). Place two fingers in the middle of their chest just below the nipples. Push sharply downwards up to five times. Chest thrusts squeeze the air out of the baby's lungs and may dislodge the blockage.



Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

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

REVALUATION: After 5 chest thrusts (pushes) check if you dislodge the blockage. Do not put your fingers into the baby's mouth if you cannot see a foreign-body. **However, if you can see the foreign-object** that's blocking your baby's airway, try to remove it with your finger and thumb. Keep the 5 chest thrusts and 5 back blows until you dislodge the blockage.

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

Se o bebé deixar de respirar e não reagir:

Colocar o bebé numa superfície rija (mesa, chão...) e iniciar Suporte Básico de Vida (SBV). **Como?**

What if my baby's not breathing or moving?

Place the baby on their back on a firm surface. Kneel or stand beside them and perform Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). **How?**

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

1. Pesquise a boca do bebé e veja se tem leite/corpo estranho. Se tiver e **se for visível**, remova-o;

1. Check the baby's mouth. **If you can see** the foreign-object, remove it;

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation



2. Levante ligeiramente o queixo do bebé e com a outra mão na testa posicione a cabeça numa posição neutra (para permeabilizar a via aérea do bebé e o ar entrar). Não incline a cabeça do bebé para trás;

2. Lift the baby's chin very slightly whilst gently holding their head in a neutral position (to open the airway). Do not tilt the baby's head backwards;

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation



3. Realize 5 insuflações com ar expirado (coloque a sua boca no nariz e boca do bebé ou só na boca, mas apertando o nariz do bebé com os seus dedos);

3. Give 5 rescue breaths. Take a breath and form a tight seal around the baby's nose and mouth. Blow at a steady rate for about 1 second. Look for the chest to rise;

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation



4. Se estas insuflações não forem eficazes: Realize **15 compressões torácicas** (colocar a ponta de dois dedos da outra mão no meio do peito bebé e comprimir o tórax na vertical) e **2 insuflações**.

Ao mesmo tempo ligue **112** (coloque o telefone em alta voz ou peça a alguém para ligar);

4. If the baby still unresponsive and not breathing : Perform **15 chest compressions** (place two fingers in the centre of your baby's chest and press straight down. Use your other hand to gently hold their head in place.) and **2 rescue breaths**.

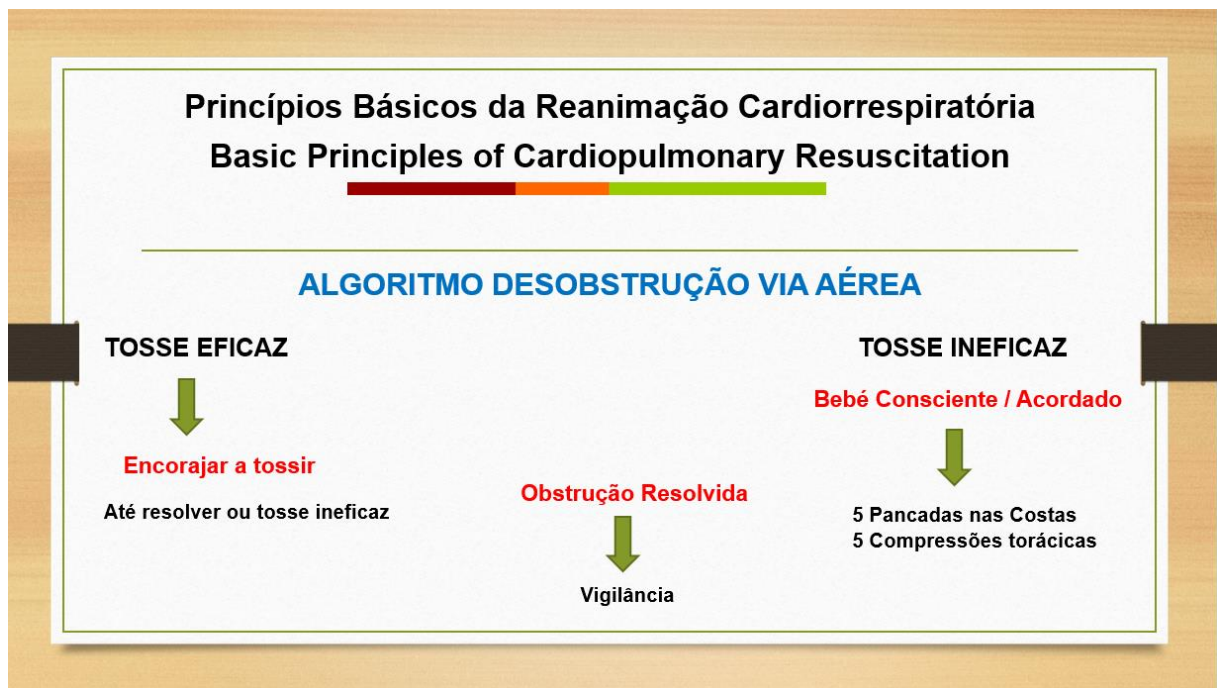
At the same time call 112 (put the phone on speaker or ask someone to call);

