



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Contributo do Enfermeiro na Literacia em Saúde sobre Primeiros Socorros nos cuidadores de crianças, em contexto escolar - estudo do impacto de uma intervenção formativa

Rosa Maria Cordeiro Da Silva Gonçalo

Viseu, 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

**Contributo do Enfermeiro na Literacia em Saúde sobre
Primeiros Socorros, nos cuidadores de crianças, em
contexto escolar - estudo do impacto de uma intervenção
formativa**

Rosa Maria Cordeiro Da Silva Gonçalo

Estágio com Relatório Final

7º Curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, grau mestre

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa

Viseu, 2021

Para as minhas filhas,

Ana e Inês:

“sou enfermeira de pediatria, graças a vocês”

AGRADECIMENTOS

Dizer “OBRIGADA” é muito pouco, para agradecer a ajuda e apoio das pessoas que me acompanharam neste percurso e ajudaram a “transformar os obstáculos das pedras encontradas no caminho em degraus”, para subir até alcançar a meta.

Ainda assim, agradeço:

- em segundo lugar, aos colegas de turma, com quem tive o privilégio de “voltar à escola”, sobretudo a Fernanda Margarida Moura e Sérgio Cabral (enfermeiros que me fazem ter orgulho na profissão e área que abracei);
- em terceiro lugar, aos docentes das várias disciplinas, que fizeram o esforço de ajustar estratégias pedagógicas às contingências impostas pela pandemia de COVID-19;
- em quarto lugar, às digníssimas enfermeiras tutoras, que tiveram paciência para responder às minhas inúmeras perguntas e partilharam conhecimentos/experiências valiosas e enriquecedoras;
- em quinto lugar, ao professor João Duarte que, mesmo estando aposentado, deu uma ajuda preciosa no tratamento estatístico dos dados recolhidos para o estudo realizado;
- em sexto lugar, à D^{ra} Inês Costa, por ter sido um “anjo da guarda”;
- finalmente, em **primeiro lugar**, à professora Graça Aparício, pelo apoio incondicional, pela ajuda e disponibilidade desde o início, pelas horas de sono perdidas a corrigir os meus relatórios, pela compreensão com as minhas falhas e dificuldades e, sobretudo, por não me deixar desistir e me puxar até à meta.

A todo(a)s:

Bem-Haja

RESUMO

Enquadramento: O percurso realizado neste período de formação académica e as competências especializada adquiridas são o espelho de um processo que teve como tema central a Literacia em saúde e capacitação de cuidadores de crianças, na prestação de primeiros socorros em contexto escolar. A promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios Escolas Promotoras de Saúde (EPEs), contribui para elevar o nível de “literacia em saúde” da comunidade educativa (crianças, pessoal docente/ não docente, pais/mães). Em Portugal, o instrumento orientador destes princípios é o Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015b), cujo primeiro eixo estratégico é a “capacitação” e uma das áreas de intervenção, a promoção de um ambiente escolar seguro. Paradoxalmente, a formação académica dos docentes e os cursos de formação dos não docentes, raramente aborda e aprofunda esta temática.

Objetivos: Descrever as experiências e atividades desenvolvidas nos diversos contextos de estágio; Analisar criticamente os contributos deste percurso para a formação especializada, Caracterizar os conhecimentos dos cuidadores (educadores, auxiliares e pais) sobre primeiros socorros a crianças do ensino pré-escolar; Avaliar o efeito da intervenção formativa no nível de conhecimentos dos cuidadores; Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o conhecimento dos cuidadores.

Metodologia: Estudo de análise quantitativa, do tipo longitudinal em painel antes e depois de curta duração. realizado numa amostra não probabilística por conveniência, composta por 50 cuidadores (98% sexo feminino) de crianças que frequentam a creche e infantário de uma instituição de solidariedade social. Aplicado questionário para caracterização da amostra e avaliação do nível de conhecimentos antes e depois de uma intervenção formativa realizada em formato de workshop em *life streaming* e presencial. Os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa estatístico SPSS versão 26.0 para Windows, tendo sido adotado o nível de significância de 5%.

Resultados: No global da amostra, a média de idades era de 47,9 anos, a maioria eram auxiliares educativos (54%) e educadores de infância (24%), 50% tinham dois ou mais filhos, 86% tinham já realizado formação em PC, porém 84% não tinha experiência prática. Antes da intervenção, o nível de conhecimentos era moderado para 38% dos cuidadores, seguidos de 36% com conhecimentos fracos, sem diferenças significativas face à idade. O teste-t indicou haver impacto positivo e significativo nos conhecimentos, contudo, o teste McNemar (amostras emparelhadas), indicou diferenças entre os dois momentos, mas apenas significativas em algumas questões. Não se apurou influência de qualquer das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos dos cuidadores. As questões relacionadas com a prioridade no atendimento e a criança inconsciente, obtiveram aumento de respostas incorretas após a intervenção, indicando a necessidade de melhorar alguns aspetos metodológicos da intervenção.

Conclusão: O estudo teve impacto positivo e significativo nos conhecimentos dos cuidadores após a intervenção formativa e não se apurou influência das variáveis sociodemográficas no nível de conhecimentos. Estudos semelhantes, realizados em condições menos adversas e sobretudo em formato presencial, alargados a outras populações de cuidadores serão um importante contributo para a melhoria da literacia em primeiros socorros da população escolar, que é frequentemente a primeira linha no atendimento das crianças vítimas de acidente ou doença súbita. O enfermeiro, dada a sua formação em primeiros socorros e considerando que a educação para a saúde faz parte das suas competências, é o profissional privilegiado para estabelecer parcerias entre a escola e a saúde.

Palavras-Chave: Literacia em Saúde; Saúde Escolar; Primeiros Socorros; Cuidadores de Crianças; Capacitação; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

Background: The path taken during this academic training period and the specialized skills acquired are the mirror of a process whose central theme was health literacy and empowerment of child caregivers in providing first aid in school settings. The promotion of health in schools, based on the principles of Health Promoting Schools (HPS), contributes to raising the level of "health literacy" of the educational community (children, teaching staff / non-teaching staff, parents). In Portugal, the guiding instrument for these principles is the National School Health Program (DGS, 2015b), whose first strategic axis is "empowerment" and one of the areas of intervention is the promotion of a safe school environment. Paradoxically, the academic training of teachers and the training courses for non-teaching staff rarely address and deepen this theme.

Objectives: To describe the experiences and activities developed in the different internship contexts; To critically analyze the contributions of this journey to specialized training; To characterize the caregivers' (educators, assistants and parents) knowledge on first aid for pre-school children; To assess the effect of the training intervention on the caregivers' level of knowledge; To analyze the relationship between the sociodemographic variables and the caregivers' knowledge.

Methodology: Quantitative analysis study, longitudinal type in a before-and-after panel of short duration. conducted in a non-probability convenience sample, composed of 50 caregivers (98% female) of children attending daycare and kindergarten in a social solidarity institution. A questionnaire was applied to characterize the sample and assess the level of knowledge before and after a formative intervention carried out as a workshop in livestreaming and in person. The data obtained were analyzed using the statistical program SPSS version 26.0 for Windows, and the significance level of 5% was adopted.

Results: In the overall sample, the mean age was 47.9 years, the majority were educational assistants (54%) and kindergarten educators (24%), 50% had two or more children, 86% had already had CP training, but 84% had no practical experience. Before the intervention, the level of knowledge was moderate for 38% of the caregivers, followed by 36% with poor knowledge, with no significant differences by age. The t-test indicated a positive and significant impact on knowledge, however, the McNemar test (paired samples), indicated differences between the two moments, but only significant in some questions. No influence of any of the sociodemographic variables on caregivers' knowledge was found. The questions related to the priority of care and unconscious child had an increase in incorrect answers after the intervention, indicating the need to improve some methodological aspects of the intervention.

Conclusion: The study had a positive and significant impact on caregivers' knowledge after the formative intervention and no influence of sociodemographic variables on the level of knowledge was found. Similar studies, conducted under less adverse conditions and mainly in a face-to-face format, extended to other populations of caregivers will be an important contribution to the improvement of first aid literacy in the school population, which is often the first line of care for child victims of accidents or sudden illness. T Given his training in first aid and considering that health education is part of his competences, the nurse is the privileged professional to establish partnerships between school and health.

Keywords: Health Literacy; School Health; First Aid; Child Caregivers; Training; Child Health and Pediatric Nursing.

ÍNDICE

Lista de tabelas	xi
Lista de figuras	xiii
Siglas	xv
Introdução	1
I Parte – Percurso Formativo para Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica	5
1. Enquadramento Curricular	7
1.1. Estágio de Pediatria – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI) ...	8
1.1.1. Caracterização do Serviço	9
1.1.2. Objetivos Específicos.....	10
1.1.3. Reflexão Crítica	11
1.2. Estágio de Saúde Infantil e Familiar	13
1.2.1. Caracterização da Unidade	14
1.2.2. Objetivos Específicos.....	15
1.2.3. Reflexão Crítica	16
1.3. Estágio de Neonatologia	18
1.3.1. Caracterização da Unidade	18
1.3.2. Objetivos Específicos.....	19
1.3.3. Reflexão Crítica	20
II Parte – Estudo Empírico	24
1. Enquadramento Teórico	26
1.1. Literacia em Saúde	26
1.2. Estado da Arte da Literacia em Segurança Infantil	30
1.3. Saúde Escolar e Primeiros Socorros	31
1.4. Papel do Enfermeiro na Saúde Escolar	35
1.5. Contextualização das Lesões Não Intencionais em Contexto Escolar	36
2. Metodologia	40
2.1. Métodos	40
2.2. Participantes	42
2.2.1. Caracterização da amostra	43
2.3. Instrumento de Colheita de Dados	44

2.4. Procedimentos	46
2.4.1. Procedimentos éticos e legais	46
2.4.2. Procedimentos logísticos.....	47
2.5. Tratamento dos Dados	48
3. Apresentação e Análise dos Dados	51
Conclusão	79
Referências Bibliográficas	81
Apêndices	93
Apêndice I – Curso Formativo de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica – Objetivos Gerais.....	95
Apêndice II – Primeiros Socorros em Pediatria – USF	100
Apêndice III – Plano Assistencial Integrado da Febre em Idade Pediátrica – Formação para Profissionais.....	101
Apêndice IV – Panfleto “Febre”	105
Apêndice V – Questionário e Parecer da Comissão de Ética	106
Apêndice VI – Workshop “Primeiros Socorros a Crianças”	119
ANEXOS	126
Anexo I - Guia da Emergência Pediátrica	128
Anexo II – Diabetes na Escola	129
Anexo III – 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente.....	130
Anexo IV – 1º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare	131
Anexo V – Monitorização dos Acidentes Escolares e Peri-Escolares.....	132

Lista de tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos participantes	43
Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra	44
Tabela 3 - Caracterização da amostra em função dos grupos etários	52
Tabela 4 - Teste binomial para o conhecimento sobre primeiros socorros antes da formação	53
Tabela 5 – Teste Qui-quadrado para a classificação do nível de conhecimentos, em função do grupo etário, antes e após a intervenção formativa	54
Tabela 6 - Teste binomial para o conhecimento sobre primeiros socorros após formação.....	56
Tabela 7 – Teste de McNemar para a relação entre o conhecimento sobre primeiros socorros antes e após a formação	58
Tabela 8 – Teste Qui-quadrado para a relação entre os conhecimentos antes e após a intervenção formativa.....	59
Tabela 9 - T –Test entre os conhecimentos dos cuidadores sobre primeiros socorros antes e após a intervenção formativa	59
Tabela 10 – Análise multivariada para nível de conhecimentos em função da idade, função e nº de filhos	61
Tabela 11 – Análise multivariada para nível de conhecimentos em função da idade, formação e experiência em PS	62
Tabela 12 – Relação entre a idade, função educativa e os conhecimentos antes e após a intervenção formativa.....	64

Lista de figuras

Figura 1- Representação esquemática da relação estabelecida entre as variáveis em estudo	42
Figura 2 – Amostra: Critérios de inclusão e exclusão	43
Figura 3 - Fonte: Análise de equações estruturais 5ª Edição (Marôco, 2014)	63

Siglas

ACSA – Agência de Qualidade Sanitária de Andaluzia

ADL –Acidentes Domésticos e de Lazer

APSI – Associação para a Promoção de Segurança Infantil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Jovens e Menores

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

GOBP – Guia Orientador de Boa Prática

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

INSA – Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge

LS – Literacia em Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa de Saúde Infantil e Juvenil

PQCEESIP – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PrS – Promoção da Saúde

PS – Primeiros Socorros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Saúde Escolar

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Introdução

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), distinguem-se pela diferenciação de competências técnicas e relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem, tanto saudável, como doente, em parceria com a família/cuidadores, independentemente do ambiente que a rodeia (casa, escola, hospital, centro de saúde, ...) (OE, 2017). Assim sendo, é determinante a existência de formação contínua específica, promovendo o desenvolvimento profissional, necessário para promover uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017).

Baseado nestes pressupostos, surge o presente documento, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica, de Pediatria e de Neonatologia, integrada no 7º curso, grau de mestre e 11º de pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, decorrido na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), no ano letivo 2020/2021.

De acordo com o Guia Orientador de Curso (ESSV, 2021b), neste tipo de ensino “é dada ênfase a uma pedagogia centrada no estudante e no seu projeto individual de formação” (p.3), envolvendo-se ativamente no seu processo de formação, integrando equipas multidisciplinares como enfermagem especialista e intervindo como formador, no âmbito dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência (ESSV, 2021).

Na sequência destas orientações, foram definidos os seguintes objetivos gerais, para esta unidade curricular:

- adquirir competências específicas, na prestação de cuidados à criança/jovem e família, ajustadas às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento, no sentido de maximizar a sua saúde, nas diferentes etapas do ciclo vital, tanto em situações complexas, como nas do quotidiano;
- desenvolver um projeto de intervenção, com a finalidade de “contribuir para a Literacia em Saúde e consequente capacitação dos cuidadores de crianças, no âmbito da prestação de primeiros socorros, em contexto escolar”

Este percurso de aquisição de competências específicas inerentes ao Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMESIP), tal como a elaboração e implementação do projeto de investigação, foram norteados por alguns documentos de referência na área: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (OE, 2018), Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE,

2017), Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização (OE, 2015a), Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), Programa Nacional de Saúde Escolar (2015-2020) (DGS, 2015b), e Plano de Ação para a Literacia em Saúde – Portugal (2019-2021) (DGS, 2019b).

Para além destes documentos, a adoção de referenciais teóricos tais como: “Parceria de cuidados” de Anne Casey e “Modelo de Promoção de saúde” de Nola Pender, permitiram estruturar conceptualmente os cuidados de enfermagem e desenvolver um projeto no âmbito da promoção da capacitação de cuidadores de crianças na prestação de primeiros socorros em contexto escolar. Na área de pediatria, o binómio criança-cuidador é indissociável, logo, o sucesso dos projetos de promoção para a saúde, depende da parceria de cuidados, para ir de encontro, da família e comunidade em que esta se encontra inserida (OE, 2017). No que diz respeito à atuação da enfermagem: “Não podemos isolar a intervenção de um enquadramento concetual prévio. A filosofia dos cuidados pediátricos compreende o processo de parceria de cuidados, assim como os cuidados centralizados na família” (OE, 2015b, p.21). Desta forma, a intervenção do enfermeiro de saúde infantil em contexto escolar, visa promover estilos de vida saudáveis, aumentar os níveis de literacia em saúde na comunidade educativa e contribuir para a melhoria do ambiente escolar (DGS, 2015b).

Assim sendo, foram delineados para este relatório, os seguintes objetivos específicos:

- analisar de forma reflexiva, as aprendizagens e competências específicas adquiridas ao longo deste percurso formativo;
- enquadrar modelos conceptuais de enfermagem na prática clínica;
- descrever desenho, implementação e avaliação de um trabalho de investigação cujo título é: “Contributo do Enfermeiro na Literacia em Primeiros Socorros a Cuidadores de Crianças, em contexto escolar – estudo do efeito de uma intervenção formativa”

A escolha desta temática e linha de investigação resultou não só, da experiência profissional, como enfermeira num serviço de urgência pediátrica (onde recorrem muitas crianças vítimas de doença súbita ou lesão não intencional em contexto escolar, cujo socorro não adequado ou atempado), mas também pelo reconhecimento da literacia como um determinante em saúde, com potencial para melhorar os resultados na saúde global (Smith, 2021). Os estágios decorreram em diferentes locais e contextos da prática clínica, sendo desenvolvidos numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, numa Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido, de acordo com o cronograma e carga horária previstos no Guia Orientador de Curso (ESSV, 2021b). A sua descrição, análise e reflexão são apresentadas na primeira parte deste relatório.

O projeto de intervenção, foi implementado nas valências da infância de uma instituição de solidariedade social. Integrado neste projeto, foi desenvolvido um estudo empírico, cujo enquadramento, desenho, análise e discussão de dados, se encontram apresentados na segunda parte deste documento.

Assim sendo, o presente relatório, elaborado de acordo com o Guia Orientador de Trabalhos Escritos (ESSV, 2021a), encontra-se estruturado em duas partes que representam os “pilares” desta unidade curricular:

- a primeira parte, refere-se ao Percurso Formativo para Aquisição de Competências de EEESIP, onde se incluem os estágios, se consolidam conhecimentos teóricos, prática baseada na evidência e desenvolvimento profissional sustentado por referenciais teóricos adaptados aos diferentes contextos (Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey e Modelo de Promoção da Saúde – Nola Pender);
- a segunda parte, apresenta as várias etapas e componentes do estudo empírico, bem como a pertinência da escolha da temática e implicações/contributos para a prática de enfermagem.

Para além de constituir um instrumento de avaliação, este documento pretende ser “espelho” do desempenho e desenvolvimento da aluna, neste percurso de enfermeira de cuidados gerais, até enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (sonho de 23 anos de exercício profissional, finalmente realizado).

I Parte – Percurso Formativo para Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

1. Enquadramento Curricular

Este documento é o resultado, não só de um percurso de estágios, mas também de um processo de aprendizagem, que se iniciou no 1º semestre deste CPLESIP e CMESIP e culminou na unidade curricular: “Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia”. A ampla variedade de conteúdos teórico-práticos abordados, a consulta de documentos e normas emanadas por entidades de referência na saúde e em particular na enfermagem, e a pesquisa bibliográfica efetuada, contribuíram para a atualização/consolidação de conhecimentos.

Esta unidade curricular, desenvolvida de acordo com o “Guia Orientador” do curso (ESSV, 2021), incluiu uma componente de estágios e outra de orientação tutorial, que sustentaram a aquisição de novas competências neste percurso formativo.

Competência em Enfermagem define-se como “os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores”, sendo considerada “um elemento-chave na qualidade e na segurança” dos cuidadores (Oliveira & Queirós, 2015, p. 144).

Assim sendo, neste **percurso de estágios** para o **desenvolvimento de competências comuns e específicas** em **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**, foram definidos alguns **objetivos gerais** (Apêndice I) e outros **específicos**, apresentados em função do nível de competências e respetivo domínio, tal como recomendado no “Instrumento de Avaliação” e nas orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE).

As estratégias adotadas e atividades desenvolvidas para os alcançar, foram ajustadas aos diferentes campos de estágio, que decorreram segundo o cronograma previsto no plano de estudos, especificamente numa Unidade de Saúde Familiar de um ACES da região centro, numa Unidade de Cuidados Intensivos e numa Neonatologia, realizados em duas instituições hospitalares da região centro, no período entre 11 de janeiro e 04 de junho de 2021.

Tal como refere o “Guia Orientador” (ESSV, 2021), neste nível de ensino é dado ênfase a uma pedagogia centrada no estudante e no seu projeto individual de formação, de forma que ele se envolva ativamente e desenvolva competências que lhe permitam prestar cuidados de enfermagem especializados em contexto hospitalar e/ou na comunidade.

Desta forma, a temática de “**Literacia em Saúde**” em geral e “**Primeiros Socorros a Crianças**” em **contexto escolar**, em particular, foi a escolhida, pela sua pertinência e importância para o desenvolvimento de competências investigativas; sendo desenvolvida ao longo desta unidade curricular, paralelamente ao percurso de estágios.

A escolha dos locais de estágio, resultou, não só da parceria entre a ESSV e as diferentes instituições de saúde, mas também dos objetivos/interesses pessoais do estudante.

1.1. Estágio de Pediatria – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI)

Para além da componente teórica, este percurso formativo compreende também uma componente prática, desenvolvida de acordo com um cronograma e que, no presente caso, começou pelo Estágio de Pediatria.

A gestão dos cuidados de enfermagem a crianças hospitalizadas, exige enfermeiros com competência especializada; capazes de identificar problemas, antecipar complicações e intervir, no sentido de restaurar a homeostasia e recuperação da situação que motivou o internamento (doença, cirurgia, trauma, ...). Não obstante, os desafios atuais em pediatria perante uma hospitalização, vão muito além dos cuidados técnicos, apenas direcionados para a criança (OE, 2015a).

De forma a assegurar o correto desenvolvimento da criança hospitalizada, o enfermeiro tem o dever de incluir os pais nos cuidados a prestar à criança. E deve conseguir avaliar a capacidade dos progenitores se envolverem, isto é, em adaptar o exercício da sua parentalidade à nova situação familiar. Para que essa parceria de cuidados seja plenamente conseguida, pede-se aos enfermeiros a habilidade para identificar as necessidades da criança, bem como as necessidades e capacidades dos pais, preparando-os gradualmente para manterem as suas funções durante a hospitalização. (OE, 2015a, p.7)

Para estar à altura deste desafio, o EEESIP deve ser detentor de algumas competências específicas, nomeadamente: **“Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”** (OE, 2018, p.19193).

Neste sentido, o referencial teórico que melhor se adequa aos cuidados pediátricos, sobretudo em contexto hospitalar é **“Modelo de Parceria de Cuidados”**, de **Anne Casey**, que defende o contributo significativo dos pais no restabelecimento do estado de saúde do seu filho, tendo por base cinco conceitos centrais: criança, saúde, ambiente, família e enfermeiro (OE, 2015a).

O percurso de estágios para aquisição de competências não só de enfermeiro especialista, mas sobretudo EEESIP, deve ter por base estes pressupostos de referência, nomeadamente a **“Carta da criança hospitalizada”** (Humanização dos Serviços de Atendimento à

Criança, 1988) e o “GOBP – adaptação à parentalidade durante a hospitalização” (OE, 2015b).

O primeiro estágio desta unidade curricular decorreu num serviço de internamento de Pediatria, mais concretamente numa **unidade de cuidados intensivos pediátricos** de um hospital central da região centro do país.

Tal como previsto no cronograma de estágios, teve duração de 120 horas, com início a 11 de Janeiro de 2021 e término a 19 de Fevereiro de 2021.

1.1.1. Caracterização do Serviço

Esta UCI, integrada num hospital pediátrico, tem como **missão**: “prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, a todas as crianças que nele são admitidas” e como **intenção**: “conduzir as atividades clínicas com base numa cultura de qualidade, segurança e humanização de cuidados; focados nas necessidades e expectativas das crianças e respetivas famílias” (CHUC, 2015, p.2).

De acordo com a sua Carteira de Serviços, nesta unidade são prestados cuidados de saúde (médicos e cirúrgicos) diferenciados e de nível avançado, reservados a:

- RNs com necessidade de internamento hospitalar, que necessitam de apoio pediátrico diferenciado, não disponível nas maternidades;
- Crianças (0 – 18 anos) criticamente doentes do foro médico, traumatológico ou cirúrgico;
- Crianças com insuficiência hepática e cuidados pós-operatórios no transplante hepático (serviço de referência nacional);
- Transporte inter-hospitalar da região centro do país.

Este serviço de cuidados intensivos pediátricos dispõe de doze camas, distribuídas por duas salas abertas e quatro quartos individuais. Todas as vagas dispõem de condições para que a criança possa ser acompanhada por Pai/Mãe/Cuidador.

Para além da prestação de cuidados técnicos altamente avançados e diferenciados, a **humanização** faz parte da sua política de funcionamento, tal como o respeito pelos princípios da “**Carta da criança hospitalizada**” (Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1988), da qual realça:

- Art.º 2 – “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” (p.7);

- Art.º 3 – “Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço, para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho” (p.8).

Apesar da elevada complexidade clínica das crianças internadas nesta unidade, a presença de um dos pais/cuidador é fortemente incentivada e valorizada pelos profissionais de saúde. De acordo com o Relatório da Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança:

a presença permanente dos pais junto das crianças hospitalizadas não diminui, antes reforça, o papel qualitativo dos enfermeiros dos serviços de Pediatria, ampliando as suas funções assistenciais, exigindo um papel pedagógico junto das famílias e das crianças e valorizando as suas funções de observação, de registo e de parte fundamental da equipa de saúde. (Relatório da Comissão de Saúde da Mulher e da Criança, 1993, p.165, cit. por OE, 2015a, p.14)

A qualidade dos cuidados prestados nesta UCI encontra-se formalmente reconhecida desde 2016, ano em que lhe foi atribuída acreditação pelo Ministério da Saúde. O Programa de “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde” (Despacho nº 5613/2015, de 24 de Junho) adotou o **Modelo de Acreditação ACSA** (Agência de Qualidade Sanitária da Andaluzia) por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos:

- recomendações para as melhores práticas clínicas
- segurança do utente e dos profissionais
- resposta adequada às necessidades e expectativas dos cidadãos.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Compreender a visão, missão e filosofia de cuidados da unidade;
- Conhecer a estrutura, circuitos, materiais e equipamentos do serviço, otimizando a gestão de recursos disponíveis;
- Aprofundar conhecimentos científicos e adquirir habilidades técnicas fundamentais para **“para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade”** (OE, 2018, p.19193):
 - preparação de material para a colocação de acessos venosos centrais (cateres e epicutâneas), manipulação, otimização, administração de terapêutica e colheita de sangue nos menores
 - vigilância, monitorização e cuidados de enfermagem à criança com necessidade de ventilação assistida (invasiva e não invasiva)
 - gestão de protocolos e administração de medicação de emergência (drogas, vias, doses, diluições, estabilidade, incompatibilidades, ...)

- Desenvolver competências diferenciadas: **“Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte”** (OE, 2018, p.19193) que permitam antecipar e adequar cuidados quando, em contexto de trabalho (Urgência Pediátrica) estiver perante situações que exijam transferência da criança para esta UCI;
- Perceber o significado de ser um serviço creditado pela ACSA e qual o impacto na qualidade dos cuidados de Enfermagem.

1.1.3. Reflexão Crítica

No âmbito deste percurso formativo, o estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos, constituiu um momento diferenciador; não só pelas preferências e objetivos pessoais, mas também pelas diversas e enriquecedoras oportunidades de aprendizagem.

A organização do serviço (validada e reconhecida pela acreditação atribuída), a utilização de tecnologia de ponta e procedimentos técnicos diferenciados, proporcionaram oportunidades únicas para prestar cuidados de nível avançado e elevada qualidade técnica à criança em situação crítica, contribuindo para a aquisição de competências em EEESIP, nomeadamente: **“Providencia cuidados à criança/jovem (...), recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”** (OE, 2018, p.19193).

Paralelamente a este sistema tecnológico dominante, é patente uma filosofia de cuidados de humanidade; visível não só no “Guia de Acolhimento” da unidade, mas também na relação terapêutica/empática estabelecida entre os profissionais e a criança-cuidador.

“O cuidar não deve basear-se apenas na ciência e tecnologia, uma vez que poderia conduzir à desumanização. Assim, quanto mais técnico se torna o ambiente, mais o ser humano tem necessidade de uma dimensão relacional” (Hesben, 2000 cit. por Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009, p. 107).

Apesar da elevada especificidade dos cuidados prestados, a família é englobada nos mesmos, desde a admissão até à alta. Os princípios defendidos por Anne Casey no seu **“Modelo de Parceria de Cuidados”** (Casey, 1993) encontram-se patentes não só nas diversas atividades de enfermagem, mas também num estudo elaborado e artigo publicado por alguns elementos da equipa deste serviço: “As famílias devem ser preparadas para a experiência da permanência do seu filho na UCI, através de relações afectivas que inspirem confiança aos pais. (...) Trabalhar com crianças doentes implica trabalhar em paralelo com os seus pais” (Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009, p. 106).