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória

Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

5. Aguarde pelo 112. Se o bebé recuperar consciência (acordar) e a sua respiração se tornar eficaz, deverá ser colocada na posição de recuperação (de lado) vigiando continuamente o estado de consciência, a cor e a respiração.

5. Wait for the medical team. If the baby resumes normal breathing then place him in the Recovery Position (cradle the baby in your arms with his head tilted downwards) and monitor breathing and skin color.



Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

ALGORITMO DESOBSTRUÇÃO VIA AÉREA

Bebé Inconsciente

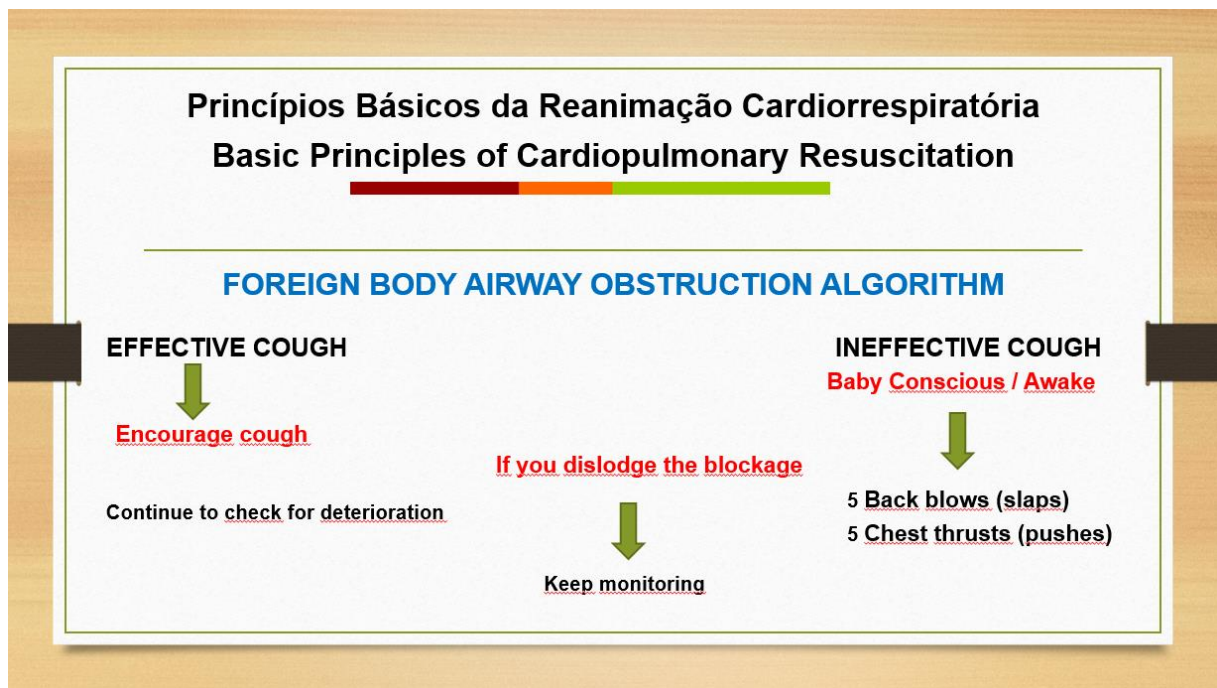


Pesquisar Via Aérea / Boca do bebé

5 Insuflações

Ligar 112

SBV 15:2



Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

FOREIGN BODY AIRWAY OBSTRUCTION ALGORITHM

Baby Unconscious (Not breathing or moving)



Check airway / baby's mouth

5 rescue breaths.

Call 112

CPR 15:2

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória

Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

- Se o bebé recuperar a consciência (ficar acordado) e a sua respiração se tornar eficaz, deverá ser colocado na posição de recuperação (de lado).
- Continue a vigiar continuamente o estado de consciência, a cor e a respiração do bebé até à chegada do 112.
- If the baby resumes normal breathing then place him in the Recovery Position (cradle the baby in your arms with his head tilted downwards) and monitor breathing and skin color until medical team arrives;

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation

- Se ainda não ligou 112, ligue. Mesmo que o bebé já tenha recuperado (o bebé deve ser observado pela equipa medica).
- É aconselhável haver sempre mais que uma pessoa na família com treino de reanimação cardio-respiratória.
- If you have not yet called 112, please do. Even if the baby has already recovered the baby should be, nevertheless, observed by the medical team.
- It is recommended to always have more than one person in the family with cardiopulmonary resuscitation training.

Princípios Básicos da Reanimação Cardiorrespiratória **Basic Principles of Cardiopulmonary Resuscitation**

- Se estiver acompanhado, peça para contactarem o 112 e inicie manobras de reanimação.
- Ao ligar 112 responda às questões que lhe forem colocadas.
- If you are accompanied, ask someone to contact 112 and start resuscitation maneuvers.
- When you call 112, answer the questions they ask you.

BIBLIOGRAFIA

- Instituto Nacional de Emergência Médica - Departamento de Formação em Emergência Médica. (2022). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico* (versão 4.0, 1ª Edição).
- Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., Lucas, M., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G.B., Lauritsen, T. & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Elsevier*, 161 (2021), 327-387. <https://www.cprguidelines.eu/>

APÊNDICE IX –TABULEIRO DE JOGO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS



APÊNDICE X – QUESTÕES SOBRE PRIMEIROS SOCORROS DO JOGO DE TABULEIRO

Qual o número de Emergência Europeu? A. 911 B. 112 C. 808808808	O que se deve fazer numa Emergência? A. Esperar que outra pessoa ajude. B. Tirar fotos e vídeos. C. Ver se o ferido está a respirar e ligar 112
O que quer dizer SBV? A. Suporte Básico de Vida B. Segurança Básica de Vida C. Sensação Básica de Vida	O que se deve dizer ao 112? A. A cidade onde moras e o que aconteceu à vítima B. O teu local exato, as características da vítima e se está a respirar ou não. C. Gritar por socorro e desligar.
O que é uma hemorragia? A. Uma zona do corpo com comichão B. Uma fratura com exposição do osso C. Rompimento dos vasos sanguíneos	Numa hemorragia devemos: A. Fazer compressão direta para estancar a hemorragia B. Deixar o sangue correr e não estancar a hemorragia C. Nenhuma das opções anteriores
Numa ferida devemos...? A. Desinfetar a ferida B. Esperar que passe C. Lavar e desinfetar a ferida	Como atuar numa hemorragia nasal? A. Colocar um lenço de papel e inclinar a cabeça para trás B. Pressionar a narina, inclinar a cabeça para a frente e colocar gelo C. Assoar o nariz e colocar gelo