De acordo com o regulamento de PQCEESIP (OE, 2017), o enfermeiro:

Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. (p.3)

Enquadrando estes princípios, nos cuidados prestados às crianças nesta unidade de cuidados intensivos; durante este estágio verificou-se uma parceria entre pai/mãe e enfermeiros, cabendo prioritariamente aos primeiros a prestação de cuidados de higiene, conforto, alimentação e carinho/colo (sempre que possível). Os cuidados técnicos específicos ficaram a cargo dos profissionais de saúde, com conhecimento e acordo dos pais.

De acordo com o GOBP – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização:

Os pais, no hospital, querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os ativistas deste processo: com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho. (OE, 2015a, p.14)

A parceria de cuidados, bem como a valorização das vivências dos pais de crianças internadas nesta unidade, encontra-se patente nos cuidados de enfermagem, tendo sido inclusive alvo de estudo, revelando que:

Os enfermeiros envolvidos no processo de doença grave, desempenham um papel fundamental no conhecimento das vivências e dificuldades das famílias. A relação estabelecida entre o enfermeiro e a família da criança é um factor marcante no bom ajustamento à situação de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos. (Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009, p. 105).

Para além da prestação de cuidados, as questões pedagógicas, nomeadamente orientação e acompanhamento de alunos; bem como a atualização de conhecimentos/formação contínua, são notórias na equipa de enfermagem.

Não obstante os aspetos positivos atrás mencionados, num contexto de especialidade e mestrado, considera-se pertinente adotar uma visão crítica (construtiva) e sugerir melhoria de alguns aspetos pertinentes e que foram partilhados em equipa:

- identificação de todas as crianças internadas na unidade, não só no processo de enfermagem, mas também com pulseira colocada num dos membros, de forma a manter a segurança das mesmas;

- passagem de turno com todos os elementos de serviço e metodologia ISBAR, de forma a maximizar a continuidade de cuidados e facilitar o trabalho/interajuda em equipa;
- reforçar prevenção/minimização da IACS, através da identificação do tipo de isolamento (proteção, contacto, via aérea, gotícula) não só no processo clínico, mas também junto da unidade da criança (recurso a placas de identificação específicas para o efeito);
- documentar medidas implementadas e aplicadas diariamente, no sentido da prevenção de quedas, através do procedimento da escala adequada (Morse/Humpty Dumpty, Falss Scale) integrada no sistema informático utilizado no serviço, à semelhança do que já é efetuado com a escala de prevenção de feridas em pediatria (Braden Q).

Para finalizar a análise reflexiva deste estágio, é importante referir que foram adquiridas não só algumas competências como EEESIP, mas também no âmbito dos “**Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**” (OE, 2011):

- presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade;
- faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica;
- assiste a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação/instabilidade;
- gere comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade.

1.2. Estágio de Saúde Infantil e Familiar

Segundo os PQCEESIP, o EEESIP presta **cuidados de nível avançado à criança/jovem** (saudável ou doente), **proporciona educação para a saúde**, assim **como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa**, independentemente do ambiente que a rodeie (hospital, **centro de saúde**, escola, comunidade, domicílio). (OE, 2017)

Depois de uma experiência com crianças hospitalizadas, gravemente doentes/em estado crítico, seguiu-se um estágio completamente diferente, com crianças saudáveis, inseridas no seu meio ambiente habitual. Este estágio de cuidados de saúde primários, foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região centro, no período de 1 de março a 24 de abril de 2021, perfazendo um total de 120 horas de contacto.

Neste estágio, foram delineados objetivos e desenvolvidas algumas atividades, no sentido de adquirir novas competências como EEESIP: **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** (OE, 2018, p. 19194).

A par da Parceria de Cuidados, definida por Anne Casey (1993) e tão intrinsecamente ligada aos cuidados de enfermagem de pediatria, a atuação neste campo de estágio, teve como orientação outro referencial teórico: **“Modelo de Promoção da Saúde” de Nola Pender.**

Criado em 1984, este modelo representa uma proposta para realizar intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, podendo ser aplicado ao longo de todo o ciclo vital (Murdaugh, Parson & Pender, 2019).

O termo **“Promoção da saúde”** passou a ser utilizado pelos profissionais de saúde, após diversas conferências e discussões realizadas nesta temática (Otawa, Adelaide, Sundsvall, Bogatá, Jacarta), sendo definidos 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” (Vitor, Lopes, & Ximenes, 2005, p.236).

O Modelo de Nola Pender, fornece uma estrutura simples através da qual o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual (ex: consulta de enfermagem) ou reunindo pessoas em grupos (formações, workshops na escola, comunidade...), permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas ações. (Vitor, Lopes, & Ximenes, 2005)

Norteadas por estes princípios, a linha de investigação deste trabalho: **“Literacia em Saúde”**, foi abordada a vários níveis ao longo deste estágio, não só nas consultas de saúde infantil, mas também noutros planos existentes e junto de outras faixas etárias.

1.2.1. Caracterização da Unidade

A USF é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde (individuais e familiares), integrada numa lógica de rede, com outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A sua organização tem por base o funcionamento em equipas nucleares (médico, enfermeiro e secretário clínico) e pauta pelas seguintes disposições gerais:

- **Lema:** qualidade e humanização da saúde;
- **Missão:** cuidados de saúde globais, personalizados e adequados às famílias inscritas na USF;

- **Visão:** prestar cuidados de saúde humanizados e de excelência;
- **Funcionamento:** a organização interna da USF tem por base o funcionamento em equipas nucleares multidisciplinares, sendo cada equipa constituída por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico. Cada equipa tem a seu cargo a prestação dos cuidados de saúde (no âmbito dos cuidados de saúde primários), aos utentes/famílias inscritas nos respetivos ficheiros;
- **Gestão:** a USF tem um modelo de gestão por objetivos, estratégias, indicadores de execução, metas a atingir e atividades a desenvolver; no sentido de cumprir as condições inerentes ao sistema de acreditação que lhe foi atribuído pela ACSA;
- **Intervenções e áreas de atuação do corpo de enfermagem:** aos enfermeiros cabe a prestação de cuidados globais e personalizados aos indivíduos e famílias, ao longo do ciclo vital, desde o nascimento até ao fim da vida; em diferentes contextos/níveis, de acordo com o código Deontológico e REPE da OE, na filosofia de “Enfermeiro de família” (USF Lusitana, 2019).

1.2.2. Objetivos Específicos

- Conhecer/perceber o papel do Enfermeiro de Família na comunidade, particularmente no âmbito da saúde infantil e pediátrica;
- Colaborar com a enfermeira tutora, não só nas consultas de Saúde Infantil, mas também nas restantes atividades; uma vez que cuidar em pediatria, implica incluir a família e a comunidade em que esta se encontra inserida: **“cuidar a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital”** (OE, 2018, p. 19194);
- Rever/atualizar e aprofundar conhecimentos acerca de:
 - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013)
 - Avaliação do Desenvolvimento de acordo com a Escala de Mary Sheriden
 - Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015b)
 - Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015a), revisão e extensão a 2020
 - Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2020)
 - Maus-tratos a crianças e jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção (DGS, 2011)
 - Programa Nacional para a Promoção de Atividade Física (DGS, 2017)

- Adquirir conhecimentos e competências que permitam otimizar a articulação entre os cuidados de saúde primários e a área hospitalar;
- Perceber qual o impacto da pandemia Covid19 na saúde das famílias;
- Desenvolver a temática central da unidade curricular: “**Literacia em Saúde**”, abordando temas relativos aos **cuidados antecipatórios** em educação para a saúde, dirigidas aos pais e outros cuidadores, dando resposta aos conceitos meta paradigmáticos definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017): **saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem**.

No âmbito das esferas de ação do EEESIP,

a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a (qualidade) vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. (OE, 2017, p.3)

1.2.3. Reflexão Crítica

Sendo enfermeira com experiência profissional no âmbito hospitalar (serviço de urgência pediátrica), este estágio permitiu “alargar horizontes” e contribuir para a melhoria da comunicação e articulação entre ambas as instituições.

No sentido de dar resposta, não só aos objetivos delineados, mas também à solicitação da equipa de enfermagem da USF, foram desenvolvidas algumas atividades que enriqueceram esta etapa formativa:

- Colaboração coma enfermeira tutora no planeamento, execução e avaliação dos diagnósticos/intervenções nas diversas consultas de enfermagem; trabalhando com a criança e família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
- Organização do carro de emergência da USF, dando cumprimento à norma nº008/2011 da DGS para o efeito e elaboração da pasta com documentação de suporte atualizada: Suporte Básico de Vida pediátrico e adulto (INEM, 2017a; INEM, 2017b); algoritmo de atuação na anafilaxia (INEM, 2020) e medicação de emergência (Anexo I);
- Colaboração na formação em serviço, através da apresentação em PowerPoint do “Plano Assistencial da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica” (Apêndice III);

- Elaboração de panfleto dirigido a cuidadores de crianças sobre “Febre”, no sentido de incrementar a sua literacia e parceria de cuidados neste tema (Apêndice IV);
- Apresentação do workshop “Primeiros Socorros em Pediatria” (Apêndice II) dirigido a grávidas/puérperas inscritas nas aulas de preparação para o parto (formação em formato digital/webinar, devido às contingências da pandemia de Covid19);
- Visita à Unidade de Cuidados na Comunidade que trabalha em parceria com a USF, com o objetivo de conhecer a dinâmica/papel da Enfermagem no Sistema Nacional de Intervenção Precoce e Saúde Escolar;
- Participação como formanda, no curso “Diabetes na Escola”, dinamizado pela equipa da consulta de Diabetes do Hospital Pediátrico de Coimbra (Anexo II) e no “1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente” (Anexo III);
- Sensibilização pontual, informal e oportuna, dos vários elementos da equipa acerca da importância das consultas de Saúde Infantil na vigilância de distúrbios de saúde mental, sedentarismo/obesidade infantil e violência doméstica/maus-tratos emergentes neste contexto de pandemia mundial, no sentido de dar resposta à aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: **“Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção”** (OE, 2018, p. 19193);
- Divulgação da “Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários” e do Cartaz “Os Meus Direitos no Centro de saúde” (IAC, 2021).

Apesar das diversas atividades desenvolvidas e objetivos cumpridos, a conclusão deste estágio não ficou completa. Infelizmente, devido às contingências da pandemia de Covid19, não foi possível desenvolver atividades no âmbito da saúde escolar e intervenção precoce. Efetivamente, a necessidade de distanciamento social, minimização de contágios e urgência em vacinar para o SarsCov2 era prioritária. No entanto, isto não deveria justificar a interrupção de outros planos assistenciais e programas de saúde.

O isolamento, a redução/perda de vencimento das famílias, encerramento temporário das escolas/instituições de apoio, podem agravar problemas de saúde mental e dificuldades nas famílias. Os profissionais dos cuidados de saúde primários, nomeadamente os enfermeiros devem alertar as autoridades e intervir de forma a colmatar as lacunas graves na saúde pública da atualidade.

1.3. Estágio de Neonatologia

O percurso de estágios desta unidade curricular culminou numa área bastante específica e até disputada entre especialidades de saúde Materna (OE, 2019b) e Saúde Infantil (OE, 2018); uma vez que o perfil de competências de ambas prevê os cuidados ao RN saudável/doente, promoção de parentalidade, vinculação, amamentação e demais aspetos inerentes ao período pós-natal e adaptação à vida extrauterina.

De acordo com o GOBP, “tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que provoca, pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança sempre provoca no seio da família” (OE, 2015b, p.11).

O internamento de um RN, numa neonatologia tem impacto não só no bebé, mas também na família. O RN é frequentemente sujeito a procedimentos invasivos e diversos estímulos (ruídos, luz, manipulação) que podem ser fator de stress e dor. Os pais sentem-se ansiosos, vulneráveis e invadidos por dúvidas e incertezas (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri & Erdmann, 2015).

Com a hospitalização, a adaptação à **parentalidade** e a **vinculação** entre criança e cuidador podem ser afetadas negativamente; pelo que a intervenção do enfermeiro deve mediar e facilitar este processo: **promove vinculação de forma sistemática, em particular no recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais** (OE, 2018).

No sentido de adquirir esta competência específica em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; foi realizado um estágio de 120 horas, numa Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), integrada num centro hospitalar da região centro, no período de 26 de abril a 4 de junho de 2021.

1.3.1. Caracterização da Unidade

A UCERN onde foi desenvolvido este estágio, assegura a prestação de cuidados diferenciados aos RNs (com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas), provenientes de: núcleo de obstetrícia, bloco operatório, urgência pediátrica e outros hospitais (por transferência).

Este serviço tem como **missão**:

- prestar cuidados de saúde diferenciados e específico para cada RN admitido;

- otimizar meios técnicos e humanos, que permitam ao RN uma melhor adaptação ao meio extrauterino, recuperação da prematuridade, doença ou qualquer alteração dos seus sistemas;
 - promover bem-estar e desenvolvimento adequado ao RN na família e comunidade em que se encontra.

O método de trabalho da equipa de enfermagem é o “método por responsável”: em cada turno o enfermeiro é responsável pelos cuidados de determinados bebés, sendo os RNs com maior instabilidade/necessidade de cuidados diferenciados, atribuídos ao enfermeiro com mais qualificações e/ou EEESIP. No entanto, segundo o GOBP, a metodologia de trabalho que mais espelha a filosofia dos cuidados em pediatria é o **“Enfermeiro de referência”, uma vez que assenta na parceria e na negociação de cuidados com os pais** (OE, 2015b, p.18).

É um método sistemático de organizar o trabalho de enfermagem, através da atribuição de um grupo de crianças doentes a um enfermeiro, que será o responsável para realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação final dos cuidados de enfermagem prestados a essas crianças hospitalizadas (OE, 2015b, p.18).

O enfermeiro de referência promove o envolvimento/parceria com os pais durante todo o processo: admissão, internamento e alta (OE, 2015b).

1.3.2. Objetivos Específicos

Considerando a escassa experiência em Neonatologia e proximidade/articulação entre o contexto de trabalho atual e esta UCERN, foram definidos alguns objetivos específicos para este estágio:

- Aprofundar conhecimentos relevantes para a prática de enfermeiro especialista na área de neonatologia;
- Desenvolver competências técnicas, baseadas em evidência científica, na prestação de cuidados ao RN, em situações cuja adaptação à vida extrauterina se encontra dificultada por diversos fatores (prematuridade, dispneia, risco infeccioso, alteração cardiovascular, instabilidade térmica e/ou glicémica, ...);
- Adquirir destreza e habilidade técnica nos seguintes procedimentos:
 - Colocação, imobilização e otimização de cateteres venosos periféricos;
 - Gestão dos cuidados inerentes à fototerapia;
 - Preparação e administração de drogas ao RN em situação de doença/instabilidade (cumprimento de protocolos, normas de segurança inerentes, ...);

- Manutenção de suporte ventilatório (CPAP);
 - Cuidados de enfermagem associados à colocação e manipulação de cateter umbilical;
 - Alimentação entérica e parentérica do RN;
- Aprofundar conhecimentos sobre reanimação do RN;
 - Adquirir competências que permitam desenvolver cuidados antecipatórios quando, em contexto de trabalho (urgência pediátrica), estiver perante um RN que necessite de ser transferido/internado na UCERN;
 - Desenvolver competências no âmbito da vinculação afetiva e da parceria com a família para o desenvolvimento da parentalidade;
 - Avaliar níveis de literacia e intervir na capacitação da família, sobretudo em aspetos de puericultura, segurança e sono dos bebés.

1.3.3. Reflexão Crítica

No âmbito das diferentes áreas que compõem os cuidados de enfermagem em Pediatria, a Neonatologia é aquela cujos conhecimentos teóricos e habilidades técnicas eram mais parcos. Assim sendo, este estágio representou (mais) um desafio e experiência enriquecedora, no decorrer desta formação académica e profissional.

Os objetivos delineados para esta etapa foram sendo alcançados gradualmente, à medida que se foram desenvolvendo algumas atividades:

- Acompanhamento da enfermeira tutora não só na apresentação do espaço físico da unidade, mas também de materiais/equipamentos, equipa interdisciplinar, manual do serviço e metodologia de trabalho em enfermagem;
- Colaboração no planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados ao RN, em parceria com a mãe/família, começando a preparar a alta logo no momento da admissão;
- Promoção da vinculação através do incentivo e apoio no estabelecimento de contacto físico entre RN/mãe (colo, canguru), amamentação, cuidados de higiene e envolvimento parental na prestação dos cuidados ao RN. De acordo com o GOBP (OE, 2015b), a **parentalidade** é definida como: “ação de tomar conta, com as características específicas de assumir responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade família” (OE, 2015b, p.13). O mesmo documento refere ainda que “uma parentalidade suficientemente boa durante os primeiros anos de infância permite a **vinculação** e promove o sentimento de segurança básico na criança” (OE, 2015b, p.9). Desta forma, ao longo

- deste estágio, as atividades desenvolvidas tiveram como objetivo a incorporação do RN na família, estimulando a parentalidade e facilitando o processo de vinculação que, segundo diversos estudos, se inicia na concepção e gravidez (OE, 2015b);
- Registos no processo de enfermagem que, no serviço em questão, ainda se efetuam em suporte de papel, mas com linguagem científica, estando a ser implementada a linguagem classificada para a enfermagem (CIPE);
 - Articulação com outros profissionais (assistentes sociais, terapeutas, ...) e instituições (centros de saúde, segurança social, ...) no sentido de dar resposta às necessidades específicas de cada RN/família, não só em contexto de internamento, mas sobretudo após a alta;
 - Colaboração no projeto institucional “Alta Segura”, através do ensino e esclarecimento sobre dispositivos de retenção automóvel adequados para RN; importância, correta utilização, demonstração e ensino teórico-prático aos pais;
 - Desenvolvimento de ações de educação para a saúde (informais e de acordo com as necessidades detetadas em cada RN/família), nomeadamente esclarecimento e demonstração na preparação de biberões com leite de fórmula e cuidados inerentes (http://www.metis.med.up.pt/index.php/Prepara%C3%A7%C3%A3o_do_biber%C3%A3o_com_leite_artificial);
 - Esclarecimento de dúvidas e ensinamentos solicitados acerca das cólicas do bebé (http://www.metis.med.up.pt/index.php/C%C3%B3licas_do_beb%C3%A9) e higiene do sono (http://www.metis.med.up.pt/index.php/Higiene_do_Sono_na_Inf%C3%A2ncia_e_Adolesc%C3%A2ncia);
 - Abordagem da temática aprofundada neste mestrado: “Literacia em Saúde” através da divulgação (junto de pais e profissionais) da plataforma digital do SNS e DGS: “Guia para pais” (<https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>), “Janela Aberta para a Família” (<https://janela-aberta-familia.min-saude.pt/>) e brochura da APSI “Vale a pena crescer em segurança” (http://h-menezes.pt/wp-content/uploads/vale_a_pena_crescer_em_seguranca.pdf);
 - Aprofundamento de conhecimentos na área de cuidados paliativos em neonatologia, através da participação no “1º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare”, que decorreu no dia 14 de maio em formato webinar (Anexo IV).

Mais do que cumprir um cronograma de formação e obter uma nota final, este estágio contribuiu acima de tudo, para a aquisição de competências particulares, inerentes a uma enfermeira de Pediatria “mais completa” e capacitada para melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao RN no seu contexto de trabalho (Urgência Pediátrica).

No entanto, apesar dos inúmeros aspetos positivos encontrados e mencionados, os cuidados de enfermagem prestados na UCERN poderiam aumentar a sua qualidade, se fosse implementado formalmente o “Programa de Avaliação e Cuidado do Desenvolvimento Individualizado Neonatal” (NIDCAP).

Este programa vem de encontro a um dos pontos enumerados no perfil de competências do EEESIP (OE, 2018): “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (p. 19194).

O NIDCAP representa uma abordagem comportamental individualizada para a prestação de cuidados, baseada na informação que o comportamento do RN nos fornece. O objetivo deste programa individualizado de cuidados centrado no desenvolvimento é: melhorar a longo prazo as consequências da prematuridade na criança e na família. Esta filosofia vem ao encontro do modelo conceptual de Anne Casey (1993): “Parceria de cuidados e cuidados centrados na Família”.

II Parte – Estudio Empírico

1. Enquadramento Teórico

Paralelamente ao percurso formativo para aquisição de competências de EEESIP nos diferentes campos de estágio, em diversas situações e com abordagem formal ou pontual, mediante oportunidades e situações específicas, foi desenvolvida a temática da “Literacia em Saúde nos cuidadores de crianças”.

A pertinência deste tema foi aprofundada no âmbito dos primeiros socorros na escola, através da realização de um estudo empírico, cujo título é: **“Contributo do Enfermeiro na Literacia em Saúde em Primeiros Socorros, nos Cuidadores de Crianças em contexto escolar: estudo do impacto de uma intervenção formativa”**.

Com o objetivo de enquadrar a temática, identificar o “estado da arte” acerca da mesma e justificar a escolha do tema para este estudo; foi efetuada uma revisão da literatura e pesquisa bibliográfica, não só nos documentos de entidades oficiais como a DGS, INEM, SNS; mas também nas bases de dados da plataforma EBSCO, integrada na página da Ordem dos Enfermeiros.

1.1. Literacia em Saúde

Embora o termo “literacia” seja um neologismo da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) desde a década de 40, relacionado com as populações escolares; foi em 1974 que Simonds conjugou a literacia com a saúde, para se referir à necessidade de educação para a saúde, em contexto escolar (CHUC, 2020).

O segundo momento alto surgiu com a publicação do “Relatório de Lalonde” (1981), que defendeu a importância da promoção de saúde e o dever dos seus profissionais em apoiar, informar e influenciar os utilizadores de saúde. Neste documento, foi dada uma perspetiva dos “Determinantes de Saúde”, tal como o contexto e ambiente em que as pessoas vivem; a biologia, os estilos de vida e a poderosa influência do sistema de saúde e dos seus profissionais (Lalonde, 1981, cit por CHUC, 2020).

Ao longo dos anos, o conceito de LS evoluiu gradualmente, passando de uma definição meramente cognitiva, para outra que engloba a componente pessoal e social do indivíduo, bem como o seu envolvimento com o meio (Smith, 2021).

A revisão da literatura atual acerca da definição de LS, revelou que esta envolve

o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, entender, avaliar e aplicar a informação para formar julgamentos e tomar decisões sobre os cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde na vida quotidiana, assim como manter e melhorar a qualidade de vida, durante o curso de vida. (Sorensen, et al, 2012 cit por Sorensen, 2019, p.27)

A OMS (s.d, cit por DGS, 2019b) define LS como “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar a informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (p.6).

A relação entre nível de LS e o estado de saúde das pessoas, encontra-se documentada na literatura científica: literacia inadequada está fortemente ligada a resultados e níveis de saúde baixos, sobretudo no que diz respeito à adesão terapêutica, capacidade de autogestão e utilização de recursos (Smith, 2021). Por outro lado, níveis de LS mais elevados permitem aos indivíduos “tomar decisões de saúde fundamentadas no dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na navegação no sistema de saúde e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde” (DGS, 2019a, p.3).

O diagnóstico e impacto dos níveis de LS na saúde individual, coletiva e impacto na utilização de recursos, tem sido alvo de estudos de investigação junto da comunidade científica. Considerando a complexidade e evolução conceptual do termo LS, encontram-se descritos na literatura diversos instrumentos que visam aferir os níveis de LS nas populações (Pedro, Amaral & Escoval, 2016). O mais consensual e abrangente destes instrumentos elaborados é o *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), originalmente desenvolvido e validado na Europa (2014) é atualmente utilizado em todo o mundo (Smith, 2021).

Em Portugal, foi aplicado um Inquérito sobre Literacia em Saúde (ILS-PT, 2016) cujos resultados, incluídos no Plano de Ação para a Literacia em Saúde (2019-2021) mostraram que a percentagem de portugueses com um nível problemático de LS (38,1%) é superior à média europeia (35,2%) (DGS, 2019b).

Perante esta preocupante realidade, o grupo “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde e Enfermagem”, do CHUC (2020), organizou o webinar: “Literacia em saúde, um desafio emergente: contributos para a mudança de comportamento”.

Neste evento, foi realçada a importância dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, enquanto agentes determinantes para a promoção de LS e no desenvolvimento de iniciativas promotoras do *empowerment* dos cidadãos (CHUC, 2020).

Independentemente da especialidade de enfermagem, a LS deve ser uma competência fundamental, capaz de otimizar a comunicação e a prestação de cuidados centrados na

pessoa. A importância desta classe profissional tem sido incontestável ao longo dos anos e determinante durante a pandemia Covid-19, evidenciando-se no forte contributo dado pelos enfermeiros a nível global, enquanto prestadores de cuidados, investigadores e educadores (Smith, 2021).

As abordagens nesta temática devem contemplar as particularidades de cada fase de desenvolvimento, sendo a LS uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida do ser humano (DGS, 2019a). As diferentes fases do percurso de vida (desde a conceção ao envelhecimento), as relações com a família, grupos de pares e comunidade, devem ser consideradas como tendo um papel central no processo de promoção da LS.

Nesta perspetiva, a DGS (2019b), em parceria com o SNS, estabeleceu um “Plano de Ação para a Literacia em Saúde: 2019-2021”, cujos objetivos gerais são: 1 – Adotar estilos de vida saudável; 2 – Capacitar para a utilização adequada; 3 – Promover o bem-estar; 4 – Promover o Conhecimento e a Investigação.

No que concerne à operacionalização de boas práticas, para além de uma abordagem por ciclo de vida, com todas as especificações inerentes a cada estágio de desenvolvimento, importa também considerar os diferentes contextos (DGS, 2019a).

No âmbito do contexto de intervenção, a **escola** surge logo em primeiro lugar, sendo a **capacitação** de grupos específicos (pais, mães, cuidadores) um objetivo comum a todas as áreas de intervenção. A abordagem dos acidentes, a formação de profissionais e a realização de workshops fazem parte das medidas estratégicas recomendadas (DGS, 2019b). Paralelamente, o “Manual de Boas Práticas – capacitação de Profissionais de Saúde” aponta a formação em **Primeiros Socorros** (PS) no local de trabalho, como forma de operacionalizar uma das tarefas-chave na idade adulta (DGS, 2019a). Este aspeto vem ao encontro da informação técnica nº 03/2012 da DGS, de julho/2014 que realça a importância da formação dos trabalhadores das instituições em matéria de emergência e primeiros socorros, independentemente da sua modalidade de serviço (DGS, 2014).

No que concerne ao contexto escolar, a Direção Geral de Educação (DGE), no âmbito da segurança infantil, refere que cabe ao Ministério da Educação:

contribuir para o aumento da literacia das crianças, jovens e agentes educativos em matéria de segurança rodoviária, primeiros socorros e outras situações de risco, com a finalidade de a escola se constituir, cada vez mais, como um ambiente seguro, reconhecido pela comunidade. (DGE, s.d., para 2)

Vários estudos afirmam que a escola pode constituir um risco para a segurança das crianças e jovens; não só pelas características específicas do seu desenvolvimento nesta fase do ciclo vital, como o tempo prolongado e atividades que desenvolvem neste espaço.

Elas não são apenas pequenos adultos. Sua estrutura de menor estatura, vias aéreas mais diminutas, capacidades cognitivas em desenvolvimento, habilidade física que pode não condizer com habilidade intelectual, menor massa corporal, atividades e comportamentos, demonstram a sua maior vulnerabilidade. Sua curiosidade para vivenciar nem sempre condiz por sua habilidade de distinguir ou reagir à ameaça, podendo assim, causar danos. (Faleiros, Moreira, Gastaldi, Assis Ribeiro & Martins, 2021, p.931)

Segundo Terassi et al. (2015, cit. por Lino, Fossa, Campagnoli, & Groppo, 2018),

as crianças passam em média um terço do seu dia na escola. Sendo assim, acidentes no ambiente escolar são frequentes e podem ocorrer a qualquer momento. Entre os fatores decorrentes, encontramos a vulnerabilidade relativa à idade, o ambiente diferente, o descuido dos responsáveis, a inadequação do espaço físico e dos brinquedos e a falta de informação das próprias crianças e cuidadores/professores. (p.88)

A escola constitui assim, um lugar propício a situações de emergência, uma vez que é neste espaço que os alunos passam grande parte do seu tempo. Além disso, os momentos de recreio, com mais brincadeiras e menor vigilância, aumentam a sua suscetibilidade a acidentes (Adib-Hajbaghery & Kamrava, 2019).

O **Acidente escolar** pode acontecer não só na escola, mas também no percurso entre esta e o domicílio, bem como nas atividades organizadas pela instituição escolar, mesmo sendo fora das suas instalações. Este evento pode ser definido como a “situação que ocorre no espaço e tempo de atividade escolar, provocando no aluno uma lesão, doença ou até morte” (Decreto-Lei nº35/90, de 25 de janeiro).

Considerando todos estes aspetos, é essencial investir na promoção de um ambiente escolar mais seguro e saudável, não só através da prevenção de acidentes, mas também na capacitação dos profissionais de educação para intervirem em situações de primeiros socorros (DGS, 2015b).

De acordo com o “Manual de Primeiros Socorros, Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias”, o **primeiro socorro** “é o tratamento inicial e temporário ministrado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento” (Reis, 2010, p.5).

Este conceito engloba um conjunto de ações primárias e simples, aplicados numa situação de emergência, integrando o pedido de socorro, comunicação e encaminhamento das situações de maior gravidade para os profissionais de saúde (DGS, 2014).

Qualquer pessoa, seja ela leiga ou não, pode prestar PS, desde que possua conhecimento básico, teórico ou prático para intervir na situação (Lima, Oliveira, Moreira, Moreira, Martins & Costa, 2021).

Neste contexto, torna-se imprescindível, no âmbito da literacia em segurança infantil, investir, por um lado, nas ações de prevenção de acidentes e, por outro, quando estas falharem, na capacitação de profissionais de educação para prestarem PS atempados e adequados (DGS, 2015b). Não obstante, apesar da sua importância, vários estudos revelam baixo nível de conhecimentos e competências nos cuidadores de crianças nesta temática.

1.2. Estado da Arte da Literacia em Segurança Infantil

Uma revisão integrativa publicada no *Brasilian Journal of Development*, revelou que “há um défice no grau de conhecimento dos profissionais de ensino infantil em relação aos primeiros socorros. Nota-se o despreparo destes profissionais, perante a ocorrência de acidentes (...)” (Casadevall, Sousa, Miranda, Paula, Gonçalves & Brasil, 2020, p.39752).

Estudos realizados na Turquia e na Arábia Saudita, concluíram que os professores possuíam um nível de conhecimentos em PS muito debilitado; tal como outro realizado junto dos funcionários de algumas escolas dos Estados Unidos, mostrando que estes apresentam conhecimentos e capacidades de PS muito escassos (Adib-Hajbaghery & Kamrava, 2019).

A revista *Nursing* publicou em 2020 uma revisão integrativa sobre esta problemática, que possibilitou a conclusão de que “os educadores escolares demonstram ser leigos em relação ao atendimento inicial de primeiros socorros, ressaltando a importância de treinos periódicos a estes profissionais” (Faria, Nogueira, Silva, Santos & Pena, 2020, p.4522).

No que concerne a Portugal, é de realçar que existem poucos estudos nesta matéria. Um estudo divulgado na 3ª Reunião Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia (3ªrRACS) revelou que os professores apresentam um nível de conhecimentos razoáveis, mas que não se sentem preparados para atuar nas situações de Suporte Básico de Vida e PS (Moutinho, Longo, Pires, Menezes, & Kopke, 2020).

A avaliação da literacia em PS deve englobar não só os professores, mas também os restantes profissionais educativos, nomeadamente os assistentes operacionais; dado que

uma das suas funções é a vigilância dos alunos nos recreios, refeitórios e espaços desportivos. No entanto, muitos destes profissionais não apresentam formação na área de PS ou esta encontra-se desatualizada (Carvalho, Costeira, Santos, Gonçalves, & Moreira, 2015).

Por seu lado, Neves (2016), constatou no seu estudo, que os assistentes operacionais revelam ausência de formação específica no âmbito dos PS, demonstrando necessidade de adquirir esta formação.

Para além dos docentes e não docentes, também os pais devem ser incluídos nesta problemática, identificando os seus conhecimentos e necessidades formativas nesta matéria.

Um estudo sobre “Conhecimento de pais e cuidadores portugueses sobre primeiros socorros” observou um défice do conhecimento sobre a importância da imobilização após um trauma e na abordagem perante uma intoxicação, persistindo, inclusive, práticas desaconselhadas, que podem acarretar complicações (Santos, Oliveira, Whitaker, Camargo, Raimundo & Sousa, 2019).

Face ao exposto, é inegável o papel dos docentes e não docentes perante situações de emergência com crianças e adolescentes em contexto escolar, bem como o dos pais/encontrados de educação, sobretudo no domicílio e no percurso entre este e a escola. A preparação e antecipação de situações de risco só é possível se estes tiverem formação em PS (Neto, Carvalho, Castro, Caetano, Santos, Silva & Vasconcelos, 2018).

Mas, nem só os acidentes necessitam de PS; as emergências médicas (febre, convulsões, ...) também são frequentes em crianças e jovens. O importante é garantir a segurança e a sequência de passos da cadeia de sobrevivência pediátrica (INEM, 2017a).

Qualquer pessoa pode e deve ter formação em PS, salientando-se, pela sua proximidade com a população pediátrica, que a **Saúde Escolar** “deve promover a aquisição de competências básicas necessárias ao socorro imediato, enquanto ato de cidadania” (DGS, 2015b, p.39).

1.3. Saúde Escolar e Primeiros Socorros

A Saúde Escolar (SE) tem um percurso assinalável com mais de um século de existência, tendo como ponto de partida a *Carta de Ottawa*, em 1986, através da qual se reconhece que “a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária. É a interação entre os ambientes e as pessoas que cria um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade” (DGS, 2015b, p.10).

A segunda mudança de paradigma da SE teve como ponto de partida a “evidência científica em promoção da saúde em meio escolar, a inovação e a necessidade de recentrar o “alvo” da sua ação nos resultados” (DGS, 2015b, p.10).

Em Portugal, os princípios que têm norteado a intervenção da SE ao longo dos anos, têm como referencial diversas disposições legais/normativas (nacionais e internacionais) compiladas num documento de referência, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015b).

“O PNSE|2015 foi concebido tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020 (PNS)¹⁸, os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, Health 2020¹⁹ e os princípios das EPS, School for Health in Europe (SHE)” (DGS, 2015b, p.18).

O PNS (2012-2020) apresenta como um dos seus eixos estratégicos, a cidadania em saúde, promovendo a capacitação dos cidadãos através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva; responsabilização e participação na saúde (DGS, 2015a).

O termo **promoção de saúde** (PrS) teve a sua origem em 1978, na conferência sobre cuidados de saúde primários, em Alma Ata. O seu conceito evoluiu ao longo dos tempos, sustentado pela *Carta de Ottawa* e definido pela OMS como: “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” e de atingirem um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (Ottawa, 1986, p.1).

A escola é considerada um contexto privilegiado para a PrS, não só pelo ambiente pedagógico, mas também pela idade das crianças, a sua capacidade de aprendizagem e envolvimento dos seus cuidadores. (DGS, 2015b).

A OMS define **Escola Promotora de Saúde** (EPS) (2009 cit. por DGE, 2014) como:

uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. A EPS é assim, um espaço em que todos os membros da comunidade escolar trabalham, em conjunto, para proporcionar aos alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde. (DGE, 2014, p.4)

No contexto nacional, os princípios das EPS (equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e *empowerment*) são uma referência para as intervenções em SE (DGS, 2015b); bem como a Estratégia Nacional para os Direitos da Criança, para o período 2021-2024, que apresenta num dos seus objetivos operacionais: “monitorizar a

implementação da Educação para a Saúde em meio escolar, em articulação com a Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania” (Diário da República, 1ª série, nº 245, de 18 de dezembro de 2020, p.3).

Portugal integra, desde 1994, a Rede das Escolas pela Saúde na Europa (SHE), formando uma parceria entre a saúde e a educação, que conduziu à implementação de medidas de promoção e educação para a saúde, em meio escolar (à semelhança do projeto de intervenção desenvolvido e apresentado neste relatório) (DGS, 2015b).

A plataforma Europeia das SHE defende que a PrS seja parte integrante das políticas de desenvolvimento da Educação e da Saúde na Europa.

A promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios das EPS e numa metodologia de trabalho por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa. (DGS, 2015b, p.12)

O PNSE (2015), instrumento orientador das políticas nacionais nesta matéria, tem com 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, 2015b, p.4).

Este documento destina-se a toda a **comunidade educativa**, que engloba

alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação. O PNSE|2015 desenvolve-se nos Estabelecimentos de Educação e Ensino (EEE) do Ministério da Educação: Agrupamentos Escolares e Escolas não Agrupadas (AE) com atividade em Jardim de infância, Ensino Básico e Secundário (EBS), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com intervenção na população escolar e, sempre que os recursos humanos o permitam, em instituições privadas com acordo de cooperação. (DGS, 2015b, p.19)

Um dos objetivos do PNSE (2015) visa “elevar o nível de literacia para a saúde (...) e para a minimização dos riscos para a saúde” (DGS, 2015b, p.20). Nesta sequência, são apresentados alguns eixos, áreas e estratégias de intervenção. O Eixo 1 é a **capacitação** definida como “muito mais do que ter informação de saúde e compreendê-la. É estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões” (DGS, 2015b, p.22)

O Eixo 2 diz respeito ao **ambiente escolar e saúde**, onde se pretende avaliar os riscos e reduzir os perigos inerentes ao ambiente escolar, estabelecendo parcerias com a Saúde

Pública e entidades gestoras dos estabelecimentos educativos. Neste sentido, são apresentadas algumas estratégias:

- monitorizar os acidentes e doenças relacionados com o espaço escolar, o meio envolvente e a qualidade ambiental (Anexo V);
- capacitar comunidade educativa para a prestação de PS, promovendo ações de formação em articulação com as entidades de saúde (DGS, 2015b).

Não obstante e apesar da importância e pertinência deste tema (Literacia em primeiros socorros na Comunidade Educativa), das orientações dadas pelo PNSE (DGS, 2015b) e Plano de Ação para a Literacia em Saúde (2019-2021) (DGS, 2019b) e Informação técnica da DGS 03/2012 (Formação em Emergência e Primeiros Socorros no local de trabalho), a formação pedagógica dos docentes em Portugal e os cursos para Auxiliares de Ação de Saúde não têm obrigatoriedade de incluir a disciplina de PS nos seus currículos!

Segundo o INEM, numa notícia publicada no Diário de Notícias a 18 de junho de 2018 (Capucho, 2018), num universo de 140 mil professores em Portugal (dados do Pordata), só 560 têm formação em SBV. Até à data, não existe legislação que obrigue escolas a ter professores com formação em SBV, embora a tutela manifeste interesse na área.

Curiosamente, o Artigo 200º do Código Penal Português – Omissão de auxílio (Decreto-Lei nº 48/95 de 15 de Março de 1995), refere que o indivíduo que não prestar auxílio numa situação de desastre, acidente ou calamidade pública, é punido pela lei.

Já que no respeito ao Brasil, é importante referir a existência da Lei nº13.722, de 4 de outubro de 2018, mais conhecida por “Lei Lucas”, que determina que estabelecimentos recreativos para crianças e escolas (públicas e privadas), desde o ensino pré-escolar, até ao básico, devem oferecer capacitação em PS, aos seus professores e funcionários (Malta, Costa, Souza, Porto, & Tavares, 2021). O nome desta lei foi escolhido em homenagem a uma criança chamada Lucas Begalli, que morreu engasgado numa excursão escolar e os professores que o acompanhavam não souberam como atuar (Silva, Besborodco, Rodrigues, & Górios, 2020).

No entanto, à semelhança da experiência espanhola (Olmos-Gómez, Ruiz-Garzón, Pais-Roldán, & López-Cordero, 2021) no currículo do ensino superior brasileiro, ainda são pouco presentes as disciplinas de PS nos cursos de educadores de infância e professores do ensino básico. Curiosamente, a sua legislação recomenda que esta capacitação seja feita anualmente, tanto inicial, como reciclagem.

No mesmo país, a lei brasileira nº7.498, de 25 de junho de 1986, refere que “é privativo do enfermeiro a educação para a saúde em leigos, além disso, a profissão destaca-se nessa esfera” (Faleiros, Moreira, Gastaldi, Assis Ribeiro, & Martins, 2021, p.931).

1.4. Papel do Enfermeiro na Saúde Escolar

A Educação para a Saúde é um processo pedagógico, que trabalha o pensar e o desenvolvimento da autonomia intelectual individual e/ou coletiva. O enfermeiro é o profissional que cuida para prevenir, manter e restabelecer a saúde. Ele sobressai como educador, uma vez que faz parte das suas competências capacitar, integrar e promover autocuidado. Para além da educação para a saúde, outra possível atuação do enfermeiro nas escolas está relacionada com a inclusão da disciplina de primeiros socorros no *curriculum* escolar (Oliveira, Moraes, Portugal, & Silva, 2018).

A presença do enfermeiro nas escolas pode representar uma importante vantagem para o estabelecimento de ensino; uma vez que permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem, adaptados não só à comunidade escolar, mas também às famílias; indo ao encontro das necessidades identificadas (NASN, 2016).

Um estudo efetuado numa escola do Rio de Janeiro, acerca do conhecimento básico em PS, demonstrou que este era insuficiente, revelando a “importância do papel do enfermeiro como educador, na instrução para um bom desenvolvimento físico, social, intelectual e cultural” (Oliveira, Moraes, Portugal, & Silva, 2018, p. 17).

Em Portugal, um estudo realizado sobre a competência em SBV nas comunidades escolares conclui que “a comunidade escolar no seu geral reconhece competência ao Enfermeiro para ser formador em SBV, colocando-o em primeira linha, seguido do Médico e do Bombeiro” (Branquinho & Gaspar, 2017, p. 7).

Neste contexto, o enfermeiro é o profissional que melhor pode estabelecer a articulação entre a saúde e a educação, promovendo parcerias e capacitações com as escolas; uma vez que tem na sua formação as “ferramentas” para intervir e realizar educação em saúde (Souza, Divino, Souza, Cunha, & Almeida, 2020).

1.5. Contextualização das Lesões Não Intencionais em Contexto Escolar

Tal como refere o PNSE (2015), para intervir em Saúde Escolar é necessário conhecer, ou seja: “Promover melhor informação e mais saúde implica conhecer as causas de morte ou doença e os fatores de risco a elas associados” (DGS, 2015b, p.12).

As lesões e traumatismos (não intencionais) podem ser classificados como “acidentes domésticos e de lazer” (ADL). Em Portugal a monitorização destes eventos é efetuada através do Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (INSA), com recurso ao sistema EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes.

No entanto, outra entidade de referência nacional nesta temática, a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) também vigia os acidentes na vida das crianças, promovendo campanhas de alerta e prevenção junto da população.

No âmbito das comemorações do seu 25º aniversário, a APSI apresentou em relatório de avaliação referindo que “os traumatismos e lesões não intencionais são uma das causas de morte de crianças e jovens na Europa e a primeira entre os 5 e os 19 anos” (APSI, 2017, p.1).

No que concerne ao contexto nacional, os dados mais recentes são reportados pelo Infográfico criado em 2020, pelo INSA. Este instrumento de observação permite obter dados e informação relevantes para a monitorização e vigilância de acidentes que ocorrem em ambiente doméstico, lazer, escolar e desportivo na população portuguesa, que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do SNS. As vítimas são caracterizadas quanto às situações, circunstâncias do local de ocorrência e das lesões sofridas, assim como, quanto aos agentes envolvidos.

Os infográficos mais recentes, foram publicados na plataforma do SNS (<http://www.sns.gov.pt>) em 2020, apresentando os dados referentes aos ADL, Mecanismos de Lesão e Queimaduras na população portuguesa.

Em 2019, 194 400 portugueses sofreram um **ADL**, sendo mais frequente nos grupos etários considerados mais vulneráveis, nomeadamente as crianças dos 0 aos 14 anos (27%). O espaço físico da casa surge como o local onde estes acidentes ocorreram (45%), com destaque para o sexo masculino (42%) nos mais jovens (0 – 14 anos). A Escola é o segundo local de ocorrência mais frequente (16%), seguido do ar livre (11%) (INSA, 2020b).

Relativamente aos **Mecanismos de lesão**, em 2019, 112 988 portugueses sofreram uma queda em ambiente doméstico e de lazer, de que resultou a necessidade de utilização do serviço de urgência. A distribuição dos diferentes mecanismos de lesão variou com a idade,

apesar da elevada proporção de acidentes por queda em todos os grupos etários, destacando-se a faixa dos 0 – 4 anos (72%). Não obstante, os acidentes que se verificaram na sequência de “contacto com pessoa/animal/objeto” representam 19% nas crianças dos 5 – 14 anos e 20% no grupo dos 15 anos 24 anos. A casa e a escola surgem novamente como locais de ocorrência destas situações (INSA, 2020a).

No que concerne às **Queimaduras**, consideradas uma problemática de Saúde Pública, mesmo em contexto de pandemia de Covid-19, o ISNA publicou um infográfico sobre a incidência destas lesões, em crianças e jovens dos 0 – 18 anos, nos anos de 2019 e 2020. Neste período de tempo, foram registados por EVITA, 1042 episódios ADL nesta faixa etária, que resultaram em queimaduras, sendo mais frequentes no sexo masculino (53,4%) (INSA, 2021). O grupo mais atingido foram as crianças até aos 4 anos, sendo o espaço físico casa, o local onde estes acidentes aconteceram com maior frequência (87%). Entre os produtos e/ou objetos envolvidos na ocorrência de queimaduras, destacam-se os alimentos quentes (18%) e a água quente (17%). Importa realçar que estes dados se referem a 2019 e 2020, ano de isolamento social em contexto pandémico, que “obrigou” as crianças e jovens a ficar mais tempo confinados em casa (INSA, 2021).

De acordo com um estudo documental e retrospectivo sobre **acidentes na infância em tempo de pandemia pela Covid-19**, no Brasil, “o aumento do tempo de permanência e de contacto dentro do lar, que nem sempre oferece as melhores condições de bem-estar e segurança, pode favorecer os riscos de acidentes, ...” (Marcheti, Luizari, Marques, Cañedo, Mezezes & Volpe, 2020, p. 17). Segundo este estudo, os afogamentos, quedas, asfixia e queimaduras foram os principais mecanismos de lesão, sendo as faixas etárias entre 1 – 3 anos e ainda 5 – 7 anos as mais atingidas.

Relativamente aos **afogamentos**, a APSI publicou em junho de 2021 um relatório de atualização de casos em crianças e jovens dos 0 – 18 anos. Entre 2003 e 2019 ocorreram 260 afogamentos que resultaram em morte e ainda 606 internamentos na sequência deste tipo de acidente. A maior parte dos afogamentos em piscinas aconteceram em crianças dos 0 – 4 anos e nas praias no grupo dos 10 – 14 anos (APSI, 2021).

Paralelamente à monitorização dos ADL em crianças e jovens a nível nacional, foram efetuados recentemente dois estudos, num hospital de nível II da região centro acerca desta temática, e que sustentaram o interesse pelo projeto de intervenção apresentado neste relatório. Relativamente aos **internamentos por acidentes em pediatria**, foi efetuado um estudo retrospectivo, no período entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020. As quedas foram a principal causa de acidente e internamento em todas as faixas etárias; destacam-se as queimaduras no grupo dos 0 – 5 anos e os traumatismos com bicicleta/patins/skate, a partir dos 6

anos (76% dos quais sem capacete). A casa foi o principal local de ocorrência até aos 2 anos, a escola entre os 2 – 5 anos e a via pública nas faixas etárias mais velhas. É importante realçar que o número destes internamentos diminuiu 57% em março/abril de 2020, período de confinamento em contexto pandémico (Geitoeira *et. al*, 2021).

Quanto aos episódios de **vítimas de acidentes que recorreram à Urgência Pediátrica** da mesma unidade hospitalar, foi elaborado um estudo prospetivo entre abril 2019 e março 2020 (dados recolhidos na primeira semana de cada mês). Neste período de tempo, verificaram-se 371 episódios de urgência (4,7%) em 7955 admissões totais.

A queda foi o principal motivo de lesão, sendo a casa e os estabelecimentos escolares os principais locais de ocorrências destes eventos. Os dados obtidos em ambos os estudos coincidem com a literatura já existente, confirmando que os ADL são uma importante causa de morbilidade em idade pediátrica e consumo significativo de recursos (Nisa, Cardoso, Sousa, Oliveira, Reis, Almeida & Baptista, 2021).

Neste hospital de nível II, os acidentes que resultaram em episódios de urgência/internamento foram maioritariamente presenciados por adultos. A conduta destes relativamente à abordagem dos PS nem sempre foi a mais adequada, o que motivou a aluna a desenvolver este projeto de intervenção, no sentido de sensibilizar e capacitar os cuidadores de crianças na prevenção de acidentes e prestação de PS. Este interesse vem de encontro a vários trabalhos já realizados em diversos países, que estudaram o nível de conhecimentos de cuidadores de crianças acerca dos PS e SBV. Segundo Lima, Oliveira, Moreira, Moreira, Martins e Costa (2021). Apesar da relevância do assunto, os PS ainda são pouco valorizados nas instituições de ensino e os profissionais educativos inadequadamente capacitados.

(...) ao presenciar um acidente que envolva crianças, o desejo de salvá-la é o sentimento que impulsiona a todos, entretanto estudos evidenciam a falta de conhecimento teórico/prático durante o atendimento gera inúmeros problemas, como o estado de pânico e a manipulação errónea da criança, prejudicando o desfecho clínico. (Lima, Oliveira, Moreira, Moreira, Martins & Costa, 2021, p. 3)

Um estudo elaborado sobre o “Conhecimento de Pais e Cuidadores Portugueses sobre Primeiros Socorros em Acidentes Domésticos” concluiu 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. Profissionais de saúde, como enfermeiras ... têm um papel importante na prevenção e orientação sobre primeiros socorros em situação de acidentes domésticos, e podem contribuir para reduzir a morbilidade infantil. (Santos, Oliveira, Whitaker, Camargo, Raimundo & Sousa, 2019, p. 7)

Considerando os dados e os pressupostos apresentados, foi desenvolvido o presente estudo, que resultou de uma parceria entre a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a Santa Casa da Misericórdia de Viseu (SCMV), nas suas valências da infância (creche e infan-
tário).

2. Metodologia

Efetuada o enquadramento teórico e identificado o “estado da arte” na temática abordada; neste capítulo, pretende-se apresentar o desenho de investigação que serviu de suporte a este estudo, nomeadamente a identificação do problema, os objetivos e o desenho/tipo de estudo, participantes/amostra, instrumento utilizado, contextualização da intervenção formativa, apresentação, análise e discussão dos resultados, bem como as suas implicações para a prática dos cuidados de enfermagem.

Para Fortin, Cotê e Fillion (2009), a investigação científica é um processo sistemático e rigoroso, levando à aquisição de novos conhecimentos e que permite examinar fenómenos, com o objetivo de obter respostas para as questões que o investigador considera pertinentes e merecedoras de investigação.

Tal como o título deste relatório refere, o presente estudo teve como objetivo, não só completar um percurso académico, mas sobretudo, dar um contributo à comunidade educativa acerca do tema abordado.

2.1. Métodos

A Educação para a Saúde é um processo pedagógico, que trabalha o pensar e o desenvolvimento da autonomia intelectual individual e/ou coletiva. O enfermeiro é o profissional que cuida para prevenir, manter e restabelecer a saúde. Ele sobressai como educador, uma vez que faz parte das suas competências: capacitar, integrar e promover autocuidado. Para além da educação para a saúde, outro papel do enfermeiro nas escolas, prende-se com a capacitação da comunidade escolar em primeiros socorros (PS) e eventual inclusão dessa disciplina no curriculum escolar (Oliveira, Moraes, Portugal, & Silva, 2018).

Apesar da relevância do assunto, os PS são ainda pouco valorizados em instituições de ensino, tanto públicas, como privadas. O ambiente escolar é um dos principais locais de ocorrência de acidentes não intencionais em crianças. A ausência de programas de capacitação e educação em saúde para educadores, professores, cuidadores e outros profissionais das instituições escolares, faz com que esta população se sinta insegura e mal preparada perante situações de emergência (Lino, Fossa, Campagnoli & Groppo, 2018).

O conhecimento a respeito de primeiros socorros é essencial, uma vez que a abordagem correta em emergências pode salvar vidas e prevenir complicações adicionais. Neste contexto, a educação em saúde é estratégia eficiente que pode ser realizada por

enfermeiros, para capacitar a comunidade quanto aos primeiros socorros. (Brito, Silva, Godoy & França, 2019, p.3)

Em Portugal, um estudo realizado sobre a competência em SBV nas escolas conclui que “a comunidade escolar, no seu geral, reconhece competência ao Enfermeiro para ser formador em SBV, colocando-o em primeira linha, seguido do Médico e do Bombeiro” (Branquinho & Gaspar, 2017, p. 45).

De acordo com Neto *et. al* (2017), citado por Aranha, Barsotti, Silva, Oliveira Pereira, (2019): “A necessidade da educação em primeiros socorros para leigos, tem com intenção de salvar vidas, porém, o conhecimento de habilidades e atitudes a serem tomados em situações de emergências demandam recursos educacionais como palestras, treinamentos, atividades práticas e teóricas” (p. 223).

Face ao que tem vindo a ser exposto, às recomendações do Plano de Ação para a Literacia em Saúde (2019 – 2021) e às recomendações do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015 – 2020), bem como ao Papel do Enfermeiro na Promoção da Saúde Escolar (OE, 2018), nomeadamente na abordagem dos PS junto da comunidade educativa (DGS, 2015b); foi elaborado um Projeto de Investigação, que teve como finalidade: **contribuir para a Literacia em Saúde e consequente capacitação dos cuidadores de crianças, no âmbito da prestação de Primeiros Socorros em contexto escolar.**

Nesta sequência, foi elaborado um **estudo do tipo quantitativo, de corte longitudinal, em painel antes e depois, de curta duração.**

Este tipo de estudo, classificado como quantitativo relativamente ao tratamento de dados e longitudinal em termos temporais; contempla a avaliação das mesmas variáveis, nos mesmos sujeitos, em dois momentos distintos, antes e após a intervenção formativa, separados por um intervalo temporal curto.

Tendo em conta a problemática identificada, a pesquisa realizada para a fundamentação teórica e desenho do estudo, foram elaboradas algumas **questões de investigação**. Estas devem ser interrogações claras e explícitas, com conceitos-chave, relacionados com a população e a área que se pretende estudar (Fortin, Côte, & Fillion, 2009).

1. Quais são os conhecimentos dos cuidadores (educadores, auxiliares e pais) sobre primeiros socorros a crianças pré-escolares?
2. Qual o efeito da intervenção formativa no seu nível de conhecimentos?
3. Qual a influência das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos dos cuidadores ante e após a intervenção formativa?

Para dar resposta às questões, formularam-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Caracterizar os conhecimentos dos cuidadores (educadores, auxiliares e pais) sobre primeiros socorros a crianças do ensino pré-escolar
- Avaliar o efeito da intervenção formativa sobre prevenção de acidentes e prestação de primeiros socorros a crianças, no nível de conhecimentos dos cuidadores (educadores, auxiliares e pais)
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o conhecimento dos cuidadores (educadores, auxiliares e pais).

O desenho esquemático que se segue, pretende representar este processo investigativo, bem como a relação estabelecida entre variáveis.

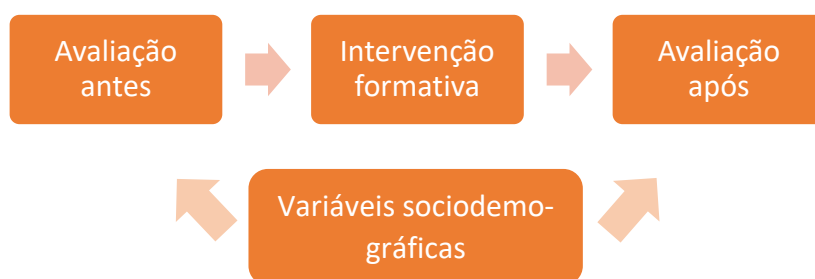


Figura 1- Representação esquemática da relação estabelecida entre as variáveis em estudo

2.2. Participantes

Segundo Almeida e Freire (2017), num trabalho de investigação, **população** é “um conjunto de indivíduos, casos ou observações, onde se quer estudar o fenómeno” (p.70).