A asfixia/sufocação é? A. Dificuldade respiratória por excesso de oxigénio no organismo B. Dificuldade respiratória por objeto estranho na via aérea (ex. garganta) que provoca engasgamento C. Sentir dores no peito	O que fazer num engasgamento de uma criança que consegue tossir? A. Dar água ou líquidos a beber B. Insistir e encorajar a tossir para tentar resolver o engasgamento C. Não fazer nada e esperar que o engasgamento passe
Se nos apercebemos de que uma pessoa está prestes a desmaiar... A. Devo deixá-la e ir buscar ajuda B. Devo dar-lhe um banho C. Devo sentá-la e colocar-lhe a cabeça entre as pernas	O que NÃO devo fazer numa situação de eletrocussão? A. Tocar na vítima se estiver em contacto com a corrente elétrica B. Cortar a corrente elétrica C. Nenhuma das opções anteriores
A entorse é? A. Uma lesão nos ossos B. Uma lesão no pé C. Uma lesão nos tecidos moles de uma articulação	Se alguém torcer o pé devo? A. Imobilizar a articulação afetada, elevá-la e aplicar gelo B. Imobilizar a articulação afetada, elevá-la e aplicar água quente C. Aplicar gelo e colocar a pessoa a andar
O envenenamento é o efeito produzido no organismo por um veneno, quer este seja introduzido por via... A. Digestiva B. Digestiva ou respiratória C. Digestiva, respiratória ou pela pele	O número de contacto do Centro de Informação Antivenenos (CIAV) do INEM é? A. 808 808 808 B. 808 250 250 C. 808 250 143

As queimaduras podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele. Mas também existem queimaduras devido a... A. Sol, fogo e energia elétrica B. Sol, fogo, energia elétrica e produtos químicos C. Sol, fogo e produtos químicos	Numa queimadura de 1º grau devo colocar? A. Azeite B. Manteiga C. Água tépida
O que não devo fazer numa queimadura? A. Retirar qualquer pedaço de tecido que tenha ficado agarrado à queimadura B. Rebentar bolhas ou retirar a pele das bolhas que rebentaram C. As duas opções anteriores estão corretas	A Posição Lateral de Segurança (PLS) deve ser utilizada nas... A. Pessoas conscientes que estão cansadas B. Pessoas inconscientes que respirem C. Nenhuma das opções anteriores

APÊNDICE XI – REVISÃO DA LITERATURA “A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS”

A Importância da Promoção da Literacia em Primeiros Socorros nas Escolas

Catarina de Brito Frias Martins – Licenciada em Enfermagem, Enfermeira na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

Ana Lúcia Ramos - Doutora em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Investigadora Integrada na NURSE´IN-UIESI – Unidade de Investigação de Enfermagem do Sul e Ilhas

RESUMO

Objetivos: Aferir, com base na literatura existente, a importância da literacia em primeiros socorros nas escolas.

Método: Revisão da literatura baseada em estudos e artigos recolhidos na plataforma CEBaP, base de dados PubMed, BVS e nos repositórios da Universidade de Évora, da Universidade Católica e do Politécnico de Viseu recorrendo a palavras chave validadas no MeSH e DeCS. Como critérios de inclusão escolhemos as línguas portuguesa e inglesa, artigos disponíveis na íntegra e publicados entre 2017 e 2022.

Resultados: Com base na leitura dos títulos, resumos dos artigos e documentos encontrados foram selecionados 7 estudos e 3 relatórios de mestrado em enfermagem. Os achados revelam a necessidade de ensino de primeiros socorros nas escolas e a correlação direta com o conceito de promoção da saúde.

Conclusão: A promoção da literacia em primeiros socorros nas escolas é uma necessidade identificada e deve prever o ensino de primeiros socorros a toda a comunidade educativa (alunos, professores e funcionários). O conceito de escolas promotoras de saúde prevê essa mesma literacia e considerando o conceito de saúde escolar, o enfermeiro deverá ser o profissional responsável pelo ensino de primeiros socorros nas escolas.

Contudo, existem poucos estudos nesta área de investigação o que sugere a necessidade de realização de mais estudos.