Este projeto de intervenção foi dirigido a toda a comunidade educativa das valências da infância da SCMV, que recebem crianças desde os 4 meses até aos 6 anos de idade (inclusive).

Assim sendo, a população abrangida por este estudo foram as educadoras, auxiliares educativas e pais/encarregados de educação de crianças que frequentavam a creche S. Teotónio (8 educadoras, 17 auxiliares, 125 crianças/pais), infantário S. Sebastião (6 educadoras, 10 auxiliares, 124 crianças/pais) e infantário N. S^{ra}. de Fátima (5 educadoras, 10 auxiliares, 100 crianças/pais), numa população total de 405 cuidadores no ano letivo 2020/2021 (apenas considerando um dos progenitores).

Os participantes que integraram o estudo, reunindo os critérios de inclusão (Quadro 1), constituíram a **amostra**, classificada como não **probabilística acidental, por conveniência**.

Esta amostragem é aquela em que nem todos os elementos da população têm uma probabilidade igual e diferente de zero de serem selecionados para a amostra. Estes indivíduos encontram-se acessíveis, disponíveis e aceitam participar no estudo; daí o termo acidental, por conveniência (Fortin, Côte, & Fillion, 2009).

De acordo com Almeida e Freire (2017), a amostra representa um conjunto de situações, relacionadas com os indivíduos, casos ou observações, que se consegue extrair de uma população.

Os critérios de inclusão e exclusão definidos para selecionar a amostra deste estudo encontram-se apresentados no quadro abaixo.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • ser educador, auxiliar de ação educativa ou pai/mãe de crianças que frequentam uma das valências educativas da SCMV • aceitar participar no estudo • preencher o questionário antes e depois da intervenção formativa; • assistir ao Workshop: “Primeiros Socorros a Crianças”. 	<ul style="list-style-type: none"> • não fazer parte da comunidade educativa da instituição em questão; • recusar participar no estudo; • não preencher o questionário em ambos os momentos • não haver emparelhamento entre o primeiro e o segundo questionário • não assistir à intervenção formativa

Figura 2 – Amostra: Critérios de inclusão e exclusão

2.2.1. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 50 cuidadores de crianças (12,35% da população elegível), que completaram todas as atividades da pesquisa e cumpriram os critérios de inclusão.

A faixa etária destes elementos oscilou entre o mínimo de 23 e máxima de 64 anos, com uma média de 47,9 anos (Dp = 9,46) e um coeficiente de variação de 19,74%, indicando uma dispersão moderada em torno da média (cf Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos participantes

	N	Min	Max	M	D.P.	CV%	Sk/erro	K/erro	CI (95%)
Idade	50	23,0	64,0	47,9	9,46	19,74	-1,60	-0,41	[45,2;50,6]

O sexo feminino foi prevalente (98%), e a mediana de idades da amostra foi de 50, ou seja, metade dos elementos da amostra tinha entre 23 e 50 e a outra metade entre 50 e 64 anos.

A maioria dos participantes era auxiliar de ação educativa (54%) numa das valências envolvidas e apenas 22% eram exteriores à instituição.

No que concerne ao papel parental, 50% dos cuidadores tinha 2 ou mais filhos e apenas 12% (6 pessoas) não tinha nenhum.

Relativamente aos conhecimentos prévios em PS, 86% dos elementos referiu já ter recebido formação neste tema. Em oposição, a maior parte (84%) que participou no estudo, não tinha experiência na prestação de socorro, apesar da elevada taxa de capacitação nesta matéria, conforme podemos confirmar nos dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variáveis	Total	
	N (50)	% (100.0)
Sexo		
Masculino	1	2,0
Feminino	49	98,0
Idade		
≤50 anos	25	50,0
>50 anos	25	50,0
Função		
Pai/Mãe	11	22,0
Educador	12	24,0
Auxiliar	27	54,0
Número de filhos		
Nenhum	6	12,0
Um	19	38,0
Dois ou mais	25	50,0
Formação em Primeiros Socorros		
Sem formação	7	14,0
Com Formação	43	86,0
Experiência em Primeiros Socorros		
Sem experiência	42	84,0
Com experiência	8	16,0

2.3. Instrumento de Colheita de Dados

Para que fosse possível caracterizar a amostra e avaliar o seu nível de conhecimentos antes e depois da intervenção formativa, foi elaborado para o efeito, um questionário de avaliação de conhecimentos (Apêndice V). Este era constituído por duas partes: a primeira de caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda incluía questões simples, de

resposta dicotómica (verdadeiro e falso) sobre as temáticas de primeiros socorros a crianças, consideradas como importantes a incluir no workshop.

A escolha deste instrumento de recolha de dados, prendeu-se com alguns aspetos essenciais, nomeadamente o seu carácter estruturado, tratamento estatístico de dados fiável, garantia de anonimato e rapidez na aplicação (Santos & Henriques, 2021).

A construção do questionário baseou-se em documentos de referência nacional na temática: “Manual de Primeiros Socorros” (Reis, 2010), “Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico” (INEM, 2017a) e “Formação em Emergência e Primeiros Socorros no local de trabalho” (DGS, 2014). A consulta de artigos sobre estudos semelhantes, também forneceu linhas orientadoras para a elaboração das questões deste instrumento de avaliação, nomeadamente os estudos de (Cunha, Santos, Albuquerque, Farre e Santana (2021); Lima, Oliveira, Moreira, Moreira, Martins e Costa (2021); Santos, Oliveira, Whitaker, Camargo, Raimundo e Sousa (2019); e Faleiros, Moreira, Gastaldi, Ribeiro e Martins (2021).

A aplicação do questionário no primeiro momento, teve como principal objetivo caracterizar os elementos da amostra e fazer uma avaliação diagnóstica do seu nível de conhecimentos acerca da temática abordada.

Na segunda fase e após o Workshop: “Primeiros Socorros a Crianças” (Apêndice VI), o mesmo instrumento de recolha de dados serviu para avaliar o impacto da formação.

O questionário foi disponibilizado aos participantes não só em formato de papel, mas também em formato digital, através do Google Forms, e acessível na plataforma “*ChildDiary*” no seguinte link: <https://forms.office.com/r/YLHi3cwfzc> ; sendo estimado um tempo médio necessário de 15 minutos para o completar.

O preenchimento do mesmo foi precedido de esclarecimentos acerca do estudo e da garantia de voluntariedade, através da opção dada para desistir em qualquer fase do processo, sem risco de prejuízo ou penalização; respeitando os princípios do Consentimento Informado.

O direito ao anonimato, confidencialidade dos dados recolhidos e tratamento da informação, foram igualmente garantidos, na medida em que se assegurava a não identificação dos respondentes, salvaguardando que a informação obtida seria destruída após conclusão do estudo (procedimento de acordo com a legislação portuguesa e da União Europeia).

Foi ainda dada garantia que, os dados aferidos, pelo estudo, se destinavam estritamente à investigação académica; não constituindo qualquer forma de avaliação pessoal ou profissional dos participantes.

2.4. Procedimentos

Fortin, Côte e Fillion (2009) referem que tanto as considerações éticas, como a obtenção de autorizações para a realização do estudo e local pretendido, devem ser ponderadas desde o início da investigação.

Este estudo foi desenvolvido tendo por base um protocolo pré-existente, de articulação e cooperação entre a ESSV e a SCMV. Para o efetivar, foi necessário ter em consideração a componente ético-legal, com necessidade de obter as autorizações adequadas e operacionalizar procedimentos logísticos.

2.4.1. Procedimentos éticos e legais

A concretização do projeto e a realização deste estudo, foi precedida da apresentação, pedido de colaboração e autorização às autoridades responsáveis de ambas as instituições envolvidas: Presidente da ESSV e Provedor da SCMV.

Para efetivar a aplicação do estudo, foi solicitada a idoneidade científica da intervenção formativa ao Conselho Técnico-Científico da ESSV, de forma a certificar o conteúdo do workshop e permitir a emissão de certificados de participação aos participantes (parecer nº 308 de 12/07/2021).

No sentido de garantir os princípios éticos associados a trabalhos de investigação, este foi submetido à Comissão de Ética do IPV, dotado de independência técnica e científica; salvaguardando os princípios da dignidade da pessoa humana, honestidade e qualidade técnica inerentes ao estudo; sendo obtido parecer positivo (parecer nº 40/sub/2021) (Apêndice V).

Paralelamente, foi efetuado um contacto prévio com a direção da instituição e solicitada autorização ao Sr. Provedor da SCMV, para desenvolver o estudo e aplicar questionários junto da comunidade educativa das suas valências pedagógicas da infância, à qual foi dado deferimento e resposta favorável (Apêndice V).

Aos intervenientes foi dada a possibilidade de decidir livremente sobre a sua participação, sendo informados sobre a natureza, os métodos, a duração e a finalidade do estudo; salvaguardando o princípio da autonomia e garantindo o seu anonimato, como referido na apresentação do instrumento de colheita de dados.

Foi estabelecida a garantia de inexistência de conflitos de interesse, custos ou lucros associados ao projeto, bem como assegurado o rigor e caráter científico do estudo; através do respeito e cumprimento dos seus procedimentos metodológicos. Tal como refere Fortin, Côte e Fillion (2009), a investigação científica é um processo sistemático e rigoroso, que leva à aquisição de novos conhecimentos.

2.4.2. Procedimentos logísticos

Consolidada e formalizada a aceitação do projeto, foram agendadas reuniões com as educadoras responsáveis pelas três valências, a quem foi apresentado o projeto e solicitada colaboração para a sua operacionalização e implementação, ao que elas acederam com interesse e motivação.

Para além das reuniões presenciais, o projeto foi divulgado e dinamizado com apoio e recurso à plataforma informática adotada na instituição, a *ChildDiary*. Esta ferramenta digital, concebida por e para educadores de infância; permite a comunicação e partilha de atividades entre os diversos intervenientes do processo educativo, nomeadamente documentar aprendizagens, articular atividades práticas com currículo pedagógico, gerir comunicação entre salas da mesma instituição e estabelecer comunicação com as famílias em tempo real.

Uma vez que o estudo decorreu em pleno contexto de pandemia de COVID-19 e, considerando a importância do distanciamento físico e social (recomendado pela OMS e DGS), o recurso a esta plataforma representou uma “mais-valia”, não só para divulgar o projeto, mas também para aplicar os questionários (sem a presença do investigador) e apresentar a formação em *live streaming*, ou seja, transmissão ao vivo.

Para sintetizar, a organização da intervenção passou por três etapas sequenciais: inicialmente foi disponibilizado um questionário (pré-teste) para avaliação dos conhecimentos da comunidade educativa, solicitando-lhe o preenchimento do mesmo. Posteriormente, foi apresentada a sessão de formação e, finalmente, aplicado o segundo questionário (pós-teste), igual ao primeiro, para avaliar os conhecimentos adquiridos.

A implementação deste projeto teve uma duração aproximada de 30 dias e decorreu ao longo do mês de Julho de 2021, dado que foi organizada em 3 grupos, cada um correspondente a cada um dos jardins de infância/creche, cumprindo a sequência: divulgação, aplicação do primeiro questionário, formação e aplicação do segundo questionário.

A intervenção formativa, organizada em formato de workshop, teve uma carga horária de 90 – 120 minutos (exposição, demonstração, diálogo e esclarecimento de dúvidas), sendo

apresentada em 5 sessões. As primeiras três decorreram em formato *webinar*, através da plataforma digital *ChidDiary*, em horário pós-laboral, durante três dias da semana diferentes, para abranger o maior número possível de participantes; sem comprometer as regras de segurança inerentes à pandemia.

A pedido da equipa educativa de uma das valências (infantário N. S^{ra} de Fátima), a formação foi realizada presencialmente nas suas instalações, em horário laboral, por duas vezes diferentes; uma vez que as dimensões do seu espaço físico permitiam a realização da formação, sem comprometer as regras de segurança inerentes à pandemia.

À semelhança do questionário, o conteúdo técnico e científico desta formação foi baseado em literatura atualizada e normas orientadoras de entidades de referência nacional. Os temas apresentados no workshop seguiram o roteiro do supracitado instrumento de colheita de dados, tendo por base os três princípios gerais do socorrismo: Prevenir, Alertar, Socorrer.

A elaboração didático-pedagógica da intervenção seguiu alguns referenciais teóricos da “Aprendizagem Dialogada”, pautada pela interação e comunicação, baseada no conceito de que “todas as pessoas possuem capacidades reflexivas, o que lhes permite produzir práticas próprias e, conseqüentemente, em mobilizações coletivas, modificar estruturas sociais” (Franzi, Braga, Chêrfem, Mello, & Pereira, 2009, p. 166).

Assim sendo, foram sugeridas situações e exemplos do quotidiano, com intenção de relacionar os temas abordados, com conhecimentos e experiências prévias; facilitando a articulação entre o saber (teoria) e o fazer (prática), de forma a sustentar e consolidar informações transmitidas.

Foram utilizados recursos multimédia e audiovisuais (projektor de vídeo, computador portátil, apresentação em PowerPoint, visualização de vídeos) e manequim pediátrico para demonstração de técnicas e manobras, e outros materiais; sendo adotada uma metodologia expositiva e demonstrativa, e diálogo entre os participantes e a formadora.

2.5. Tratamento dos Dados

Tal como referido anteriormente, o tipo de estudo efetuado foi classificado como quantitativo, no que diz respeito ao tratamento de dados. Após a colheita de dados, foi efetuada uma apreciação e seleção dos questionários, com intuito de eliminar aqueles que estivessem incompletos ou mal preenchidos. Posteriormente, procedeu-se à sua codificação e tabulação

na base de dados; seguida de **tratamento estatístico**, com recurso ao **programa SPSS** (*Statistical Package for the Social Sciences*) **versão 26.0 para Windows**.

Fortin, Côté e Fillion (2009) afirmam que “após a colheita de dados é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra bem como as diferentes variáveis” (p. 57).

Com o objetivo de caracterizar a amostra e poder interpretar os dados, recorreu-se à estatística descritiva de forma a “organizar e descrever os dados de forma clara; identificar o que é típico e atípico; trazer à luz diferenças, relações e/ou padrões” (Coutinho, 2021, p. 152).

A **estatística descritiva** ou dedutiva descreve, analisa e representa um grupo de dados, utilizando métodos numéricos, tabelas e gráficos, que resumem e apresentam a informação neles contida (Pestana & Gageiro, 2014).

Assim sendo, foram utilizados os seguintes testes estatísticos, cujos resultados relativos a **variáveis quantitativas**, são apresentados no subcapítulo seguinte, nomeadamente:

- Medidas de tendência central: Média (M) e Mediana (Md);
- Medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de Variação (CV);
- Medida de assimetria e achatamento.

Os resultados deste estudo, relativos a **variáveis qualitativas** são apresentados de acordo com:

- Frequências absolutas (F);
- Frequências percentuais (%).

Para além destes testes, foi realizada a **análise dos resíduos ajustados**, de forma a detetar os valores significativos na relação de preposições, pois, como aludem Pestana e Gageiro (2014), os testes de independência do Qui-Quadrado são “generalistas”, ou seja, apenas identificam se há ou não relação entre as variáveis, enquanto os resíduos ajustados estandardizados reconhecem as células com comportamentos diferentes do habitual. Assim, os valores elevados dos resíduos ajustados sugerem uma relação de dependência entre as variáveis. A sua interpretação exige um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna (Pestana & Gageiro, 2014). Considera-se, para uma probabilidade igual a 0,05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1,96$ Diferença estatística significativa;
- $< 1,96$ Diferença estatística não significativa.

Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009), um estudo com abordagem quantitativa permite “estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação de

hipóteses, predizer resultados de causa-efeito ou verificar teorias ou proposições teóricas” (p.30).

Desta forma, recorreu-se também à **estatística analítica ou inferencial**, que visa testar as hipóteses, obter conclusões e proceder à generalização desses resultados, ou seja, influências da amostra para a população (Pestana & Gageiro, 2014).

Assim sendo, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, nomeadamente:

- Testes **t de Student** ou teste Mann Whitney: usados para amostras independentes que nos permitem fazer a comparação de médias ou ranks de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes. Teste de Kruskal Wallis usado para a comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), ou seja, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando-se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si;

- Teste do **Qui-Quadrado** (X^2): utilizado no estudo de relações entre variáveis nominais, sendo aplicado a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Caso as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem à região crítica. Este teste deve ser utilizado quando no máximo 20% das células tiverem uma frequência esperada menor do que 5 (Marôco, 2021).

- Teste **binomial**: consiste num teste exato da significância estatística dos desvios de uma distribuição teoricamente esperada de observações em duas categorias.

- Teste de **McNemar**: teste não paramétrico que avalia a eficiência de situações do tipo “antes” e “depois”, comparando mudanças no pré e pós-teste de variáveis dicotômicas (Santana, Toledo, Moreira, Alves, Ribeiro, & Diaz, 2020).

Os intervalos de confiança foram de 95% e/ou **nível de significância** $p < 0,05$ preconizados por Pestana e Gageiro (2014):

- $p < 0,05^{**}$ Diferença estatística significativa;
- $p < 0,01^{***}$ Diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0,001^{****}$ Diferença estatística altamente significativa;
- $p \geq 0,05$ ns Diferença estatística não significativa.

3. Apresentação e Análise dos Dados

De acordo com Fortin (1999):

Uma vez terminada a análise de dados, a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas. Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas. (p. 329)

Neste subcapítulo, pretende-se fazer uma descrição dos dados obtidos, através da aplicação do questionário e apresentar resultados relativos à análise estatística efetuada. A apresentação dos mesmos, será feita com recurso a tabelas, cuja fonte se encontra suprimida, em virtude destes de referirem sempre ao presente estudo. Para uma melhor facilidade na sua interpretação, os resultados são apresentados com base nos objetivos e questões de investigação previamente definidos, seguindo a ordem temática do supracitado instrumento de colheita de dados.

Assim sendo, começa-se esta análise pela caracterização sociodemográfica da amostra que, tal como referido, foi composta por 50 cuidadores de crianças, 98% dos quais do sexo feminino.

No que diz respeito à sua função na instituição, a maioria são auxiliares educativos 54% (27), seguidos do grupo de educadoras de infância 24% e 22% são progenitores. Analisando por grupos etários verifica-se que das auxiliares (28%) e das educadoras (14%) têm mais de 50 anos, enquanto os pais, na sua maioria têm idade inferior a 50 anos (14%).

Relativamente ao número de filhos, apurou-se que a maioria dos participantes (50%) tem dois ou mais filhos, seguidos dos que têm apenas um, 38% (19). No global 6 (12%) dos participantes não têm filhos. Por grupos etários, verifica-se serem os mais velhos que têm dois ou mais filhos, 28%, e os mais novos que têm um (24%). Pelos residuais ajustados verifica-se que não existe diferença estatística entre os grupos (Residuais < 1,96).

No que diz respeito à temática abordada, verificou-se que 86% dos participantes já era detentor de formação em PS, 46% dos quais com idade > 50 anos.

Contudo, 84% dos elementos da amostra referiu não ter experiência em prestar PS, com ligeira prevalência nos mais novos (44%).

Tabela 3 - Caracterização da amostra em função dos grupos etários

Variáveis	Faixa etária	≤50 anos		>50 anos		Total		Residuais		p
		Nº (25)	% (50,0)	Nº (25)	% (50,0)	Nº (50)	% (100,0)	≤50 anos	>50 anos	
Função										
	Pai/Mãe	7	14,0	4	08,0	11	22,0	1,0	-1,0	0,55
	Educador	5	10,0	7	14,0	12	24,0	-0,7	0,7	
	Auxiliar	13	26,0	14	28,0	27	54,0	-0,3	0,3	
Número de filhos										
	Nenhum	2	4,0	4	08,0	6	12,0	-0,9	0,9	0,31
	Um	12	24,0	7	14,0	19	38,0	1,5	-1,5	
	Dois ou mais	11	22,0	14	28,0	25	50,0	-0,8	0,8	
Formação em PS										
	Sem	5	10,0	2	4,0	7	14,0	1,2	-1,2	0,42
	Com	20	40,0	23	46,0	43	86,0	-1,2	1,2	
Experiência em PS										
	Sem	22	44,0	20	40,0	42	84,0	0,8	-0,8	0,70
	Com	3	6,0	5	10,0	8	16,0	-0,8	0,8	

Questão 1. Quais são os conhecimentos dos cuidadores (educadores, auxiliares e pais) sobre primeiros socorros a crianças pré-escolares?

Para dar resposta à primeira questão, recorreu-se à estatística descritiva, através do teste binominal, apurando as respostas (certas ou erradas) dos participantes às diferentes questões, **antes** da intervenção formativa.

Pelos dados obtidos, verifica-se, pelo realce a *bold*, que houve uma grande percentagem de respostas acertadas e que na sua maioria a diferença entre os resultados são estatisticamente significativas, com exceção da resposta à questão 17- *A mala de primeiros socorros deve conter a) Um pacote de açúcar*, onde, apesar de 60% dos cuidadores responder de forma correta, a diferença não revelou significância estatística, face aos que responderam errado ($p= 0, 20$).

Por outro lado, nas questões onde a maioria dos participantes respondeu de forma errada, [questão 2 b) 62%; 10 a) 54%; 14 a) 56%], as diferenças relativas aos que responderam certo não se revelaram estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Teste binomial para o conhecimento sobre primeiros socorros **antes** da formação

Respostas pré-teste	Corretas		Erradas		p
	Nº	%	Nº	%	
1. Os primeiros socorros a crianças:					
a) devem começar pela prevenção.	49	98,0	1	2,0	<0,01
b) só devem ser prestados por profissionais de saúde.	48	96,0	2	4,0	<0,01
2. Numa situação de emergência, o socorrista deve ter como primeira prioridade:					
a) a segurança da criança.	10	20,0	40	80,0	<0,01
b) a segurança do socorrista.	19	38,0	31	62,0	0,12
c) atuar, ligar 112.	10	20,0	40	80,0	<0,01
3. Em caso de convulsão e durante a fase de movimentos involuntários:					
a) não se deve tentar imobilizar a criança.	33	66,0	17	34,0	0,03
b) deve introduzir-se um objeto na boca (dedo, colher, espátula), para impedir a asfixia.	35	70,0	15	30,0	0,01
4. Numa situação de ingestão acidental de qualquer produto:					
a) devemos provocar sempre o vômito da criança para impedir a absorção do produto no estômago.	36	72,0	14	28,0	<0,01
b) provocar o vômito vai depender do produto ingerido.	35	70,0	15	30,0	<0,01
5. Quando uma criança verte sopa quente num braço e se queima, para não formar bolhas devemos:					
a) aplicar manteiga.	48	96,0	2	4,0	<0,01
b) colocar imediatamente a zona queimada debaixo de água por 5-10 minutos.	48	96,0	2	4,0	<0,01
6. Quando uma criança introduz os dedos numa tomada elétrica e desmaia:					
a) a prioridade é afastar a criança do local.	37	74,0	13	26,0	<0,01
b) a prioridade é desligar o quadro elétrico.	44	88,0	6	12,0	<0,01
7. Na criança, numa situação de traumatismo dentário com saída de dente:					
a) devemos lavar a boca com água fria e oferecer gelado tipo "Calipo".	39	78,0	11	22,0	<0,01
b) devemos guardar o dente dentro de um pano limpo.	32	64,0	18	36,0	0,07
c) devemos procurar ajuda especializada (dentista) no período de 24 horas.	13	26,0	37	74,0	<0,01
8. Quando uma criança cai e bate com a cabeça, sofrendo um traumatismo:					
a) deve-se levar ao hospital sempre que perde os sentidos e/ou vomita.	41	82,0	9	18,0	<0,01
b) não se deve deixar adormecer até ser observada por profissionais de saúde.	14	28,0	36	72,0	<0,01
9. Perante uma criança na creche que se engasga a comer uma bolacha ou outro alimento e para que respire melhor:					
a) devemos tentar retirar o alimento com os dedos.	39	78,0	11	22,0	<0,01
b) devemos debruçar a criança para a frente e dar 5 palmadas fortes nas costas.	32	64,0	18	36,0	0,07
c) devemos aplicar a manobra de "Heimlich".	18	36,0	32	64,0	0,07
10. Em caso de insolação e se a criança estiver consciente:					
a) deve-se manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra.	23	46,0	27	54,0	0,67
b) deve-se deitar a criança num local arejado e à sombra elevando-lhe a cabeça.	36	72,0	14	28,0	<0,01
11. Se uma criança bater com o nariz numa porta e começar a sangrar:					
a) devemos colocar algodão nas narinas para estancar a hemorragia.	47	94,0	3	6,0	<0,01
b) devemos colocar gelo externamente para estancar a hemorragia.	49	98,0	1	2,0	<0,01
12. Ao socorrer uma criança com corpo estranho no olho (ex: areia), é adequado:					
a) tentar remover a areia com um cotonete húmido.	47	94,0	3	6,0	<0,01
b) passar o olho por água corrente.	49	98,0	1	2,0	<0,01
13. Quando uma criança desmaia, o melhor a fazer é:					
a) manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra.	47	94,0	3	6,0	<0,01
b) deitar a criança num local arejado e à sombra elevando-lhe a cabeça.	47	94,0	3	6,0	<0,01
14. Em caso de picada de abelha:					
a) deve-se retirar o ferrão com uma pinça.	22	44,0	28	56,0	0,48
b) deve-se colocar gelo no local.	43	86,0	7	14,0	<0,01
15. Perante uma criança que foi mordida por um gato, devemos desinfetar:					
a) com água oxigenada.	8	16,0	42	84,0	<0,01
b) com iodopovidona (betadine).	6	12,0	44	88,0	<0,01
16. Na criança, a dose do analgésico (medicamento para a dor) deve ser em função de:					
a) idade e peso da criança.	50	100,0	0	0,0	<0,01
b) idade e intensidade da dor.	48	96,0	2	4,0	<0,01
17. A mala de primeiros socorros deve conter:					
a) um pacote de açúcar.	30	60,0	20	40,0	0,20
b) máscara facial.	34	68,0	16	32,0	0,02
18. A mala de primeiros socorros deve estar:					
a) longe do alcance das crianças.	46	92,0	4	8,0	<0,01
b) local de fácil acesso para qualquer pessoa.	25	50,0	25	50,0	1,00

De forma a classificar o nível de conhecimentos foram efetuados grupos de corte tendo por base os percentis 25 e 75. Nesse sentido considerou-se a seguinte classificação:

- \leq percentil 25 - conhecimentos fracos;
- percentil 25 ao percentil 75 – conhecimentos moderados;
- \geq percentil 75 - conhecimentos elevados

Pelos dados apresentados na tabela 5, para o total da amostra, comparando os dois momentos de avaliação, constata-se que, quer antes (38%), quer após a intervenção formativa (40%) a maioria dos cuidadores apresenta um nível de conhecimentos moderados. Por grupos etário, apura-se igualmente conhecimentos moderados na maioria do grupo >50 anos (26%), enquanto nos mais novos se situa nos fracos conhecimentos antes da intervenção formativa. Após a intervenção, a maioria dos cuidadores com mais de 50 anos divide em igual percentagem os conhecimentos moderados e elevados (20%), situando-se a maioria dos mais novos nos conhecimentos moderados (20%), contudo, o teste do qui-quadrado indica que as diferenças nos conhecimentos entre os grupos etários e nos dois momentos, não é estatisticamente significativa ($p = >0.05$) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Teste Qui-quadrado para a classificação do nível de conhecimentos, em função do grupo etário, **antes** e **após** a intervenção formativa

Conhecimentos		Idade	<=50 anos		>50 anos		Total		Residuais		X ²	p
			Nº (25)	% (50.0)	Nº (25)	% (50.0)	Nº (50)	% (100.0)	1	2		
Antes	Fracos		10	20.0	8	16.0	18	36.0	.6	-.6	4,724	0.094
	moderados		6	12.0	13	26.0	19	38.0	-.2	2.0		
	elevados		9	18.0	4	8.0	13	26.0	1.6	-1.6		
Após	Fracos		8	16.0	5	10.0	13	26.0	1.0	-1.0	1.222	0.542
	moderados		10	20.0	10	20.0	20	40.0	-.0	.0		
	elevados		7	14.0	10	20.0	17	34.0	-.9	.9		

Questão 2. Qual o efeito da intervenção formativa no nível de conhecimento de cuidadores sobre primeiros socorros a crianças pré-escolares?

À semelhança do que aconteceu para dar resposta à primeira questão deste estudo, também foi efetuado o teste binominal para analisar as respostas dos participantes às mesmas questões, mas **após** a intervenção formativa.

Como se pode constatar pelos valores realçados a bold na tabela 6, a maioria das questões obteve respostas acertadas, com resultados estatisticamente significativos. Evidenciando-se as questões 1 a), 5 b), 6 b) e 11 a), que obtiveram resposta acertada em todos os elementos da amostra, ou seja, 100%.

Por outro lado, a questão 17: *Na criança, numa situação com traumatismo dentário, devemos procurar ajuda especializada (dentista) no período de 24 horas*, apenas 14% da amostra respondeu corretamente, ou seja, identificando a afirmação como Falsa, já que, de acordo com a informação transmitida no workshop, nesta situação, se deve recorrer à ajuda especializada num período máximo de 2 horas e não 24.

Apenas 7 das 39 alíneas integradas nas 18 questões obtiveram resultados sem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), com realce na questão 10: *Perante uma criança que foi mordida por um gato, devemos desinfetar com a) água oxigenada, b) betadine*, em que 52% dos participantes responderam corretamente e 48% de forma errada ($p = 0,89$).

Destacam-se ainda algumas questões cujos resultados foram estatisticamente significativos, graças à percentagem de respostas corretas: 5 a) *Quando uma criança verte sopa quente num braço e se queima, para não formar bolhas devemos aplicar manteiga* (98% dos participantes identificou corretamente a afirmação como sendo falsa); pergunta 11: *Se uma criança bater com o nariz e começar a sangrar a) devemos colocar algodão nas narinas para estancar a hemorragia* (96% de respostas corretas, ou seja, opção falsa), b) *devemos colocar gelo externamente para estancar a hemorragia* (96% da amostra reconheceu a afirmação como sendo verdadeira). Também a questão 18 a) *A mala de primeiros socorros deve estar longe do alcance das crianças*, obteve 98% de respostas corretas.

Tabela 6 - Teste binomial para o conhecimento sobre primeiros socorros após formação

Variáveis	Corretas		Erradas		p value*
	Nº	%	Nº	%	
1. Os primeiros socorros a crianças:					
a) devem começar pela prevenção.	50	100,0	0	0,0	<0,01
b) só devem ser prestados por profissionais de saúde.	47	94,0	3	6,0	<0,01
2. Numa situação de emergência, o socorrista deve ter como primeira prioridade:					
a) a segurança da criança.	9	18,0	41	82,0	<0,01
b) a segurança do socorrista.	28	56,0	22	44,0	0,48
c) atuar, ligar 112.	12	24,0	38	76,0	<0,01
3. Em caso de convulsão e durante a fase de movimentos involuntários:					
a) não se deve tentar imobilizar a criança.	42	84,0	8	16,0	<0,01
b) deve introduzir-se um objeto na boca (dedo, colher, espátula), para impedir a asfixia.	43	86,0	7	14,0	<0,01
4. Numa situação de ingestão acidental de qualquer produto:					
a) devemos provocar sempre o vômito da criança para impedir a absorção do produto no estômago.	41	82,0	9	18,0	<0,01
b) provocar o vômito vai depender do produto ingerido.	40	80,0	10	20,0	<0,01
5. Quando uma criança verte sopa quente num braço e se queima, para não formar bolhas devemos:					
a) aplicar manteiga.	49	98,0	1	2,0	<0,01
b) colocar imediatamente a zona queimada debaixo de água por 5-10 minutos.	50	100,0	0	0,0	<0,01
6. Quando uma criança introduz os dedos numa tomada elétrica e desmaia:					
a) a prioridade é afastar a criança do local.	41	82,0	9	18,0	<0,01
b) a prioridade é desligar o quadro elétrico.	50	100,0	0	0,0	<0,01
7. Na criança, numa situação de traumatismo dentário com saída de dente:					
a) devemos lavar a boca com água fria e oferecer gelado tipo "Calipo".	45	90,0	5	10,0	<0,01
b) devemos guardar o dente dentro de um pano limpo.	32	64,0	18	36,0	0,07
c) devemos procurar ajuda especializada (dentista) no período de 24 horas.	7	14,0	43	86,0	<0,01
8. Quando uma criança cai e bate com a cabeça, sofrendo um traumatismo:					
a) deve-se levar ao hospital sempre que perde os sentidos e/ou vomita.	45	90,0	5	10,0	<0,01
b) não se deve deixar adormecer até ser observada por profissionais de saúde.	31	62,0	19	38,0	0,12
9. Perante uma criança na creche que se engasga a comer uma bolacha ou outro alimento e para que respire melhor:					
a) devemos tentar retirar o alimento com os dedos.	39	78,0	11	22,0	<0,01
b) devemos debruçar a criança para a frente e dar 5 palmadas fortes nas costas.	46	92,0	4	8,0	<0,01
c) devemos aplicar a manobra de "Heimlich".	12	24,0	38	76,0	<0,01
10. Em caso de insolação e se a criança estiver consciente:					
a) deve-se manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra.	32	64,0	18	36,0	0,07
b) deve-se deitar a criança num local arejado e à sombra elevando-lhe a cabeça.	44	88,0	6	12,0	<0,01
11. Se uma criança bater com o nariz numa porta e começar a sangrar:					
a) devemos colocar algodão nas narinas para estancar a hemorragia.	48	96,0	2	4,0	<0,01
b) devemos colocar gelo externamente para estancar a hemorragia.	48	96,0	2	4,0	<0,01
12. Ao socorrer uma criança com corpo estranho no olho (ex: areia), é adequado:					
a) tentar remover a areia com um cotonete húmido.	47	94,0	3	6,0	<0,01
b) passar o olho por água corrente.	49	98,0	1	2,0	<0,01
13. Quando uma criança desmaia, o melhor a fazer é:					
a) manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra.	39	78,0	11	22,0	<0,01
b) deitar a criança num local arejado e à sombra elevando-lhe a cabeça.	46	92,0	4	8,0	<0,01
14. Em caso de picada de abelha:					
a) deve-se retirar o ferrão com uma pinça.	29	58,0	21	42,0	0,32
b) deve-se colocar gelo no local.	46	92,0	4	8,0	<0,01
15. Perante uma criança que foi mordida por um gato, devemos desinfetar:					
a) com água oxigenada.	26	52,0	24	48,0	0,89
b) com iodopovidona (betadine).	17	34,0	33	66,0	0,03
16. Na criança, a dose do analgésico (medicamento para a dor) deve ser em função de:					
a) idade e peso da criança.	50	100,0	0	0,0	<0,01
b) idade e intensidade da dor.	47	94,0	3	6,0	<0,01
17. A mala de primeiros socorros deve conter:					
a) um pacote de açúcar.	41	82,0	9	18,0	<0,01
b) máscara facial.	40	80,0	10	20,0	<0,01
18. A mala de primeiros socorros deve estar:					
a) longe do alcance das crianças.	49	98,0	1	2,0	<0,01
b) local de fácil acesso para qualquer pessoa.	29	58,0	21	42,0	0,32

Para avaliar o efeito da intervenção formativa no nível de conhecimentos dos cuidadores, foi efetuado o teste não paramétrico de McNemar, por se tratar de uma amostra emparelhada, com variáveis binárias e distribuição anormal (Cunha, Santos, Albuquerque, Farre, & Santana, 2021).

No presente estudo, os questionários recolhidos antes e após a intervenção foram emparelhados; todas as respostas estavam dicotomizadas em “Verdadeiro” e “Falso” e as variáveis foram testadas para verificar se houve diferenças com a intervenção formativa, dando resposta à questão 2, adotando-se nível de significância $<0,05$.

Analisando a tabela abaixo verifica-se que, para a maioria, a percentagem de respostas acertadas aumentou após a intervenção formativa, contudo apenas de forma significativa na questão 3 “*Em caso de convulsão e durante a fase de movimentos involuntários: a) não se deve tentar imobilizar a criança 84% (p= 0,02); b) deve introduzir-se um objeto na boca (dedo, colher, espátula), para impedir a asfixia*” (resposta certa em sentido inverso) 86% (p= 0,02); Pergunta 8. “*Quando uma criança cai e bate com a cabeça, sofrendo um traumatismo: b) não se deve deixar adormecer até ser observada por profissionais de saúde*” (p< 0,01); questão 9 b), Perante uma criança na creche que se engasga a comer uma bolacha ou outro alimento e para que respire melhor: b) e) devemos debruçar a criança para a frente e dar 5 palmadas fortes nas costas (p= <0.01); 10. *Em caso de insolação e se a criança estiver consciente: a) deve-se manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra 68% (p= 0.04); b) deve-se deitar a criança num local arejado e à sombra elevando-lhe a cabeça 88%, (p= 0.04); 15. Perante uma criança que foi mordida por um gato, devemos desinfetar: a) com água oxigenada 52% (p= <0.01); 17; A mala de primeiros socorros deve conter: a) um pacote de açúcar 82% (p= <0.01). A resposta à questão 13. Quando uma criança desmaia, o melhor a fazer é: a) manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra a percentagem de acertos foi significativamente superior antes da formação 94% (<0.01).*

Para além dos resultados estatísticos, considera-se pertinente realçar alguns resultados clínicos, ou seja, a melhoria no nível de conhecimentos dos cuidadores, mesmo sem o nível de significância preconizado. São exemplo disso, a questão 2: *Numa situação de emergência, o socorrista deve ter como primeira prioridade b) a segurança do socorrista (56% responderam acertadamente após a intervenção, face a 38% de respostas corretas antes).* Na questão 4: *Numa situação de ingestão acidental de qualquer produto a) devemos provocar sempre o vômito para impedir a absorção do produto no estômago (antes 72% respostas certas, depois 82%), b) provocar o vômito vai dependendo do produto ingerido (melhoria de 10 pontos percentuais após a intervenção).*

Tabela 7 – Teste de McNemar para a relação entre o conhecimento sobre primeiros socorros **antes e após** a formação

Variáveis	Pré-teste		Pós-teste		p value*
	Nº	%	Nº	%	
1. Os primeiros socorros a crianças:					
a) devem começar pela prevenção.	49	98,0	50	100,0	-
b) só devem ser prestados por profissionais de saúde.	48	96,0	47	94,0	1,00
2. Numa situação de emergência, o socorrista deve ter como primeira prioridade:					
a) a segurança da criança.	10	20,0	9	18,0	1,00
b) a segurança do socorrista.	19	38,0	28	56,0	0,18
c) atuar, ligar 112.	10	20,0	12	24,0	0,80
3. Em caso de convulsão e durante a fase de movimentos involuntários:					
a) não se deve tentar imobilizar a criança.	33	66,0	42	84,0	0,02
b) deve introduzir-se um objeto na boca (dedo, colher, espátula), para impedir a asfixia.	35	70,0	43	86,0	0,02
4. Numa situação de ingestão acidental de qualquer produto:					
a) devemos provocar sempre o vômito da criança para impedir a absorção do produto no estômago.	36	72,0	41	82,0	0,27
b) provocar o vômito vai depender do produto ingerido.	35	70,0	40	80,0	0,30
5. Quando uma criança verte sopa quente num braço e se queima, para não formar bolhas devemos:					
a) aplicar manteiga.	48	96,0	49	98,0	1,0
b) colocar imediatamente a zona queimada debaixo de água por 5-10 minutos.	48	96,0	50	100,0	-
6. Quando uma criança introduz os dedos numa tomada elétrica e desmaia:					
a) a prioridade é afastar a criança do local.	37	74,0	41	82,0	0,34
b) a prioridade é desligar o quadro elétrico.	44	88,0	50	100,0	-
7. Na criança, numa situação de traumatismo dentário com saída de dente:					
a) devemos lavar a boca com água fria e oferecer gelado tipo "Calipo".	39	78,0	45	90,0	0,15
b) devemos guardar o dente dentro de um pano limpo.	32	64,0	32	64,0	1,0
c) devemos procurar ajuda especializada (dentista) no período de 24 horas.	13	26,0	7	14,0	0,15
8. Quando uma criança cai e bate com a cabeça, sofrendo um traumatismo:					
a) deve-se levar ao hospital sempre que perde os sentidos e/ou vomita.	41	82,0	45	90,0	0,29
b) não se deve deixar adormecer até ser observada por profissionais de saúde.	14	28,0	31	62,0	<0,01
9. Perante uma criança na creche que se engasga a comer uma bolacha ou outro alimento e para que respire melhor:					
a) devemos tentar retirar o alimento com os dedos.	39	78,0	39	78,0	1,0
b) devemos debruçar a criança para a frente e dar 5 palmadas fortes nas costas.	32	64,0	46	92,0	<0,01
c) devemos aplicar a manobra de "Heimlich".	18	36,0	12	24,0	0,24
10. Em caso de insolação e se a criança estiver consciente:					
a) deve-se manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra.	23	46,0	32	64,0	0,04
b) deve-se deitar a criança num local arejado e à sombra elevando-lhe a cabeça.	36	72,0	44	88,0	0,04
11. Se uma criança bater com o nariz numa porta e começar a sangrar:					
a) devemos colocar algodão nas narinas para estancar a hemorragia.	47	94,0	48	96,0	1,0
b) devemos colocar gelo externamente para estancar a hemorragia.	49	98,0	48	96,0	1,0
12. Ao socorrer uma criança com corpo estranho no olho (ex: areia), é adequado:					
a) tentar remover a areia com um cotonete húmido.	47	94,0	47	94,0	1,0
b) passar o olho por água corrente.	49	98,0	49	98,0	1,0
13. Quando uma criança desmaia, o melhor a fazer é:					
a) manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra.	47	94,0	39	78,0	0,01
b) deitar a criança num local arejado e à sombra elevando-lhe a cabeça.	47	94,0	46	92,0	1,0
14. Em caso de picada de abelha:					
a) deve-se retirar o ferrão com uma pinça.	22	44,0	29	58,0	0,17
b) deve-se colocar gelo no local.	43	86,0	46	92,0	0,45
15. Perante uma criança que foi mordida por um gato, devemos desinfetar:					
a) com água oxigenada.	8	16,0	26	52,0	<0,01
b) com iodopovidona (betadine).	6	12,0	17	34,0	0,01
16. Na criança, a dose do analgésico (medicamento para a dor) deve ser em função de:					
a) idade e peso da criança.	50	100,0	50	100,0	-
b) idade e intensidade da dor.	48	96,0	47	94,0	1,0
17. A mala de primeiros socorros deve conter:					
a) um pacote de açúcar.	30	60,0	41	82,0	<0,01
b) máscara facial.	34	68,0	40	80,0	0,12
18. A mala de primeiros socorros deve estar:					
a) longe do alcance das crianças.	46	92,0	49	98,0	0,25
b) local de fácil acesso para qualquer pessoa.	25	50,0	29	58,0	0,42

Assim, pela análise da tabela 8 verifica-se que dos 18 participantes que apresentavam conhecimentos fracos antes da formação, 4 (22.2%) passaram a apresentar conhecimentos elevados e 5 (27.8%) moderados, enquanto 9 (50%) permaneceram com conhecimentos fracos. Por seu lado, dos 19 que mostravam conhecimentos moderados, 6 (31.6%) passaram a apresentar elevados, 10 (52.6%) mantiveram moderados e 3 (15.8%) fracos. Por fim, dos 13 que exibiam conhecimentos elevados, 7 (53.8%) mantiveram esse nível de conhecimentos, 5 (38.5%) passaram a revelar moderados e 1 (7.7%) fracos. O teste do Qui-quadrado revelou diferenças com significância estatística, localizadas nos participantes que tinham e mantiveram conhecimentos fracos (50%).

Tabela 8 – Teste Qui-quadrado para a relação entre os conhecimentos **antes** e **após** a intervenção formativa

Conhecimentos após Conhecimentos antes	Conhecimentos fracos		Conhecimentos moderados		Conhecimentos elevados		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	Nº	%	N	%	N	%	1	2	3		
Conhecimentos fracos	9	50.0	5	27.8	4	22.2	18	100.0	2,9	-1.3	-1.3	10,136	0.038
Conhecimentos moderados	3	15.8	10	52.6	6	31.6	19	100.0	-1.3	1.4	-0.3		
Conhecimentos elevados	1	07.7	5	38.5	7	53,8	13	100.0	-1.7	-0.1	1.8		
Total	13	26.6	20	40.0	17	34.0	50	100.0	-	-	-		

No sentido de confirmar estes resultados, foi efetuado o Test-T para diferença de médias, antes e após intervenção, em amostras emparelhadas.

Dos resultados analisados, verificou-se uma melhoria do nível de conhecimentos após a intervenção; uma vez que, antes da formação, o score médio obtido foi de 26,74 ($\pm 3,20$) e, no final, evoluiu para uma média de 29,72 ($\pm 3,70$), revelando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Tabela 9 - T –Test entre os conhecimentos dos cuidadores sobre primeiros socorros **antes** e **após** a intervenção formativa

Resultados teste	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	T	df	p value
Pré-Formação	19	36	26,74	3,206	11,98	-6,68	49	<0,01
Pós-Formação	20	36	29,72	3,704	12,45			

Em função dos resultados obtidos nos testes estatísticos efetuados e, de forma a responder à questão colocada, apuramos que a intervenção formativa teve impacto positivo e significativo nos conhecimentos dos cuidadores.

Questão 3. Qual a influência das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos dos cuidadores, antes e após a intervenção formativa?

Como refere Marôco (2014), poucos fenómenos naturais ou sociais podem ser explicados ou são influenciados por apenas um fator. Neste cenário, a terceira questão de investigação deste estudo, teve como objetivo identificar a possível influência que cada um dos fatores sociodemográficos (idade, nº de filhos, função, formação e experiência em PS) teve na variável dependente (nível de conhecimentos sobre PS). Para este efeito e, considerando as limitações da amostra (tamanho e tipo de amostragem), recorreu-se, entre outros testes estatísticos, à análise de variância uni-variada, designada por Manova a dois fatores fixos (Manova fatorial). Este é um procedimento estatístico a que se recorre quando se pretende analisar em simultâneo, um conjunto de variáveis endógenas de natureza quantitativa (ex: idade), com duas ou mais variáveis exógenas, designadas por fatores, ou seja, representa uma análise multifatorial.

Assim sendo, para responder à questão número 3, foi estabelecida a relação entre variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimentos dos cuidadores.

Analisando o impacto da intervenção em função do papel de cada participante, bem como o seu número de filhos, por grupos etários; apurou-se pela análise de valores médios, que os conhecimentos aumentaram após a intervenção, para todos os intervenientes e nos dois grupos.

Tabela 10 – Análise multivariada para nível de conhecimentos em função da idade, função e nº de filhos

Grupos Etários		<= 50 anos		> 50 anos	
Momentos de avaliação	Função	Media	Dp	Média	Dp
Antes	Pai/Mãe	26.14	2.968	25.25	3.304
	Auxiliar	28.20	2.387	27.14	0.900
	Educador	26.85	4.100	26.64	3.565
Após	Pai/Mãe	30.71	2,98	28.75	4,79
	Auxiliar	29.40	3,13	31.29	2,29
	Educador	28.85	4,34	29.64	4,07
Momentos de avaliação	Nº de Filhos	Media	Dp	Média	Dp
Antes	0	27,50	4,95	25,50	1,92
	1	27,50	2,58	27,29	2,69
	≥ 2	26,18	4,26	26,50	3,39
Após	0	31,50	0,71	27,50	3,70
	1	29,92	2,88	30,29	2,87
	≥ 2	28,64	4,74	30,50	4,07

No que concerne à relação entre a formação e experiência em PS e o nível de conhecimentos, verificou-se igualmente uma melhoria nos valores da média em todos os grupos; embora, sem evidência de resultados estatisticamente significativos (não foi obtido valor de p).

Tabela 11 – Análise multivariada para nível de conhecimentos em função da idade, formação e experiência em PS

Grupos Etários		<= 50 anos		> 50 anos	
Momentos de avaliação	Formação em PS	Media	Dp	Média	Dp
Antes	Sem	23,80	4,09	26,61	4,24
	Com	27,70	2,92	26,56	2,97
Após	Sem	28,40	4,78	28,50	0,71
	Com	29,75	3,52	30,09	3,87
Momentos de avaliação	Experiência em PS	Media	Dp	Média	Dp
Antes	Sem	26,95	3,61	26,70	3,31
	Com	26,67	2,89	26,0	0,71
Após	Sem	29,41	3,63	29,95	4,36
	Com	30,00	5,29	30,01	3,74

Desta forma, considera-se importante efetuar a interpretação crítica dos resultados estatísticos para além da significância estatística; analisando a dimensão ou magnitude do efeito “efecte size” e a potência do teste “observed power”.

As medidas de dimensão de efeito são estatísticas standarizadas, independentes da dimensão da amostra e servem para quantificar a magnitude de diferença relativa (em unidades de desvio padrão), ou da relação (associação) entre a variável dependente e o(s) fator (es). As primeiras pertencem às medidas da família “d” sendo a mais conhecida o “d de Cohen”, e as segundas às medidas da família “r” com destaque para o coeficiente Phi (Φ^2) coeficiente de correlação (r) ou determinação (r^2) e o Eta²parcial (η^2_p) (Marôco, 2014). Os valores de referência adotados para as ciências sociais e do comportamento expressam-se na seguinte figura:

Dimensão do efeito	d	$\varnothing^2; r^2$	η^2_p
Muito elevado	>1	>0.5	>0.5
Elevado]0.5; 1.0]]0.25; 0.5]]0.25; 0.5]
Médio]0.2; 0.5]]0.1; 0.25]]0.05; 0.25]
Pequeno	≤ 0.2	≤ 0.1	≤ 0.05

Figura 3 - Fonte: Análise de equações estruturais 5ª Edição (Marôco, 2014)

A potência de um teste é a probabilidade de rejeitar H_0 corretamente, isto é quando H_0 é falsa. Formalmente a potência do teste é dada por $1-\beta$ em que β é a probabilidade de cometer um erro tipo II (não rejeitar H_0 quando H_0 é falsa). Quanto maior a potência de um teste maior o grau de confiança que podemos ter na conclusão. É comum nas ciências sociais humanas fixar a potência do teste em valores iguais ou superiores a 0.80 (Marôco, 2014).

Refere-se finalmente que na MANOVA existem várias estatísticas de testes possíveis: Lambda de Wills, o mais potente desde que verificadas as condições da aplicação da MANOVA; o método de Pillai's Trace, o mais potente para amostras ou grupos de dimensões diferentes e pequenas e finalmente a maior raiz de Roy, é mais potente quando as variáveis dependentes estão fortemente correlacionadas. Contudo, e como refere Pestana e Gageiro (2014), qualquer destes testes são robustos perante violações de normalidade multivariada. Neste sentido é fundamental proceder à escolha do teste adequado, particularmente quando as conclusões referentes à rejeição ou não da H_0 são diferentes, devendo optar-se por aquele que apresenta maior potência de teste ou seja a que mais se aproximar de 0.80 que é um valor de potência aceitável (Marôco, 2014).

Dos testes multivariados, em análise, para o compósito da idade função e interação entre ambas, optou-se por referenciar o teste de Pillai's Trace, por ser o mais adequado dado terem-se violado vários pressupostos na realização da Mancova (amostra de pequenas dimensões, distribuição anormal e técnica de amostragem não aleatória). O fator grupo etário não teve efeito significativo: (Pillai's Trace = 0,025; $f = 0.550$; $p = 0,581$; $n^2p = 0,025$; $\pi = 0.135$) com potência de teste de 13.5%. Na variável função educativa, o efeito observado também não é significativo sobre as variáveis endógenas com potência de teste de 24.6% (Pillai's Trace = 0.070; $f = 0.796$; $p = 0,531$; $n^2p = 0,035$; $\pi = 0.246$). Na interação grupos etários vs função, o efeito observado é não significativo sobre o compósito multivariado com uma potência de teste de 40.7% (Pillai's Trace = 0,56; $f = 0.633$; $p = 0,640$; $n^2p = 0,028$; $\pi = 0.200$).

Tabela 12 – Relação entre a idade, função educativa e os conhecimentos **antes** e **após** a intervenção formativa

Grupos Intervenção formativa	Grupo etário			função			Grupo etário vs função		
	f	p	(π)	f	p	(π)	F	p	(π)
Antes da intervenção	0.481	0.492	0.104	0.972	0.386	0.208	0.085	0.918	0.062
Após intervenção	0.041	0.841	0.054	0.348	0.708	0.102	0.752	0.478	0.169

O mesmo exercício e teste estatístico foi aplicado para as restantes variáveis (nº de filhos, formação e experiência em PS), obtendo-se resultados e conclusões semelhantes, ou seja, a probabilidade de se verificar influência das variáveis sociodemográficas no nível de conhecimentos é muito baixa, dando assim resposta à questão número 3.

4. Discussão

O capítulo que se segue tem como finalidade fazer a discussão dos resultados anteriormente apresentados; de acordo com os objetivos definidos e as questões de investigação elaboradas, à luz da bibliografia consultada e do “estado da arte” identificado na temática em estudo.

O principal objetivo deste trabalho foi: “**Contribuir para a Literacia em PS, nos cuidadores de crianças**” (educadores, auxiliares, pais) de uma creche e dois infantários, através da realização de um workshop nesta temática.

Este projeto beneficiou de um protocolo de parceria e articulação entre a ESSV e SCMV, nas suas valências pedagógicas da infância. No entanto, a sua concretização foi afetada por algumas **limitações** relacionadas com a investigação, o contexto, a logística e a metodologia utilizada. A inexperiência da investigadora, bem como as suas limitações nos conhecimentos de estatística, contribuíram para o prolongamento da conclusão do trabalho para além da data prevista no cronograma do projeto de investigação. Relativamente ao contexto, alguns fatores contribuíram para a baixa adesão dos membros da comunidade educativa, apesar de todos terem sido convidados para participar na pesquisa. O facto de a intervenção ter decorrido no mês de Julho (férias para muitos) e ao final da tarde (hora do dia em que os pais têm que cuidar dos filhos e realizar algumas tarefas domésticas), diminuiu a sua disponibilidade para assistir ao webinar. O contexto atual de COVID-19, também influenciou o impacto da intervenção, uma vez que esta foi maioritariamente dinamizada em formato digital, dificultando a apresentação de exemplos práticos e impedindo o treino dos participantes. De acordo com Cunha, Santos, Albuquerque, Farre e Santana (2021), um treino simplificado em PS na infância, com a utilização de métodos ativos de aprendizagem e simulação de casos práticos, têm um impacto significativo no conhecimento de funcionários de creches, nesta temática. Desta limitação logística, decorreu alguma limitação metodológica, ou seja, os resultados obtidos dependeram da disponibilidade dos participantes, das contingências inerentes à pandemia e à forma de abordagem da investigadora, durante a sessão formativa. Não obstante, as reduzidas dimensões da amostra (não representativa) e a técnica de amostragem (não probabilística, por conveniência) impedem a extrapolação dos resultados obtidos para a população.

Estes factos, as reduzidas dimensões da amostra (não representativa) e a técnica de amostragem (não probabilística, por conveniência) impedem a extrapolação dos resultados obtidos para a população.

O impacto desta intervenção, foi avaliado com recurso à aplicação de um questionário, antes e depois da formação, de forma a identificar o nível de conhecimentos e caracterizar a amostra (dados sociodemográficos).