Palavras – Chave: Escola, Primeiros Socorros, Prevenção de Acidentes, Saúde Escolar
Enfermeiro, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ANEXOS

ANEXO I – INFOGRÁFICO ACIDENTES DOMÉSTICOS E DE LAZER



Infográfico

Acidentes Domésticos e de Lazer

Rede de Hospitais que integram o sistema EVITA, 2019

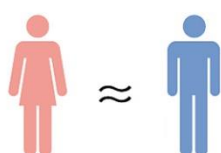


Em Portugal, a notificação dos Acidentes Domésticos e de Lazer realiza-se através do sistema EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, onde se incluem os acidentes ocorridos em ambiente doméstico, lazer, escolar e desportivo.

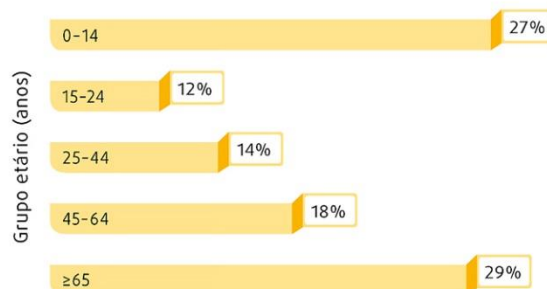
195 400 portugueses sofreram um Acidente Doméstico e de Lazer (ADL) com necessidade de utilização do serviço em 2019

A Casa e a Escola representam os locais onde ocorrem com mais frequência

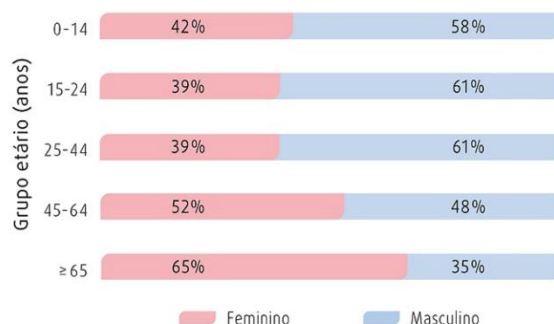
Em ambos os sexos



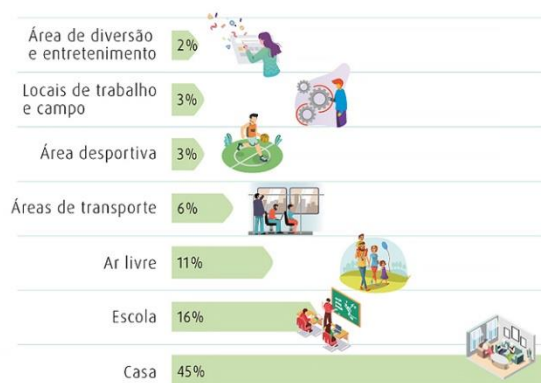
Ao longo do ciclo de vida



No grupo etário e sexo



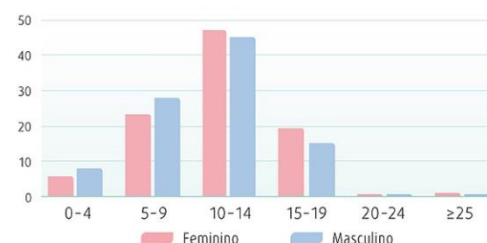
Principais locais de ocorrência



Distribuição dos ADL ocorridos em Casa, por sexo e grupo etário



Distribuição dos ADL ocorridos em Escola, por sexo e grupo etário



ANEXO II – CERTIFICADO SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

Encontro

24 e 25
fev | 20 23

Nós e laços... teorias e práticas

Organização

**Coordenação e estudantes finalistas do
Mestrado em Educação Pré - Escolar e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico**

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que **Catarina de Brito Frias Martins** dinamizou o Workshop “Suporte Básico de Vida”, no âmbito do Encontro *Nós e laços... Teorias e práticas*, organizado pela Coordenação de curso e estudantes finalistas do Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico, da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Setúbal.

Setúbal, 23 de fevereiro de 2023

Pela Comissão Organizadora

Assinado por: **MARIANA ABRANTES DE OLIVEIRA**
PINTO ALTE DA VEIGA
Num. de Identificação: 06575154