Verificou-se uma prevalência do sexo feminino (98%), à semelhança da maioria dos estudos nesta temática (Genesini, Santos, Conte, Lohmann, & Zanotelli, 2021). Este achado pode ser associado a questões culturais, uma vez que a figura da mulher se encontra histórica e culturalmente vinculada ao cuidar de crianças (Cunha, Santos, Albuquerque, Farre, & Santana, 2021). Contrariamente, no estudo de Adib-Hajbaghery e Kamrava (2019) acerca do conhecimento de professores iranianos sobre PS em contexto escolar, foi prevalente o sexo masculino (51%), justificando-se esta diferença face ao presente estudo, não só pelas divergências culturais entre os países, mas também pelas questões metodológicas; uma vez que a amostra do estudo iraniano era composta por professores de escolas primárias/secundárias e a do atual estudo corresponde à comunidade educativa do ensino pré-escolar. No que diz respeito a creches e infantários, a presença masculina de professores e/ou cuidadores, ainda é pequena, “devido à presença de preconceito e desconfiança, uma vez que essas funções são culturalmente atribuídas ao gênero feminino e envolvem procedimentos de cuidados corporais das crianças” (Lino, Fossa, Campagnoli, & Groppo, 2018, p.94).

Outro aspeto avaliado no perfil dos participantes neste estudo, foi a idade dos mesmos, que oscilou entre o mínimo de 23 e o máximo de 64 anos, com uma média de 47,9 anos. Este achado correspondeu aos valores encontrados em trabalhos semelhantes: 44,87 anos, na média da amostra do estudo publicado por Brito, Silva, Godoy e França (2019) e, faixa etária predominante de 40 a 49 anos na investigação realizada por Souza, Divino, Souza, Cunha e Almeida (2020).

Relativamente ao papel desempenhado pelos elementos da amostra do presente estudo, ou seja, a sua função dentro da instituição; verificou-se uma prevalência dos auxiliares educativos (54%), o que seria expectável, dado que são naturalmente em maior número que os educadores, e o que também corrobora os dados apresentados por Brito, Silva, Godoy e França (2019), cuja amostra foi composta por 86,8% de auxiliares infantis, justificando este dado com o facto de :

Este profissional atua junto às crianças e auxilia o professor no processo ensino-aprendizagem e no desenvolvimento de atividades recreativas, além de ser responsável pelos cuidados básicos de saúde das crianças (higiene, alimentação, repouso e bem-estar), estando em constante contato com as crianças. (Brito, Silva, Godoy e França, 2019, p.8)

O papel parental dos participantes neste estudo também foi auscultado, apurando-se que a maioria (50%) tem dois ou mais filhos e apenas 12% não tem nenhum. Estes dados alinham-se com os resultados de outras pesquisas, nomeadamente um estudo realizado por Cunha, Santos, Albuquerque, Farre e Santana (2021) sobre “Conhecimentos de funcionários de creches sobre primeiros socorros com crianças antes e após treinamento ativo”, onde 100% da amostra era do sexo feminino e a grande maioria (86,6%) também era mãe.

Outro estudo brasileiro, desta vez com abordagem qualitativa, destacou que a experiência materna influenciou positivamente o conhecimento dos participantes sobre PS a crianças (Neto, Carvalho, Castro, Caetano, Santos, Silva, & Vasconcelos, 2018) ao contrário do presente estudo, em que não se verificou relação entre número de filhos e o nível de conhecimento. Por seu lado, o estudo iraniano publicado por Adib-Hajbaghery e Kamrava (2019) também apurou essa relação, mas destacou os fatores pessoais, socioculturais e instrucionais dos docentes, que, podendo diferir bastante entre os países, são passíveis de influenciar esses conhecimentos de formas diferentes.

Efetivamente, a instrução prévia em PS nos elementos da amostra da presente investigação, abordada para a sua caracterização sociodemográfica, permitiu apurar que 86% dos participantes já possuía formação nesta temática, o que, depreendemos, influenciou os resultados da intervenção formativa, uma vez que, antes desta, apenas 36% dos elementos possuía fracos conhecimentos e os restantes já se encontravam num nível moderado (38%) ou elevado (26%). Todavia, a capacitação realizada teve impacto positivo nos três níveis de conhecimentos, uma vez que os fracos diminuíram para 26%, os moderados aumentaram para 40% e os elevados para 34%, sustentando a importância e contributo deste projeto na Literacia em PS, nos cuidadores de crianças. Esta avaliação é partilhada por diversos autores que realizaram trabalhos semelhantes, mas cuja amostra, era detentora de escassos conhecimentos na fase inicial. Brito, Silva, Godoy e França (2019) referem que no seu estudo:

evidenciou-se número significativo de participantes que não haviam tido nenhuma capacitação prévia sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros, sendo que este achado corrobora o de outras casuísticas (...) após a capacitação, houve aumento significativo em todas as respostas corretas, corroborando os achados de outros estudos que evidenciaram significância no aumento do conhecimento após intervenção. (p.8)

Um desses estudos, efetuado por Calandrin, Santos, Oliveira, Massaro, Vedovato e Boaventura (2017) realizado no Brasil, que tinha como objetivo avaliar o conhecimento dos professores e funcionários após um treinamento de PS. 42,8% dos participantes neste estudo já tinha recebido formação nesta temática, verificando-se uma pontuação média de 2,91 pontos no conhecimento antes e 9,17 pontos após a capacitação; resultando assim a importância de incluir a disciplina de PS no currículo dos professores.

A formação dos profissionais em contexto escolar, também foi abordada num estudo espanhol, desenvolvido por Olmos-Gómez, Ruiz-Garzón, Pais-Roldán e López-Cordero (2021).

Em Espanha, o ensino de PS é abordado a estudantes do último ano da licenciatura em educação infantil e ensino básico em universidades; no entanto, o supracitado estudo identificou que os seus participantes se sentiam despreparados para lidar com emergências e que havia escasso treinamento de professores da educação infantil e básica e ensino básico, apesar destes serem os principais responsáveis pela segurança e saúde das crianças na escola.

Como se pode avaliar pelas conclusões deste estudo, para além da formação em PS, a experiência e treino nesta matéria também influenciam a capacitação dos cuidadores de crianças perante situações de emergência.

Assim sendo, a experiência prévia em PS também foi alvo de pesquisa no perfil dos elementos da amostra do presente estudo.

De facto, apesar da elevada percentagem de participantes com formação prévia em PS, 84% destes elementos referiu não ter experiência nesta temática, em oposição aos dados obtidos no estudo de Faleiros, Moreira, Gastaldi, Assis Ribeiro e Martins (2021), cujos elementos da amostra “foram indagados sobre experiências prévias em situações de emergência vividas e 62% responderam que sim, porém, no pós-teste este número aumentou para 68%, devido ao reconhecimento das situações propriamente ditas” (p.932).

Para além dos conhecimentos teóricos, a experiência e treino contribuem favoravelmente para a preparação e capacitação dos elementos da comunidade educativa perante situações de doença súbita ou traumatismos nas crianças. O estudo elaborado por Abelairas-Gomez, et al (2020), concluiu que a maioria das professores, apesar de possuir alguns conhecimentos em PS, não respondeu adequadamente perante situações práticas. Por outro lado, Lino, Fossa, Campagnoli e Groppo (2018) defendem a relevância do conhecimento prévio dos professores e cuidadores, no que concerne à atuação perante PS, uma vez que estes são responsáveis, não só pelo processo de aprendizagem, mas também pelo socorro inicial em caso de acidentes. Por seu lado, Ferreira, Medeiros, Bonfin, Barbosa, Martins e Ferreira (2018) referem que as experiências vivenciadas durante a vida profissional, na própria casa, ou através da maternidade, associadas à maturidade presente na vida após os 40 anos, ajudam a lidar com estas situações em crianças.

No entanto, alguns autores alertam para o facto de alguns conhecimentos e procedimentos de professores perante emergências com crianças, serem provenientes da

experiência como progenitores, advindo daí abordagens incorretas que podem colocar em risco não só a vida das crianças como a segurança de quem as socorre.

Os procedimentos realizados de forma empírica podem colocar em risco a vida das crianças e até mesmo das professoras, como relatado pelas mesmas que não fazem uso de EPIs durante os atendimentos, ficando em contato direto com fluidos corporais e até mesmo risco de quedas. (Souza, Divino, Souza, Cunha & Almeida, 2020, p.4628)

Nesta linha de pensamento, a pesquisa dos conhecimentos dos participantes no presente estudo, começou pelas questões da prevenção e da segurança. No que diz respeito à prevenção, a sua importância foi bem reconhecida nos dois momentos de avaliação (antes 98%, depois 100% de respostas certas), Este reconhecimento, resulta não só das orientações da DGE (Manual de Utilização, Manutenção e Segurança nas Escolas, site Segurança Infantil s.d.) e DGS (Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016); mas também se deve às diversas campanhas de sensibilização, levadas a cabo por entidades de referência nacional nesta questão, nomeadamente a APSI.

Relativamente à segurança dos intervenientes perante situações de emergência, as respostas não foram tão consensuais. Antes da intervenção menos de metade dos participantes (38%) reconheceu a segurança do socorrista como primeira prioridade e no final este valor subiu apenas para 56%, ficando a restante percentagem dividida entre ligar 112 e a segurança da criança. Igualmente, uma pesquisa de carácter exploratório, que envolveu professores de crianças entre os 3 e 5 anos, revelou que os seus participantes ressaltam a importância da capacitação para melhor cuidar das crianças, mas não reconhecem a importância da sua própria segurança neste processo (Souza, Divino, Souza, Cunha & Almeida, 2020).

Outros estudos semelhantes, evidenciam uma percentagem expressiva de professores e funcionários de escolas que não sabiam o número de emergência médica e/ou como e quando o acionar (Brito, Oliveira, Godoy e França, 2018), o que justificou a inclusão deste aspeto na lista de temas apresentados na formação dinamizada pelo presente projeto.

A importância da segurança inerente à prestação de PS foi também abordada numa revisão narrativa da literatura levada a cabo por Silva, Wanderley, Noronha, Souza e Costa (2020). Neste estudo, verificou-se que a falta de treino e conhecimentos sobre a temática por parte dos educadores, pode ocasionar problemas sérios, desde a manipulação incorreta da criança, ao acionamento desnecessário das equipas de emergência. Os autores reforçaram que é fundamental saber que, em situações de emergência, se deve manter a calma e que, a prestação de PS não deve descurar a segurança: “certificar-se de que há condições seguras o bastante para a prestação de socorro sem riscos” (Silva, Wanderley, Noronha, Souza, & Costa, 2020, p.4).

Relativamente às situações específicas no âmbito do PS a crianças, o instrumento de avaliação de conhecimentos do presente estudo, começou pela abordagem às convulsões. O pré-teste revelou que mais de metade da amostra já era detentora de conhecimentos acerca do tema: 66% reconheceram a afirmação “não se deve tentar imobilizar a criança” como verdadeira e 70% identificaram o procedimento “deve introduzir-se um objeto na boca, para impedir asfixia” como sendo errado. Apesar desta percentagem elevada de conhecimentos prévios, a intervenção formativa teve impacto positivo, com resultados estatisticamente significativos ($p=0,02$), sustentando a importância desta iniciativa na capacitação de cuidadores perante esta situação. Em oposição, alguns estudos relatam conhecimentos escassos, abordagem incorreta e muito associados às crises convulsivas. Brito, Silva, Godoy e França (2019) referem que tanto no seu estudo (realizado no Brasil) como no Sudão, foi evidenciado o conhecimento insuficiente e até errado acerca da atuação nestas situações, “acreditam que deve-se impedir os movimentos do corpo da criança, puxar a língua ou colocar objetos (como uma colher) na boca da criança, e não se preocupam em proteger a cabeça da criança e cronometrar o tempo da crise” (p.9). Por outro lado, no estudo quasi-experimental realizado por Cunha, Santos, Albuquerque, Farre e Santana (2021), o assunto convulsão obteve 87,3% de acertos no pré-teste e 98,5% no pós-teste; revelando que a conduta de “conter os movimentos da criança” (p.6) viu os seus erros reduzidos em 3 pontos percentuais, de 4,4% para 1,4%.

A avaliação da atuação perante intoxicações no presente estudo, incidiu sobre a indução ou não do vômito; verificando aumento do nº de respostas certas em ambas as questões, embora nenhuma delas com significância estatística. Prevalecendo a ideia errada de que o vômito deve ser sempre provocado nestas situações, em cerca de 20% dos participantes.

Este facto alertou a investigadora para a necessidade de rever a forma de exposição do tema durante a sessão formativa, à semelhança do que se constatou no estudo realizado por Cunha, Santos, Albuquerque, Farre e Santana (2021), onde os maiores erros quantitativos neste assunto, se verificaram na conduta de “provocar vômito” e “oferecer leite” (p.6). Também no estudo realizado sobre “Conhecimento de Pais e Cuidadores Portugueses sobre Primeiros Socorros em Acidentes Domésticos” se identificou esse pensamento errado: “Nas intoxicações, observou-se que muitos pais/cuidadores entendiam que deviam provocar o vômito nos casos de ingestão de qualquer substância tóxica, oferecer leite para ingerir (...)” (Santos, Oliveira, Whitaker, Camargo, Raimundo & Sousa, 2019, p. 7).

Quanto aos dados obtidos acerca da atuação face às queimaduras, apurou-se um nível de conhecimentos elevado logo na fase inicial da investigação; mas ainda assim, com melhoria após a intervenção formativa, chegando aos 100% na identificação da frase “colocar imediatamente a zona queimada debaixo de água por 5-10 minutos” como sendo falsa;

demonstrando assim, que a explicação da investigadora durante a formação, foi clara e explícita. Em oposição, no estudo publicado por Brito, Silva, Godoy e França (2019), os dados relativos à “escaldadura, cujo manejo imediato é resfriar a área queimada por no mínimo 15 minutos em água fria (...) evidenciou equívoco do conhecimento dos professores” (p.9). Efetivamente, no que diz respeito às queimaduras, ainda subsistem muitos procedimentos errados, nomeadamente na população portuguesa, como puderam confirmar Santos, Oliveira, Whitaker, Camargo, Raimundo e Sousa (2019): “observou-se que muitos pais/cuidadores usariam pomadas e cremes de cobertura nas lesões, assim como rompimento de flictenas” (p.7).

Apesar das medidas de segurança nas instalações elétricas, tanto no espaço escolar como doméstico, serem cada vez mais rigorosas, o risco de eletrocussão continua a existir; não só pelo uso e conseqüente deterioração dos equipamentos, como pela natural curiosidade das crianças em explorar o ambiente que as rodeia e imitar os adultos (Casadevall, Sousa, Miranda, Paula, Gonçalves & Brasil, 2020). Assim sendo, quando questionada sobre a conduta perante “uma criança introduz os dedos numa tomada elétrica e desmaia”, no final da formação, a totalidade da amostra acertou na questão, respondendo “a prioridade é desligar o quadro elétrico” (antes 88%, após 100%). Estes resultados alinham-se com os de outros estudos, nomeadamente o publicado por Brito, Oliveira, Godoy e França (2020): “o correto manejo em situação de choque elétrico também foi outra questão com maior número de acertos após a capacitação (...) é necessário desligar primeiramente a fonte de energia antes de tocar na vítima” (p.5).

Outra situação possível de acontecer frequentemente com crianças, refere-se aos traumatismos dentários (fratura ou avulsão); não só pelo risco de queda e conseqüente traumatismo da boca (uma vez que gostam de correr e saltar no recreio), mas também por ainda terem dentes de leite (mais frágeis e muitas vezes a abanar). As respostas dos participantes perante esta situação, não foram consensuais no presente estudo. Após a intervenção formativa, 90% dos elementos reconheceu a afirmação “devemos lavar a boca com água fria e oferecer um gelado tipo ‘calippo’”, como sendo verdadeira, face a 78% de respostas certas antes. No entanto, a resposta relativamente às condições de armazenamento do dente, em caso de avulsão, não sofreu alterações com a sessão de formação (manteve-se nos 64% de respostas certas). Por outro lado, o *timing* correto para procurar o dentista nesta situação, não foi bem apreendido pela maioria dos participantes; uma vez que houve um decréscimo de respostas certas entre o primeiro (26%) e o segundo (14%) momentos de avaliação. Este dado sinaliza a necessidade de expor melhor os conteúdos deste tema, reforçando que a procura de ajuda especializada não deve ultrapassar as 2-3 horas, sob pena de comprometer a viabilidade do dente ser reimplantado com sucesso. No estudo similar realizado por Brito,

Oliveira, Godoy e França (2020), a questão com maior número de erros antes da capacitação, também se relacionava com a conduta perante traumatismos dentários: “Quando ocorre avulsão do dente é preciso armazená-lo em leite frio, pois há ótima osmolaridade e composição de pH ideal para conservação por um período de até três horas (...)” (p.5). Após a intervenção formativa, neste estudo, houve aumento do conhecimento, com significância estatística; ao contrário do verificado na presente pesquisa.

Para além dos traumatismos dentários, as quedas e os traumatismos craneoencefálicos (TCE) também ocorrem com frequência nas crianças:

As crianças possuem características que as colocam em risco e as predispõem ao acontecimento de acidentes que envolvem traumas e lesões. Estas são: os variados níveis de desenvolvimento cognitivo e motor, a curiosidade de explorar situações desconhecidas para as quais não possui preparo físico, a agressividade e intensidade das atividades recreativas, a exposição a comportamentos de risco e as atitudes de desafios às regras institucionais. (Casadevall, Sousa, Miranda, Paula, Gonçalves & Brasil, 2020, p.39753)

Tal como verificado no que diz respeito às convulsões e às queimaduras, também no que concerne os TCE existem alguns conceitos errados, nomeadamente “não deixar adormecer a criança até ser observada por profissionais de saúde”. Esta afirmação foi reconhecida como falsa por 28% dos participantes nesta pesquisa, antes da intervenção formativa, subindo para 62% após a mesma; o que resultou numa melhoria estatisticamente significativa ($p < 0,01$). As lacunas dos cuidadores de crianças relativamente às quedas/traumatismos da cabeça têm sido identificadas em diversos estudos nacionais e internacionais. Em Portugal, um estudo transversal realizado no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, observou um elevado percentual de pais/cuidadores que possuíam conhecimentos incorretos ou incompletos relacionados com a atuação perante quedas e/ou vítimas desacordadas Santos, Oliveira, Whitaker, Camargo, Raimundo & Sousa, 2019). O mesmo resultado foi apurado num projeto de caráter exploratório e descritivo, direcionado para professores do ensino infantil (0 a 5 anos) no Brasil. Neste estudo, perante a questão “Qual conduta deve ser realizada imediatamente após a criança sofrer uma queda de grande proporção?”, a resposta dada antes do treinamento foi “Mantê-la acordada (...)” e após o mesmo foi “Avaliar a via aérea, a boa respiração (...)” (Ferreira, Medeiros, Bonfim, Barbosa, Martins & Ferreira, 2018, p.30). Ainda no Brasil, um estudo qualitativo referente a cuidadores de crianças dos 3-5 anos, publicado por Souza, Divino, Souza, Cunha e Almeida (2020) apresentou o seguinte testemunho: “Quando acontece da criança bater com a cabeça, tem a observação da pupila, a gente tem que observar se houve a dilatação, sonolência, vômito, dor de cabeça (...)” (p. 4626); percebendo

que o conhecimento teórico existe na sua amostra, mas realçando que a capacitação prática é fulcral para a realização de procedimentos corretos.

A importância do treino e simulação prática, também se encontra bem documentada, quando se fala de engasgamentos/asfixia. Na pesquisa apresentada neste relatório, os resultados apurados não foram uniformes; se por um lado, a conduta “devemos debruçar a criança para a frente e dar 5 palmadas fortes nas costas”, obteve uma melhoria estatisticamente significativa de 64 para 92 pontos percentuais; a utilização da manobra de Heimlich perante uma “criança na creche que se engasga” apenas foi identificada como sendo falsa por 24% dos participantes após a intervenção formativa, face a 36% de respostas corretas inicialmente. Esta aparente redução do nível de conhecimentos na sequência da sessão da formação suscitou dúvidas relativamente à clareza da exposição teórica, mas também no que se refere à construção das perguntas do questionário. Efetivamente, a manobra de Heimlich está recomendada nas situações de engasgamento, mas só se aplica a crianças mais crescidas, nomeadamente as que frequentam o infantário (≥ 3 anos). De acordo com o fluxograma de atuação preconizado pelo INEM (2017a), no seu “Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico”, o procedimento adequado nos bebés e crianças pequenas (creche) é aplicar 5 pancadas interescapulares, intercaladas com 5 compressões torácicas até desobstruir a via aérea ou chegar ajuda diferenciada. Este conflito de entendimento por parte dos participantes, também foi identificado no estudo quantitativo, quasi-experimental desenvolvido por Lima, Oliveira, Moreira, Moreira, Martins e Costa (2021). Neste caso, identificou-se uma redução do percentual de acertos, na questão abordou o reconhecimento da via aérea obstruída. Este facto foi interpretado pelas pesquisadoras como sendo resultado de uma falha durante a prática educativa, não sendo o tema apresentado de forma clara e concisa. Em contrapartida, Brito, Silva, Godoy e França (2019) referem que, tanto seu estudo, como noutros similares, o conhecimento insuficiente dos participantes em relação à obstrução da via aérea, sofreu um significativo aumento após a sessão de treino.

Uma vez que este projeto foi desenvolvido no Verão, considerou-se pertinente abordar a problemática das insolações. Ambas as questões colocadas no instrumento de avaliação obtiveram uma melhoria estatisticamente significativa ($p=0,04$) após a intervenção formativa. Todavia, a conduta perante a criança consciente ou desmaiada não foi bem apreendida por muitos participantes, como se pode confirmar pelas respostas dadas à questão 13, alínea a), em que os resultados tiveram significância estatística ($p=0,01$), mas no sentido inverso; ou seja, houve um decréscimo no nível de conhecimentos. Mais uma vez se pondera a abordagem desta situação na intervenção formativa, mas também na elaboração de perguntas menos dúbias no questionário de avaliação de conhecimentos.

Outra situação possível de ocorrer não só no Verão (vasodilatação causada pelo calor), mas durante todo o ano (consequência das quedas e traumatismos), é a hemorragia nasal ou epistáxis. No estudo apresentado neste relatório, os participantes já eram detentores de conhecimentos elevados na fase inicial da pesquisa, pelo que, a sessão de formação não obteve impacto estatisticamente significativo ($p=1$). Tanto o desmaio, como a epistáxis foram alvo de pesquisa no estudo elaborado por Faleiros, Moreira, Gastaldi, Ribeiro e Martins (2021), revelando que no pré-teste, as questões sobre a criança inconsciente e hemorragia nasal foram as que tiveram maior índice de erro. Já no pós-teste deste estudo de intervenção sobre conhecimentos em PS, quase todas as questões mantiveram índice de acerto superior a 70% (exceto as convulsões: 53%). Os mesmos autores observaram ainda que:

pesquisa realizada, em relação ao conhecimento prévio de 31 docentes de duas escolas, uma privada e outra pública, também houve erros sobre sangramento nasal e crise convulsiva e, por conta das respostas assinaladas, pôde-se inferir que a maioria das condutas realizadas eram fundamentadas em pensamento comum da população. (Faleiros, Moreira, Gastaldi, Ribeiro & Martins, 2021)

Relativamente às picadas e mordeduras, frequentes em crianças devido à sua natural curiosidade e apetência para interagir com animais; a intervenção formativa teve impacto positivo nos conhecimentos dos participantes, embora estatisticamente significativo apenas no que se referiu ao desinfetante correto a utilizar perante uma ferida provocada por mordedura de gato (água oxigenada em vez de iodopovidona). A atuação perante picada de abelha obteve apenas melhoria numérica (com significado clínico) após a sessão de formação, onde, alinhada com outras intervenções semelhantes, foi explicado que as medidas

incluem: retirada de ferrão, caso a picada seja de abelha (...) com cuidado para não empurrar este ferrão para o interior da pele, lavar o local da ferida com sabão e água corrente, não coçar o local da picada, pois favorece a absorção do veneno pela corrente sanguínea (...). (Ferreira, Medeiros, Bonfim, Barbosa, Martins & Ferreira, 2018, pp.35-36)

As medidas de segurança, os conhecimentos teóricos e a capacitação prática são essenciais na prestação de PS adequados e atempados. No entanto, por vezes, os procedimentos corretos implicam a utilização de produtos ou materiais específicos, como os desinfetantes para as feridas ou a pinça para remover o ferrão de abelha (mencionados atrás). Assim sendo, o conteúdo e a localização da mala de primeiros socorros também foram alvo de avaliação no questionário aplicado neste estudo. A percentagem de acertos aumentou nas quatro alíneas sobre esta temática, mas apenas com significância estatística ($p<0,01$) na questão 17 a) “A mala de primeiros socorros deve conter um pacote de açúcar”. Este resultado sustentou a importância da utilização de exemplos práticos e demonstração no momento da capacitação.

Na intervenção formativa, integrada no presente projeto, foi “construída” uma caixa de primeiros socorros, sendo solicitada a intervenção dos participantes para dizerem o que deveria ser colocado na caixa, em função das situações abordadas. Esta abordagem didático-pedagógica (embora limitada pelo facto de ter sido dinamizada maioritariamente em formato digital) contribuiu para uma melhor apreensão e consolidação dos conteúdos abordados, alinhando-se com a reflexão feita por Brito, Silva, Godoy e França (2019) num projeto similar:

Destaca-se a estratégia didática com metodologia prática que foi utilizada na capacitação, contribuindo para o resultado apresentado. A oportunidade para demonstração e execução das técnicas de primeiros socorros, frente a simulação de intercorrências, permitiu maior fixação do conteúdo teórico e relação do conhecimento científico com situações reais compartilhadas entre os participantes. (p.10)

O impacto da intervenção formativa nos conhecimentos sobre PS nos participantes neste estudo, não foi uniforme, ou seja, variou em função de cada situação específica abordada. No entanto, como se pode comprovar pelos resultados do T-teste (que avalia a diferença de médias antes e após a intervenção, para amostras emparelhadas), a intervenção formativa teve impacto positivo e significativo ($p < 0,01$) a nível global, nos conhecimentos dos cuidadores; dando assim resposta à segunda questão deste estudo empírico. Comparando estes resultados com os obtidos em pesquisas similares, ressalta-se o estudo de intervenção de pré e pós-teste, realizado no Brasil, cuja amostra foi constituída por 36 pessoas, a capacitação foi em formato de palestra, os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa SPSS e o teste estatístico usado foi o do Wilcoxon (correspondente ao T-teste para amostras não paramétricas). À semelhança do presente projeto, o supracitado estudo mostrou:

antes e depois da capacitação em primeiros socorros, os professores e funcionários obtiveram melhora significativa após comparados o pré e pós-teste, portanto, sugerindo que a capacitação é eficaz para a apreensão do conteúdo e posterior aplicação na prática dos trabalhadores em ambiente escolar (...) (Faleiros, Moreira, Gastaldi, Assis Ribeiro, & Martins, 2021, p.934)

No que concerne à questão 3 elaborada neste trabalho; que pretendia apurar a relação entre os fatores sociodemográficos dos participantes e o seu nível de conhecimentos, antes e depois da intervenção formativa; não foi obtido nenhum resultado estatisticamente significativo. No cruzamento dos fatores: função, número de filhos, formação e experiência em PS, com os dois grupos etários definidos (≤ 50 anos e > 50 anos), nos dois momentos de avaliação, através da análise multivariada, identificou-se aumento na média de acertos em todos os grupos. No entanto, desconhece-se o seu significado estatístico, uma vez que não foi obtido o valor de p. No sentido de efetuar uma interpretação crítica, para além da significância estatística, optou-se por referenciar o teste de Pillai's Trace, por ser o mais adequado, face ao tipo de

amostra em estudo (pequenas dimensões e técnica de amostragem não aleatória). Os valores obtidos não foram estatisticamente significativos em nenhum dos cruzamentos de variáveis, ou seja, não foi estabelecida nenhuma relação estatística entre os fatores sociodemográficos dos participantes e o seu nível de conhecimentos antes e depois da intervenção formativa; respondendo assim à terceira questão de investigação elaborada nesta pesquisa. Resultados similares a estes foram apurados noutros estudos sobre a mesma temática, nomeadamente no realizado por Santos, Oliveira, Whitaker, Camargo, Raimundo e Sousa (2019) que referem “não haver associação do conhecimento com fatores sociodemográficos” (p.7). Em oposição, outros autores estabeleceram relação entre a parentalidade e os conhecimentos dos cuidadores em PS, embora de forma empírica e sem suporte estatisticamente significativo; como é o exemplo de um estudo brasileiro, com abordagem qualitativa, que destacou que a experiência materna influenciou positivamente o conhecimento das professoras de crianças, sobre PS (Neto, Carvalho, Castro, Caetano, Santos, Silva & Vasconcelos, 2018). Na mesma linha de pensamento, Genesini, Santos, Conte, Lohmann e Zanutelli (2021) referem “que ser mãe pode ser um fator de proteção no atendimento a lesões acidentais com educandos de escolas de educação infantil” (p.9).

No que concerne à relação entre a formação e os conhecimentos em PS, os resultados encontrados na bibliografia consultada foram diferentes. Na apresentação e discussão do seu estudo sobre “Acidentes com crianças na educação infantil”, Lino, Fossa, Campagnoli e Groppo (2018) referem que:

Durante a intervenção, pôde-se perceber que quanto maior a escolaridade dos sujeitos, tanto maiores foram os conhecimentos para a aplicação dos primeiros socorros. Na literatura, não foi possível encontrar estudos que relacionassem a escolaridade dos professores e/ou cuidadores com a realização dos primeiros socorros em casos de acidentes escolares. (p.94)

Perante o exposto, torna-se importante refletir sobre o papel do enfermeiro perante esta problemática (Literacia em PS nos cuidadores de crianças, em contexto escolar) e quais as implicações deste projeto de intervenção e outros similares para a prática de enfermagem. Considerando alguns itens do perfil do “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” (OE, 2019a): “D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação” (p.4749), e do perfil do “Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica” (EEESIP) (OE, 2018): “E1.1.8. Intervêm em programas no âmbito da saúde escolar”, “E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde” e “E1.2.8.

Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (p.19193); evidencia-se a importância do EEESIP, como sendo o profissional indicado para estabelecer a ligação entre a educação e a saúde.

De acordo com o PNSE , os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, possuem conhecimentos e competências para intervir na promoção da saúde na escola, otimizando capacidades de comunicação e cooperação, pelo que têm um papel determinante na operacionalização do PNSE (DGS, 2015b). Para além da educação em saúde, outra potencial atuação do enfermeiro nas escolas refere-se à inclusão da disciplina de PS no curriculum escolar (Oliveira, Moraes, Portugal, & Silva, 2018). Souza, Divino, Souza, Cunha e Almeida (2020) defendem que no contexto dos conhecimentos de professores e funcionários do ensino infantil sobre PS “o enfermeiro é o articulador da rede de saúde, podendo promover capacitações e parcerias com as escolas (...) tendo em sua formação as ferramentas para realizar a educação em saúde” (p.4629).

O presente projeto de intervenção contribuiu para: o desenvolvimento de competências da investigadora, enquanto futura EEESIP, a consolidação da parceria entre uma instituição de saúde (ESSV) e outra escolar (SCMV), o incremento da Literacia em Saúde nos elementos da comunidade educativa envolvida no projeto, a capacitação dos participantes no estudo na prestação de primeiros socorros e, acima de tudo, na promoção da segurança, saúde e conseqüente qualidade de vida das crianças que frequentam a supracitada instituição. Mesmo que estes benefícios não se reflitam em valores estatisticamente significativos, o contributo dado com a implementação deste projeto, reforçou a pertinência do papel do enfermeiro, no âmbito da saúde escolar. Esta afirmação, alinha-se com as conclusões de alguns estudos similares: “O presente estudo realça importantes contribuições para a enfermagem, evidenciando a importância da inserção destes profissionais junto a diferentes contextos na comunidade, por exemplo em escolas, desenvolvendo atividades de educação em saúde e capacitando a população quanto à temática” (Brito, Silva, Godoy & França, 2019, p.10).

Alinhados com esta perspetiva, Lima, Oliveira, Moreira, Moreira, Martins e Costa (2021) referem que é imperativo proporcionar a todos os profissionais que atuam em contexto escolar, a aprendizagem teórico/prática, de noções e procedimentos simples que podem salvar vidas, sendo o enfermeiro a peça-chave na função de capacitar leigos em saúde, na prestação de PS.

A análise prévia dos conhecimentos dos participantes neste estudo, revelou que 36% se situava no nível fraco, sendo esta percentagem reduzida para 26% após a intervenção formativa. Estes resultados confirmam, não só o deficit de literacia em PS nos cuidadores de crianças, como justificam a implementação deste género de projetos, no sentido de colmatar

as lacunas detetadas. Conclusão semelhante foi divulgada por Faleiros, Moreira, Gastaldi, Assis Ribeiro e Martins (2021) no seu estudo de intervenção de pré e pós-teste, mostrando que melhoria significativa nos resultados, depois da capacitação em PS e sugerindo um programa estruturado e contínuo, preferencialmente integrado na formação anual dos professores e funcionários escolares.

A capacitação e educação continuada sobre PS em professores, cuidadores e demais profissionais nas instituições de ensino infantil, foi também abordada por Lino, Fossa, Campagnoli e Groppo (2018), que defendem a construção de vínculos e parcerias entre profissionais de saúde e professores, para ampliar a saúde no âmbito escolar.

Esta parceria entre saúde e educação, com o objetivo de elevar os níveis de literacia da comunidade educativa e consequentemente a qualidade de vida das crianças, tal como referido ao longo deste relatório, e também preconizada pelo PNSIJ (DGS, 2013), PNSE (2015-2020) (DGS, 2015b) e Plano de Ação para a Literacia em Saúde (2019-2021) (DGS, 2019b). Foi neste âmbito que o presente projeto se enquadrou, respeitando as normas e diretivas emanadas por estes documentos e tentando ajustar ao contexto real onde a intervenção foi implementada.

Apesar das limitações (já referidas) na realização deste estudo, realça-se como ponto forte a colaboração e disponibilidade dos participantes, a sua participação ativa durante o workshop (apesar das contingências inerentes ao formato de apresentação digital) e o reconhecimento da importância deste projeto, por parte dos mesmos.

Conclusão

Hesbeen (2001) refere-se à enfermagem como a “ciência e a arte de cuidar” (p.32). Numa perspetiva artística, este relatório pode ser comparado a uma “peça de argila”, cuja matéria-prima foi fornecida pelo programa curricular deste curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica. As “ferramentas para moldar a argila” correspondem aos diferentes locais de estágio, oportunidades de aprendizagem encontradas, estudo empírico realizado e apoio/orientação dada pelas enfermeiras tutoras e professora orientadora. A forma, textura, cor e resultado final desta “peça de argila” resultam dos objetivos do “artista” (aluna) e das estratégias adotadas para os alcançar.

Ultrapassada esta analogia, considera-se que a conclusão deste percurso formativo representa mais um degrau ultrapassado, na procura permanente da excelência, no exercício profissional de enfermagem. Neste âmbito, e de acordo com PQCEESIP (OE, 2017), o EEESIP deve prestar cuidados de nível avançado à criança/jovem, proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/cuidador, independentemente do ambiente que a rodeie (OE, 2017).

Assim sendo, integrado neste percurso académico, foi elaborado e implementado um projeto de intervenção, em contexto escolar (creche e infantários) cujo objetivo geral visava “contribuir para a literacia em saúde, sobre primeiros socorros, nos cuidadores de crianças”.

Integrado neste projeto, foi elaborado um estudo empírico que pretende dar resposta a três questões de investigação. A primeira visava identificar o nível de conhecimentos dos elementos da comunidade educativa em PS. Os dados obtidos, com aplicação do questionário de avaliação antes da intervenção, revelaram:

- Uma grande percentagem de respostas acertadas, sendo o nível de conhecimentos moderados para 38% dos cuidadores, seguidos de 36% com conhecimentos fracos, sem diferenças significativas face aos grupos etários;

- De resposta ao segundo objetivo, a avaliação do impacto da intervenção formativa indicou uma melhoria estatisticamente significativa, entre o pré e o pós-teste, sugerindo que a capacitação foi eficaz para a apreensão de alguns dos conteúdos abordados; Porém a análise de cada situação específica, revelou que a aquisição de conhecimentos por parte da amostra, não foi uniforme; verificando-se inclusive diminuição do número de acertos em algumas questões, após a formação.

- Relativamente à terceira e última questão deste estudo, os resultados indicaram não haver influência estatisticamente significativa de qualquer das variáveis sociodemográficas

nos conhecimentos dos cuidadores;

Os resultados do presente estudo, confirmam o impacto positivo da intervenção e um expectável contributo na Literacia em Saúde, especificamente na área de primeiros socorros, nos cuidadores de crianças, em contexto escolar.

Considerando a prevalência de acidentes na escola, as características específicas das crianças e a falta de conhecimentos dos seus cuidadores no âmbito dos PS, é essencial que gestores e entidades superiores incentivem e promovam a capacitação dos profissionais educativos nesta temática, sugerindo-se a sua inclusão no plano pedagógico/curricular da sua formação. Para que estas medidas sejam efetivas, é crucial a articulação entre as entidades envolvidas, sendo o enfermeiro reconhecido por diversos autores, como a “peça-chave” para otimizar estas parcerias, não só pelas suas competências no âmbito da saúde e educação, como pelo papel determinante na inclusão da disciplina de PS no currículo escolar.

Apesar das limitações identificadas no presente estudo, os resultados obtidos comprovam o impacto positivo, que o ensino de PS tem sobre o nível de conhecimentos dos cuidadores de crianças, pelo que se sugere a realização de projetos semelhantes, colmatando as lacunas detetadas neste e investigando a efetividade de diferentes abordagens e em amostras mais alargadas.

Para além do contributo para a comunidade educativa, a dinamização deste projeto de intervenção contribuiu para a consolidação dos conteúdos teóricos adquiridos, adequação dos mesmos à realidade prática e sobretudo, aquisição de competências como EEESIP.

Considera-se que os objetivos inicialmente delineados, foram atingidos, no entanto, consideramos que, mais do que “chegar à meta”, as aprendizagens, experiências e até adversidades encontradas ao longo deste percurso, contribuíram para o crescimento e evolução profissional e até pessoal da investigadora.

Referências Bibliográficas

- Abelairas-Gómez, C., Carballo-Fazanes, A., Martínez-Isasi, S., López-García, S., Rico-Díaz, J., & Rodríguez-Núñez, A. (2020). Conocimiento y actitudes sobre los primeros auxilios y soporte vital básico de docentes de Educación Infantil y Primaria y los progenitores. In *Anales de Pediatría*. 92 (5), 268-276. Elsevier Doyma. Acedido a 17 de janeiro, 2022: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403319303698>
- Adib-Hajbaghery, M., & Kamrava, Z. (2019). Iranian teachers' knowledge about first aid in the school environment. *Chinese Journal of traumatology*, 22(04), 240-245. Acedido a 20 de janeiro, 2022: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1008127518302311>
- Almeida, L., & Freire, T. (2017). *Metodologia da investigação em psicologia e investigação*. (5º ed.). Braga: Psiquilibrios
- Aranha, A.L. B.; Barsotti, G. M.; Silva, M. P.; Oliveira, N. M. & Pereira, T. Q. (2019). Revisão integrativa: importância da orientação de técnicas de primeiros socorros para leigos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 5(6), pp. 218-242. ISSN: 2448-0959. Acedido a 10 de maio, 2021: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/primeiros-socorros>
- Associação para a Programação da Segurança Infantil - APSI (2017). *25 anos de segurança infantil em Portugal*. Relatório de Avaliação 2017. Acedido a 3 de setembro, 2021: https://www.apsi.org.pt/imagens/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf
- Associação para a Programação da Segurança Infantil - APSI (2021). *Afogamento em Crianças e Jovens em Portugal*. Atualização de casos – junho 2021. Acedido a 25 de outubro, 2021: <https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2021/Afogamentos20052021.pdf>
- Branquinho, C. & Gaspar, P. (2017). Competência em suporte básico da vida nas comunidades escolares: uma perspectiva de cidadania. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica* (pp. 29-47). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. Acedido a 8 de novembro, 2021: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2879>

- Brito, J. G., Oliveira, I. P., Godoy, C. B., & França, A. P. S. J. M. (2020). Efeito de capacitação sobre primeiros socorros em acidentes para equipes de escolas de ensino especializado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. Acedido a 12 de maio, 2021: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SHw8PBVZkNzSWGyKdfsV4J/?format=html&lang=pt>
- Brito, J. G., Silva, I. M., Godoy, C. B., & França, A. P. S. J. M. (2019). Avaliação de treinamento sobre primeiros socorros para equipe técnica de escolas de ensino especializado. *Cogitare Enfermagem*, 24. Acedido a 14 de maio, 2021: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33321>
- Calandrim, L. F., Santos, A. B., Oliveira, L. R., Massaro, L. G., Vedovato, C. A., & Boaventura, A. P. (2017). Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. *Rev Rene*, 18(3), 292-299. Acedido a 3 de junho, 2021: <https://www.re-dalyc.org/journal/3240/324053754002/324053754002.pdf>
- Capucho, J. (2018, Junho 18). Só 560 professores têm formação do INEM em suporte básico de vida. *Diário de Notícias*. Acedido a 15 de dezembro, 2021: <https://www.dn.pt/portugal/so-560-professores-tem-formacao-do-inem-em-suporte-basico-de-vida-9477314.html>
- Carvalho, A. P. G., Costeira, C., Santos, D. L. C., Gonçalves, F. P. & Moreira, M. C. M. S. (2015). *O Enfermeiro enquanto Educador no âmbito dos Primeiros Socorros em contexto Escolar*. [Apresentação de Poster], III Encontro de Boas Práticas, Amares, Portugal. Acedido a 28 de junho, 2021: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/cole-gios/Docu-ments/2015/MCEEC_IIIEncontroBoasPraticas/Poster_01_EnfermeiroEducadorPrimeirosSocorrosContextoEscolar.pdf
- Casadevall, M. Q. D. F. C., Sousa, V. R. A., Miranda, E. D. S., Paula, M. V., Gonçalves, M. H. R. B., & Brasil, E. G. M. (2020). Capacitação docente para execução dos primeiros socorros em escolares. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 39751-39770. Acedido a 9 de maio, 2021: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12054>
- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. In: Glasper, E. & Tucker, A. (1993). *Advances in child health nursing*. Middtesex: Scutari Press. London: Scutari

- CHUC, Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra. (2020). *Literacia em saúde. Um desafio Emergente. Contributos para a mudança de comportamento*. Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Ed.). Acedido a 20 de agosto, 2021: https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf
- CHUC, Hospital Pediátrico (2015). *Guia de Funcionamento. Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Acedido a 19 de fevereiro, 2021: https://www.chuc.min-saude.pt/media/Cuidados_Intensivos_Pediatricos/Guia_de_Funcionamento_do_Servico_-_EADDDHP94_Versao_nordm_0_Nov.2015_.pdf
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Cunha, M. W. N., Santos, M. S., Albuquerque, D. D. T. M., Farre, A. G. M. C., & Santana, I. T. S. (2021) Conhecimentos de funcionários de creches sobre primeiros socorros com crianças antes e após treinamento ativo. *Ciênc Cuid. Saúde*, e54591-e54591. Acedido a 7 de junho, 2021: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1339616>
- Decreto-Lei nº 35/90, de 25 de Janeiro do Ministério da Educação*. Diário da República: I Série-B.
- Decreto-Lei nº 48/95 de 15 de Março de 1995. Artigo 200.º - Omissão de auxílio*. Diário da República: nº63, Série I, Parte A. Acedido a 30 de setembro, 2021: http://bdjur.almedina.net/item.php?field=item_id&value=80046
- Despacho nº 5613/2015, de 24 de Junho. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo do presente despacho*. Diário da República nº 102/2015, Série II de 2015-05-27, pp. 13550 – 13553
- Diário da República, 1ª série, nº 245, de 18 de dezembro de 2020. *Aprova a Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024*. Presidência do Conselho de Ministros, pp. 2 – 22. Acedido a 21 de abril, 2021: <https://files.dre.pt/1s/2020/12/24500/0000200022.pdf>
- Direção-Geral da Educação, DGE (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 4 de maio, 2021: <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>

- Direção-Geral da Educação, DGE (s.d.). Segurança Infantil. *Direção-Geral da Educação*. Acedido a 18 de abril, 2021: <https://www.dge.mec.pt/seguranca-infantil>
- Direção-Geral da Saúde, DGS (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens-Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida. Acedido a 11 de março, 2021: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>
- Direção-Geral da Saúde, DGS (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 12 de fevereiro, 2021: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral da Saúde, DGS (2014). *Formação em Emergência e Primeiros Socorros no local de trabalho*. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Acedido a 20 de maio, 2021: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/informacoes-tecnicas/informacao-tecnica-n-32012-formacao-em-emergencia-e-primeiros-socorros-no-local-de-trabalho-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde, DGS (2015a). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 15 de janeiro, 2021: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisaoe-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde, DGS (2015b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 13 de março, 2021: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde, DGS (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 11 de março, 2021: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf
- Direção-Geral da Saúde, DGS (2019a). *Manual de Boas Práticas. Literacia em Saúde. Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 19 de janeiro, 2021: <https://www.chuc.min-saude.pt/media/literaciasaude/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde, DGS (2019b). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 17 de janeiro, 2021:

<http://portaisch.azurewebsites.net/chpl/wp-content/uploads/sites/39/2019/11/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde, DGS (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 22 de novembro, 2021: <http://portaisch.azurewebsites.net/chpl/wp-content/uploads/sites/39/2019/11/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.pdf>

Escola Superior de Saúde de Viseu, ESSV (2021a). *Guia Orientador de Trabalhos Escritos*. Viseu.

Escola Superior de Saúde de Viseu, ESSV (2021b). *Guia Orientador: Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia*. Viseu.

Faleiros, I. B., Moreira, A. C. M. G., Gastaldi, A. B., Assis Ribeiro, B. G., & Martins, E. A. P. (2021). First aid training for teachers and employees/Capacitação em primeiros socorros para professores e funcionários do ensino fundamental e médio. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 930-935. Acedido a 27 de março, 2021: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9649>

Faria, W. A., Nogueira, B. F. F., Silva, M. A., Santos, R. C., & Pena, H. P. (2020). Primeiros socorros para professores em âmbito escolar: Revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, 23(267), 4522-4535. Acedido a 13 de maio, 2021: <http://revistas.mpmcomunicao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/832>

Ferreira, N. L. M., Medeiros, L. S. M., Bonfim, C. R., Barbosa, A. B. A., Martins, E. N. X., & Ferreira, A. M. (2018). Primeiros Socorros na Educação Infantil. *Temas em Saúde*. 18-39

Fortin, M. F. (1999). *O Projeto de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

Fortin, M. F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processos de investigação*. Loures: Lusodidacta

Franzi, J., Braga, F. M., Cherfem, C., Mello, R. R., & Pereira, K. A. (2009). Aprendizagem Dialógica na Educação de Pessoas Adultas: denúncias e anúncios para a superação de obstáculos e busca para o desenvolvimento humano. *Educação: Teoria e Prática*, 19(33). Acedido a 4 de junho, 2021: <https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/educacao/article/view/3244>

- Geitoeira, S., Nisa, M. M., Sousa, J., Tavares, C., Pimenta, J., Antunes, J., Santos, E. & Faria, C. (2021). *Internamentos por Acidentes em Pediatria – Estudo de 5 anos num Hospital de Nível II*. Centro Hospitalar Tondela Viseu – Serviço de Pediatria
- Genesini, G., Santos, F., Conte, M., Lohmann, P. M. ., & Zanotelli, A. (2021). First aid in early childhood education: educators' perception. *Research, Society and Development*, 10(1), e5210111279, 1-10. Acedido a 12 de outubro, 2021: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11276>
- Gomes, C. G., Trindade, G. P. G. & Fidalgo, J. M. A. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista de Enfermagem referência*, 2(11), 105-116. Acedido a 16 de fevereiro, 2021: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239958013.pdf>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspectiva do Cuidar*. Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7
- Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido a 20 de dezembro, 2020: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/cole-gios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto de Apoio à Criança, IAC. (2021). *Carta da Criança nos cuidados de saúde primários*. Acedido a 30 de abril, 2021: <https://iacrianca.pt/2021/05/carta-da-crianca-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM (2017a). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. *DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica*
- Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM (2017b). Manual de Suporte Básico de Vida – Adulto. *DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica*
- Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. *DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica*
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2020a). *Infográfico INSA: Acidentes Domésticos e de Lazer – Mecanismos de Lesão*. Acedido a 5 de novembro, 2021: <http://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-%E2%94%80-mecanismos-de-lesao/>

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2020b). *Infográfico INSA: Acidentes Domésticos e de Lazer*. Acedido a 2 de novembro, 2021: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%e2%94%80-acidentes-domesticos-e-de-lazer/>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2021). *Infográfico INSA: Acidentes Domésticos e de Lazer – Queimaduras (0-18 anos)*. Acedido a 4 de novembro, 2021: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-acidentes-domesticos-e-de-lazer-queimaduras-0-18-anos/>
- Lei nº13.722, de 4 de outubro de 2018. *Torna Obrigatória a Capacitação em Noções Básicas de Primeiros Socorros de Professores e Funcionários de Estabelecimentos de Ensino Públicos e Privados de Educação Básica e de Estabelecimentos de Recreação Infantil*. Acedido a 22 de dezembro, 2021: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13722&ano=2018&ato=9fdqXQE5UeZpWT64f>
- Lima, P. A.; Oliveira, T. M. N; Moreira, A. C. M. G.; Moreira, R. C.; Martins, E. A. P. & Costa, A. B. (2021). Primeiros Socorros como objeto de educação em saúde para profissionais de escolas municipais. *Revista de Enfermagem da UFSM* 11(10). pp.1-16. Acedido a 19 de junho, 2021: https://www.researchgate.net/publication/348904302_Primeiros_socorros_como_objeto_de_educacao_em_saude_para_profissionais_de_escolas_municipais
- Lino, C. M., Fossa, Â. M., Campagnoli, M., & Groppo, M. F. (2018). Acidentes com crianças na educação infantil: percepção e capacitação de professores/cuidadores. *Saúde em Revista*, 18(48), 87-97. Acedido a 17 de maio, 2021: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/3679>
- Malta, C. M.; Costa, S. S.; Souza, A. C.; Porto, E. F.; Tavares, C. Z. (2021) Primeiros socorros para profissionais da Educação Infantil: um estudo quase-experimental. *Docent Discunt*, v. 2(2), p.14-27. Acedido a 15 de janeiro, 2022: <https://doi.org/10.19141/2763-5163.docentdiscunt.v2.n2.p14-27>
- Marcheti, M. A., Luizari, M. R. F., Marques, F. R. B., Cañedo, M. C., Menezes, L. F., & Volpe, I. G. (2020). Acidentes na infância em tempo de pandemia pela COVID-19. *Rev Soc Bras Enferm Ped*, 20, 16-25. Acedido a 13 de janeiro, 2022: https://www.researchgate.net/profile/Marisa-Luizari/publication/347311840_Acidentes_na_infancia_em_tempo_de_pandemia_pela_COVID-19/links/603e2d7892851c077f0eea1f/Acidentes-na-infancia-em-tempo-de-pandemia-pela-COVID-19.pdf

- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com SPSS Statistics*. (8ª Ed.). ReportNumber
- Ministério da Saúde (2015). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Acedido a 15 de fevereiro, 2021: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?!=1>
- Moutinho, L. S. M., Longo, J., Pires, T., Menezes, C., & Kopke, R. (2020). Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida nos Professores do 1º Ciclo – A Realidade da Necessidade. *Conference: 3ª Reunião Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia – 3ª rRACS*. Acedido a 5 de junho, 2021: [10.13140/RG.2.2.35998.36166](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35998.36166)
- Murdaugh, C. L.; Parsons, M. A. & Pender, N. J. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*, 8th Edition. Pearson. Acedido a 22 de maio, 2021: <https://www.pearson.com/us/higher-education/program/Murdaugh-Health-Promotion-in-Nursing-Practice-8th-Edition/PGM1788892.html>
- NASN (2016). *The role of the 21st Century School Nurse*. Silver Spring.
- Neto, N. M. G., Carvalho, G. C. N., Castro, R. C. M. B., Caetano, J. Á., Santos, E. C. B. D, Silva, T. M. D., & Vasconcelos, E. M. R. D. (2018). Vivências de professores dos primeiros socorros na escola acerca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1678-1684. Acedido a 14 de maio de 2021: <https://www.scielo.br/j/revben/a/4KrgL3dMBNXwGnBmdPjZSNJ/abstract/?lang=pt>
- Neves, D. A. S. (2016). *O papel do assistente operacional na construção da escola inclusiva – um contributo para o esboço do seu perfil*. (Dissertação de Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor). Coimbra: Instituto Politécnico de Coimbra. Acedido a 22 de julho, 2021: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18016>
- Nisa, M. M., Cardoso, S. S., Sousa, J., Oliveira, A. G., Reis, S., Almeida, Â. & Baptista, C. (2021). *Acidentes na Urgência Pediátrica: A Experiência de um Hospital de Nível II*. Centro Hospitalar Tondela Viseu – Serviço de Pediatria
- Oliveira, L. M. N. & Queirós, P. (2015). *Adaptação Cultural e Validação da “Nurse Competence Scale” (NES)*. *Revista Investigação em Enfermagem*. Acedido a 11 de fevereiro, 2021: <https://www.researchgate.net/publication/295704071>
- Oliveira, R. S., Moraes, S. H., Portugal, M. E. G., & Silva, F. B. (2018). Atuação do enfermeiro nas escolas: desafios e perspectivas. *Rev Gestão & Saúde*, 18(2), 10-22.

- Olmos-Gómez, M. D. C., Ruiz-Garzón, F., Pais-Roldán, P., & López-Cordero, R. (2021). Teaching First Aid to Prospective Teachers as a Way to Promote Child Healthcare. In *Healthcare*, 9(4), 367. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. Acedido a 27 de janeiro, 2022: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/4/367>
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Acedido a 19 de fevereiro, 2021: <https://dre.pt/home/-/dre/3477013/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2015a). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Acedido a 19 de janeiro, 2021: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*, Série 1 . Número 8. Acedido a 18 de fevereiro, 2021: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 28 de janeiro, 2021: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido a 6 de março, 2021: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 9 de março, 2021: <https://dre.pt/application/contendo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Acedido a 2 de abril, 2021: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Ottawa, A. C. (1986, Novembro). A Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa. In *1ª Conferência Internacional, Canadá*. Acedido a 21 de maio, 2020: https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista*

portuguesa de saúde pública, 34(3), 259-275. Acedido a 27 de junho, 2021: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>

Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª Ed.) Portugal: Edições Sílabo

Porto: Porto Editora. [consult. 2022-03-02 15:53:28]. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/webinar>

Porto: Porto Editora. [consult. 2022-02-20 16:49:05]. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/workshop>

Reis, I. (2010). Manual de Primeiros Socorros: Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação.

Ribeiro, C. R.; Moura, C. M.; Sequeira, C.; Barbier, M. C. & Erdmann, A. L. (2015). Perceção de pais e enfermeiras sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revista integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(4), pp.137-146. Acedido a 8 de maio, 2021: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239974008.pdf>

Santana, M. M. R., Toledo, L. V., Moreira, T. R., Alves, K. R., Ribeiro, L., & Diaz, F. B. B. S. (2020). Intervenção educativa em primeiros socorros para escolares da educação básica. *Revista de enfermagem da UFSM*, 10, 70. Acedido a 17 de setembro, 2021: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36507/html_1

Santos, C. C., Oliveira, M. M. C., Whitaker, M. C. O., Camargo, C. L., Raimundo, F. M. M., & Sousa, M. D. C. (2019). Conhecimento de Pais e Cuidadores Portugueses sobre Primeiros Socorros em Acidentes Domésticos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33 (31874), pp. 1-9. Acedido a ... : <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/31874>

Santos, J. R., & Henriques, S. (2021). *Inquérito por questionário: contributos de conceção e utilização em contextos educativos*. Universidade Aberta. Acedido a 8 de setembro, 2021: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/10696>

Silva, C. V. F., Besborodco, R. M., Rodrigues, C. L., & Górios, C. (2020). Isolamento social devido à COVID-19 - epidemiologia dos acidentes na infância e adolescência. *Residência Pediátrica*; 1-6. Acedido a 20 de outubro, 2021: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/rp280121a15.pdf>

- Silva, D. J., Wanderley, T. P. S. P., Noronha, M. P. S., Souza, A. C., & Costa, S. S. (2020). Conhecimento Dos Profissionais Na Educação Infantil Sobre Primeiros Socorros: Revisão De Literatura. *Conference: VII CONGRESSO INTERNACIONAL DAS LICENCIATURAS*. Instituto Internacional Despertando Vocações. Acedido a 17 de outubro, 2021: <https://doi.org/10.31692/2358-9728.VICOINTERPDVL.0297>
- Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: A perspectiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (8). Acedido a 11 de janeiro, 2021: <https://www.proquest.com/open-view/14abb4a7283d4e4cf44bd7f7d99b8b16/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2036194>
- Sorensen, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 27-32). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Souza, M. F., Divino, A. B., Souza, D. A. S., Cunha, S. G. S., & Almeida, C. S. (2020). Conhecimento dos educadores dos centros municipais de educação infantil sobre primeiros socorros. *Nursing (São Paulo)*, 23(268), 4624-4635. Acedido a 12 de junho, 2021: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i268p4624-4635>
- USF Lusitana (2019). *Regulamento Interno USF Lusitana*. (4ª Ed.)
- Victor, J. F.; Lopes, M. V. O. & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de Saúde de Nola J. Pender. *Ata Paulista de Enfermagem*. 18(3): 235-40. Acedido a 15 de abril, 2021: <https://pdfs.semanticscholar.org/920f/d06c602bfc36f91b175274e513310b83d783.pdf>

Apêndices

Apêndice I – Percurso Formativo de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica – Objetivos Gerais

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o “Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” (OE, 2019a): os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância, exigência técnica e científica; sendo a diferenciação e especialização fundamentais para a qualidade do exercício profissional. Neste sentido, o enfermeiro especialista presta cuidados de nível avançado, envolvendo dimensões não só da prática, mas também da educação para a saúde, orientação e liderança, levando a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua o exercício de enfermagem.

Tendo por base estes pressupostos, foram delineados objetivos comuns aos 3 campos de estágio, integrados nos diferentes domínios que integram o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- Desenvolver práticas de enfermagem baseadas nos princípios emanados por: Código Civil e Legal da República Portuguesa, REPE, Código Deontológico, Carta dos Direitos da Criança
- Intervir no sentido da salvaguarda do superior interesse da criança, nomeadamente no despiste de maus-tratos; articulando com instituições de apoio, como a CPCJ
- Desenvolver um projeto de investigação regulado pelos princípios éticos e deontológicas da profissão de enfermagem, respeitando a dignidade, autonomia, privacidade e sigilo profissional inerentes.

B- Domínio da Melhoria Contínua de Cuidados

- Articular prática de cuidados baseada na evidência científica, com políticas das instituições, normas/protocolos dos serviços; promovendo um ambiente terapêutico ao binómio criança-cuidador/família
- Promover segurança da criança, tanto no ambiente hospitalar, como no domicílio, escola, via pública; intervindo oportunamente juntos dos restantes profissionais e/ou cuidadores, através do cumprimento sensibilização em diversos aspetos e dando cumprimento ao Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015):

- quedas em meio hospitalar (avaliação, prevenção e atuação, com recurso à Escala de Avaliação de Risco de Queda em Pediatria – Escala de Humpty-Dumpty)
- segurança na administração de medicação, nomeadamente, cumprimento da norma nº20/2014, DGS¹ (medicamentos LASA)
- prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)
- prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários (utilização de dispositivos de retenção adequados)
- Desenvolver programas/ações de formação no âmbito da Literacia em Saúde, de forma a potenciar a capacitação da criança-família
- Adotar uma prática especializada, baseada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE, estimulando a reflexão contínua sobre a qualidade de exercício profissional.

C- Domínio da Gestão de Cuidados

- Estabelecer comunicação assertiva com os demais profissionais de saúde, utilizando linguagem científica e metodologia recomendada (ISBAR – norma nº001/2017, DGS²) para assegurar continuidade de cuidados de saúde
- Integrar turnos de estágio no horário da equipa; participar no planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados; promovendo qualidade e segurança dos mesmos
- Divulgar e dinamizar intervenções no sentido de assegurar o cumprimento do “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020”³
- Identificar circuito de entrada, permanência e saída da criança/ jovem nos serviços de saúde, bem como redes de referência e articulação com outras unidades (instituições de saúde, escolas, segurança social, CPCJ, ...) de forma a promover cuidados globais à criança-família.

D- Domínio das Aprendizagens Profissionais

- Consolidar conhecimentos teóricos, de forma a otimizar prestação de cuidados

¹ DGS – norma nº20/2014, atualização 2015 – segurança do doente, segurança na medicação, medicamentos LASA (Look Alike, Sound-Alike)

² DGS – norma nº001/2017 – comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. I – Identificação; S – Situação Atual; B – Antecedentes; A – Avaliação; R - Recomendações

³ “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes” (2015-2020) Diário da República, 2ª série, nº28- 10 de Fevereiro de 2015

- Procurar oportunidades de aprendizagem, intervindo de acordo com a prática baseada na evidência
- Adotar referenciais teóricos, de forma a definir com rigor as diagnósticos de enfermagem; para que se possam definir intervenções de enfermagem a adotar e identificar estratégias de intervenção
- Elaborar processo de enfermagem, com recurso à metodologia/linguagem recomendada para a prática/registos de enfermagem (CIPE)
- Complementar componente teórica do curso com a participação em congressos, seminários e outros eventos cujos temas apresentados/debatidos sejam relevantes para este percurso formativo
- Colaborar na formação contínua da equipa de enfermagem, identificando temas pertinentes e participando na mesma
- Adotar prática reflexiva, identificando e corrigindo aspetos a melhorar; dinamizando processos de mudança e inovação, em contexto de prática clínica de enfermagem.

Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) utiliza um modelo conceptual centrado na “criança-família”, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, independentemente do contexto (hospital, centro de saúde, escola, casa, comunidade). Este profissional detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital: nascimento até à idade adulta (18 ou até 21 anos), promovendo o sucesso da transição para a idade adulta (OE, 2018).

O exercício profissional dos EEESIP é especificado a partir de uma filosofia que evidencia os cuidados centrados na família e em parceria com esta, com ênfase nas intervenções e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes. Tem como finalidade: a promoção das competências da criança/jovem, a maximização/potenciação da saúde, a promoção do crescimento/desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios e reconhecimento/valorização das competências da família como um recurso para a intervenção (OE, 2017).

Tendo por base estes pressupostos e, no sentido de adquirir competências específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foram delineados alguns objetivos/intervenções, adaptados aos diferentes campos de estágio e apresentados de acordo com o “Instrumento de Avaliação”.

A- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

- Integrar família no processo de cuidar em pediatria, considerando sempre o binómio criança-cuidador, definido por Anne Casey no seu “Modelo de Cuidados Centrados na Família e Parceria de Cuidados”
- Desenvolver projetos no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças/acidentes, baseados no referencial teórico: “Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender”
- Utilizar formas de comunicação, estratégias de abordagem e intervenção, adequadas à idade/desenvolvimento da criança; família, escola, cultura e religião em que se encontra inserida
- Avaliar “Literacia em Saúde”, fornecendo informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida à família, no sentido de maximizar a saúde e potenciar desenvolvimento da criança
- Identificar precocemente situações de risco, intervir atempadamente e encaminhar para outros profissionais/entidades, se necessário (Assistentes Sociais, CPCJ, Equipa de Intervenção Precoce, ...).

B- Cuida da Criança/Jovem e Família em Situações de Especial Complexidade

- Identificar situações clínicas, antecipando riscos e instabilidade clínica
- Responder de forma adequada e antecipatória a focos de instabilidade, prestando cuidados de enfermagem diferenciados, com base na evidência científica
- Prevenir/identificar precocemente complicações resultantes de protocolos terapêuticos complexos
- Reforçar medidas de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e prevenir/vigiar contágios por SarsCov2 (resultantes da pandemia atual por Covid19)
- Monitorizar e avaliar resposta da criança face aos cuidados prestados, reajustando intervenções sempre que pertinente
- Gerir utilização de medidas não farmacológicas de combate à dor, nomeadamente o recurso à música, posição de conforto e sucção não nutritiva
- Envolve família na gestão de cuidados, maximizando a recuperação da criança e reduzindo o medo/ansiedade de ambas as partes.

C- Presta Cuidados Específicos em Resposta às Necessidades do Ciclo Vital e de Desenvolvimento da Criança e do Jovem

- Aprofundar e aplicar conhecimentos teóricos para a prática de cuidados especializados de enfermagem, nas diferentes etapas do ciclo vital (RN, lactante, infância, adolescência)
- Promover o bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança; facilitando a sua adaptação às transições normativas e/ou acidentadas, tendo por base o referencial teórico “Teoria das Transições de Afaf Meleis”
- Incentivar presença e envolvimento dos pais, promovendo a sua capacitação e desenvolvimento de competências parentais
- Assegurar recuperação do RN/criança/adolescente hospitalizado, através da elaboração de um plano de cuidados individualizado e regulado por documentos de referência na área: “Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada” (Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1988) e “Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização” (OE, 2015b)
- Respeitar autonomia do adolescente, proporcionando o seu direito ao assentimento e/ou consentimento informado
- Promover autoestima e progressiva responsabilização do adolescente por escolhas saudáveis, detetando/encaminhando precocemente comportamentos de risco (suicídio, violência, consumos nocivos, ...).

Apêndice II – Primeiros Socorros em Pediatria – USF



PRIMEIROS SOCORROS em PEDIATRIA



Prof. Isabel Bica

Docente da Escola Superior de Saúde de Viseu

Enf.ª Paula Favas

Enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Enf.ª Rosa Gonçalo

7º Curso de Mestrado e 11º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (IPV - ESSV)



1

PLANO DE SESSÃO

Tema: PRIMEIROS SOCORROS em PEDIATRIA

OBJETIVO GERAL: Incrementar a literacia em saúde, de pais/cuidadores, no âmbito da prestação de socorros a crianças

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Alertar para a importância da prevenção de acidentes
- Consciencializar para a importância dos primeiros socorros
- Apresentar princípios gerais do socorrismo
- Explicar socorro adequado a situações específicas
- Otimizar a organização da mala de primeiros socorros

Palavras-chave: literacia; primeiros socorros; pais/cuidadores; crianças.

Fases	Conteúdos	Método	Meios Auxiliares	Tempo
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema			
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Princípios gerais do socorrismo ▪ ABC dos primeiros socorros ▪ Atuação perante situações específicas ▪ Mala de primeiros socorros 	Expositivo oral e direto	<ul style="list-style-type: none"> Computador Diapositivos Bibliografia 	60 minutos
CONCLUSÃO	Considerações Finais			



Enf.ª ROSA GONÇALO (7º Curso de Mestrado e 11º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

2

ÍNDICE

- PRINCÍPIOS GERAIS DO SOCORRISMO
- ABC DOS PRIMEIROS SOCORROS
- ATUAÇÃO PERANTE SITUAÇÕES ESPECÍFICAS:
 - Afogamento
 - Asfixia/Engasgamento
 - Corpos estranhos nos olhos
 - Desmaio
 - Eletrocussão
 - Entorse
 - Envenenamento/Intoxicação
 - Feridas
 - Fraturas
 - Golpe de calor/insolação
 - Golpe de frio
 - Hemorragias
 - Hemorragia nasal
 - Mordeduras
 - Picadas
 - Queimaduras
 - Quedas
 - Traumatismo craniano
 - Traumatismo abdominal
 - Traumatismos dentários
- MALA DE PRIMEIROS SOCORROS



3

Apêndice III – Plano Assistencial Integrado da Febre em Idade Pediátrica – Formação para Profissionais




PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA
Departamento de Qualidade, In. Saúde




Dr^a Julieta Teresa – medicina geral e familiar
Enf^a Paula Pinho – coordenadora da USF Lusitana
Enf^a Paula Favas – especialista em saúde infantil e pediátrica
Enf^a Rosa Gonçalo – autora do curso de mestrado e especialidade em saúde infantil e pediátrica

1

Plano Assistencial Integrado (PAI) - Febre de curta duração na Criança



OBJETIVO GERAL


- Rever "processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica", sobretudo as principais recomendações para os cuidados de saúde primários;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Padronizar intervenções dos profissionais, no que respeita aos cuidados e registos no processo clínico;
- Descrever terminologia e metodologia utilizadas na ferramenta informática clínica, na área de cuidados de saúde primários;
- Optimizar indicadores e estratégias de intervenção centradas na criança e família, no sentido da persecução de práticas de excelência essenciais para otimizar ganhos em saúde

2

FEBRE – Recomendações:



1. A **ABORDAGEM DA FEBRE** em idade pediátrica, nos serviços de saúde, nomeadamente Cuidados de Saúde Primários (CSP) requer a **intervenção de equipas coordenadas de profissionais de saúde**

2. A febre é dos **sinais de doença** mais frequentes na **criança/adolecente**. O **ENSINO** sobre os **conceitos de avaliação** e as **medidas a tomar** deve ser sempre realizado aos **cuidadores** (Anexo 1 - Paralelo)

3


FEBRE – Recomendações:



3. **DIAGNOSTICA** - É febre quando:

- existe uma elevação da temperatura corporal $\geq 1^{\circ}\text{C}$, acima da média diária individual (se valor conhecido) ou, tendo em conta os seguintes valores:

- a) retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- b) axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- c) timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- d) oral $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$



4

FEBRE – Recomendações:




4. Os **LOCAIS DE MEDIÇÃO** da temperatura corporal devem ser preferencialmente:

- a) **RETAL**: método mais rigoroso e o que melhor corresponde à temperatura central
- b) **AXILAR**: método mais usado, em boca não seja tão preciso como o retal e seja mais demorado
- c) **TIMPÂNICO**: método mais rápido e mais higiénico. Confere vantagem em serviços de triagem pediátrica mas tem muitos falsos negativos, sobretudo em idade inferior a 3 anos
- d) **ORAL**: método muito usado em alguns países; tem maior precisão que o axilar

5

FEBRE – Recomendações:



5. **SINAIS DE ALERTA** associados à febre:

- a) Irritabilidade, gemido mantido
- b) Sonolência excessiva ou incapacidade em andar/mecer
- c) Convulsão
- d) Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24-48 horas de febre
- e) Respiração rápida ou dificuldade em respirar
- f) Vômitos e pedidos entre refeições
- g) Recusa alimentar completa superior a 12 horas, sede incoerente
- h) Dor periturbadora, choro inconsolável ou criança que não tolera o colo
- i) Calafrios
- j) Aclorose na substância lémbica
- k) Dor ou dificuldade em mobilizar um membro ou alteração da marcha
- l) Urina turva ou com mau cheiro

6

FEBRE – Recomendações:



6. Para uma criança/adolescente com febre, os CUIDADORES DEVEM RECORRER aos SERVIÇOS DE SAÚDE se:

- Evidência de algum dos sinais de alerta descritos na recomendação anterior
- Idade < 3 meses (em ex: prematuros, < 3 meses de idade corrigida)
- Temperatura axilar $\geq 39^{\circ}\text{C}$, ou retal $\geq 40^{\circ}\text{C}$, se idade < 6 meses
- Temperatura axilar $\geq 40^{\circ}\text{C}$, ou retal $\geq 41^{\circ}\text{C}$, se idade ≥ 6 meses
- Febre na presença de patologia crónica grave

7

FEBRE – Recomendações:



7. Nos CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, na suspeita de febre devem ser desenvolvidas as seguintes intervenções:

- Medição correta da temperatura
- Avaliação dos sinais de alerta
- Tratamento da febre
- Diagnóstico e tratamento da patologia responsável

8

FEBRE – Recomendações:



8. O método classifica o NÍVEL DE RISCO da criança/adolescente com febre, conforme sinais de alerta presentes, e m:

- Risco baixo (R1)
- Risco intermédio (R2)
- Risco alto (R3)



9

FEBRE – Recomendações:



9. O TRATAMENTO da febre tem como objetivo primordial minimizar o desconforto da criança/adolescente, diminuindo o valor da temperatura corporal:

- Medidas gerais
- Terapêutica:

a) **PARACETAMOL** (farmaco de 1^ª linha)

- Oral: 10-15mg/Kg/dose (dose diária máxima: 60mg/Kg/dia)
- Retal: 15-20mg/Kg/dose (dose diária máxima: 100mg/Kg/dia)
- Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas

b) **IBUPROFENO**, apenas se existir contra-indicação ao paracetamol

- Oral: 5mg-10mg/Kg/dose (dose máxima diária: 40mg/Kg/dia)
- Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 6 horas
- Idade > 6 meses

10

FEBRE – Recomendações:



10. Na presença de febre, o médico nos Cuidados de Saúde Primários REFERENCIA PARA CUIDADOS HOSPITALARES:

- A criança/adolescente de nível de risco R3
- A criança entre os 1 e 6 meses de idade de nível de risco R2 ou criança de nível de risco R1, se não for possível garantir seguimento adequado
- A criança de idade superior a 6 meses com nível de risco R2 e com febre sem foco evidente e/ou sem facilidade de acesso aos serviços de saúde

11

FEBRE – Nível de Risco: classificação



	Risco baixo (R1)	Risco intermédio (R2)	Risco alto (R3)
COR (da pele, lábios, ou língua)	• Normal	• Palcos ligeiros aos lábios/ou a língua	• Palcos/marmeleiros/craquelos ou ao nariz
ATIVIDADE E VIGÍLIA	• Resposta normal na interação com os profissionais de saúde • Com resposta normal • Vigília ou sono com facilidade • Choro vigoroso/não choro	• Não resposta normal na interação com os profissionais de saúde • Não são • Acostas abertas na interação com os profissionais de saúde • Atividade diminuída	• Sem resposta aos estímulos sociais • Apresentação de sinais de alteração da interação social • Não acosta ou se acosta com dificuldade na interação com os profissionais de saúde • Choro fraco, girado ou contínuo
RESPIRATÓRIO	• Nenhum dos sintomas ou sinais de risco intermédio (R2) ou alto (R3)	• Atoque nasal • Touxto não - frequência respiratória > 50 c/mh (6-12 meses) > 40 c/mh (> 12 meses)	• Cefaleia expiratória (respiração e mecânica) • Foco físico - frequência respiratória > 60 c/mh/mh • Ingestão moderada ou grave

12

FEBRE – Nível de Risco: classificação

	Risco baixo (R1)	Risco intermédio (R2)	Risco alto (R3)
DDK	• Ausente a ligeira	• Moderada	• Severa
CLASSIFICAÇÃO E HIDRATAÇÃO	• Pele e olhos normais • Mucosas normais	• Ictericarria - frequência cardíaca > 130 bpm (< 12 meses) > 130 bpm (> 24 meses) > 140 bpm (> 24 meses) • IRC >= 2 vezes • Mucosas secas • Recusa alimentar > 12 horas • Desidratação da criança (informação dos pais)	• Ictericarria - frequência cardíaca > 150 a 160 • Análise parvuladas • Olheira • Fregio cutâneo

13

FEBRE – Nível de Risco: classificação

	Risco baixo (R1)	Risco intermédio (R2)	Risco alto (R3)
NEUROLÓGICO	• Nenhum dos sintomas ou sinais de risco intermédio (R2) ou alto (R3)	• Convulsões simples	• Convulsões complexas • Rigidez do tórax • Sinais de pleuro • Sinais neurológicos focais
OUTROS	• Nenhum dos sintomas ou sinais de risco intermédio (R2) ou alto (R3)	• Idade entre 1 e 6 meses a temperatura >= 39°C • Apatia • Calafrios • Eczema de um membro ou ampliação • Análise de um membro ou redução das membros	• Idade < 1 mês • Feridas ou lesões musculares distanciais nos 90 minutos 24 horas • Fontanela abulada

14

FEBRE – Avaliação Inicial

○ A avaliação inicial de uma criança com febre implica uma **COLHEITA DE DADOS**:

<ul style="list-style-type: none"> a) Motivo de recurso aos serviços de saúde; b) Antecedentes pessoais; c) História de febre d) Contexto e epidemiológico; e) Calendário vacinal; f) Peso (cálculo correto da dose do antipirético); g) Alergias. 	<p>História de febre</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Início de episódio febril ii. Horário e evolução da febre iii. Valor máximo de temperatura atingido iv. local de medição de temperatura v. Medidas realizadas vi. Terapêutica antipirética efetuada vii. Sinais associados
---	---

15

FEBRE – Diagnóstico de Enfermagem

○ Para a determinação do diagnóstico FEBRE, selecionar o item:

ATIVIDADES TERAPÉUTICAS

↓

SINAIS VITAIS

↓

MONITORIZAR TEMPERATURA CORPORAL

OBJETIVO:
minimizar desconforto da criança, diminuindo o valor da temperatura corporal

16

FEBRE – Intervenções de Enfermagem

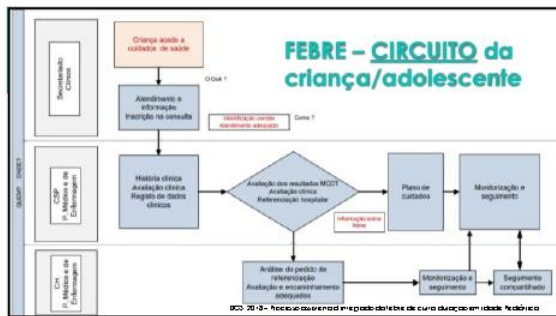
- Avaliar conhecimentos sobre a febre
- Avaliar potencial para melhorar conhecimento
- Ensinar sobre febre
- Ensinar a avaliar a temperatura corporal
- Ensinar sobre regime medicamentoso
- Ensinar sobre processo patológico, complicações, sinais de alarme

17

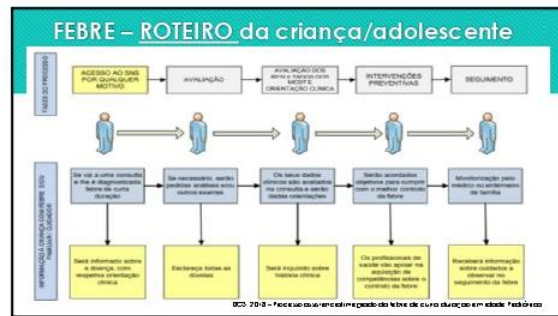
FEBRE – Registos Clínicos

S	• SUBJETIVO – sinais e sintomas, padrão da febre, antecedentes
O	• OBJETIVO – exame objetivo
A	• AVALIAÇÃO – diagnóstico
P	• PLANO – tratamento, encaminhamento

18



19



20

RESUMO – Febre de curta duração em Idade Pediátrica

Diagnóstico de Febre
Nota 1 – Capítulo 1, secção 1.1, parágrafo 1.1.1

- Avaliação correta da temperatura

Avaliação Clínica
Nota 1 – Capítulo 1, secção 1.1, parágrafo 1.1.1

- Se risco de vida
 - Sinais vitais, sinais de alerta
 - Estabilização e transferência ao hospital
- Anamnese
- Medidas antipiréticas

21

RESUMO – Febre de curta duração em Idade Pediátrica

Tomada de decisão
Nota 1 – Capítulo 1, secção 1.1, parágrafo 1.1.1

- O médico decide de acordo com:
 - Gravidade: Risco Alto (R3); Risco Intermediário (R2) e Risco Baixo (R1)
 - Idade da criança/adolescente
 - Evidência de diagnóstico ou febre sem foco
 - Garantia de acompanhamento pelos cuidadores
 - Acesso rápido a cuidados de saúde
- Avaliação da necessidade de MCDT
- Prestação de cuidados em internamento hospitalar

Informação a ser prestada
Nota 1 – Capítulo 1, secção 1.1, parágrafo 1.1.1

- Informação contínua aos cuidadores
 - Estado geral, evolução, procedimentos e tratamentos
 - Sinais e sintomas de alarme e emrgência de folheto
- Envio de relatórios de alta hospitalar

22

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Febre em pediatria, é um dos focos de atenção na prática médica/enfermagem, não só pela sua frequência, como pelo desconforto que causa na criança e preocupação nos pais.
- Segundo a CAPE (2018), CONFORTO é definido como "um tipo de sensação com as seguintes características específicas: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal".
- É recomendável que, de uma forma consistente, fundamentada e sistematizada, as intervenções específicas dos enfermeiros na abordagem da febre em pediatria se centrem na redução da temperatura corporal e promoção do conforto da criança.

23

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Assumindo a filosofia dos cuidados pediátricos e, sendo a família um elemento central neste processo, os diagnósticos e intervenções dos profissionais de saúde devem ser direcionados para a criança e pais/cuidadores, promovendo a sua capacitação.
- Intervenções no domínio da educação para a saúde aos pais, são recomendadas para aumentar os seus conhecimentos e competências no cuidado à criança com febre, diminuindo a ansiedade e recurso aos serviços de saúde.
- O planeamento dos cuidados de enfermagem é uma necessidade premente. Atualmente, a sua documentação determina uma uniformização baseada em taxonomias e linguagens padronizadas. Esta Orientação segue a lógica da Parametriação Nacional Única (PNU).

24

BIBLIOGRAFIA

- DCS 2018 Febre na criança e no adolescente - cuidados e registo de enfermagem, avaliação inicial, diagnósticos, intervenções. Orientação N.º08/2018 de 01/08/2018. Acesso em http://www.saude.mg.gov.br/portal/08/2018/norma-doi-febre-na-crianca-e-no-adolescente_cuidados-e-registo-de-enfermagem-avaliacao-inicial-diagnosticos-intervencoes/
- DCS 2018 Febre na criança e no adolescente - definição, prestação e envio aos familiares/cuidadores. Orientação N.º04/2018 de 01/08/2018. Acesso em http://www.saude.mg.gov.br/portal/04/2018/norma-doi-febre-na-crianca-e-no-adolescente_definicao-medica-e-envio-aos-familiares-cuidadores/
- DCS 2018 Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica. Documento de orientação ao Sistema. Acesso em <http://www.saude.mg.gov.br/portal/08/2018/norma-doi-processo-assistencial-integrado-da-febre-de-curta-duracao-em-idade-pediatica/>

25

Apêndice IV – Panfleto “Febre”

COMO ATUAR?

- Oferecer líquidos (água, leite e/ou chá)
- Não forçar a comer;
- Adequar o vestuário (**não** agasalhar, nem despir demasiado)
- **Não** fazer arrefecimento (banho, compressas frias,...)
- Administrar antipirético, de acordo com o peso e prescrição

Peso (kg)	Paracetamol xarope (40mg/5ml)	Paracetamol supositórios
5	1,5 ml	75 mg
6	2 ml	
7	2,5 ml	125 mg
8	3 ml	
9		2/3 de 250 mg
10	3,5 ml	(+/- 170 mg)
11	4 ml	
12	4,5 ml	
13		250 mg
14	5 ml	
15	5,5 ml	
16	6 ml	
17		2/3 de 500 mg
18	6,5 ml	(+/- 330 mg)
19	7 ml	
20	7,5 ml	

Peso (kg)	Ibuprofeno xarope (20mg/5ml)	Ibuprofeno supositórios
5		
6	1,5 ml	
7		
8	2 ml	
9		
10	2,5 ml	
11		75 mg
12	3 ml	
13		
14	3,5 ml	
15		
16	4 ml	
17		150 mg
18	4,5 ml	
19		
20	5 ml	

Qualquer dúvida, contacte o seu médico ou enfermeiro de família

TLF: 232 419 940
Ou
SNS 24: 808 24 24 24

EQUIPA DE SAÚDE:

Médico _____

Enfermeiro _____

Aprovado em:

USF Lusitana



FEBRE

na Criança/Adolescente

Informações para Pais e Cuidadores



REPUBLICA PORTUGUESA SNS DGS ARSC

O QUE É A FEBRE?

- Não é uma doença;
- É um sinal/reação do organismo na combate às infeções;
- Valor varia consoante local de medição:
 - Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (mais rigoroso e rápido)
 - Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ (esperar 5 min ou 2º toque do termómetro)
 - Timpânico $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (recomendado a partir dos 3 anos)
 - Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ (só deve ser usado a partir dos 5 anos; boca deve estar fechada durante 3 min)



SINAIS DE ALERTA

- Alteração do comportamento habitual para extremos (sonolência ou irritabilidade excessiva)
- Choro inconsolável ou dor perturbadora (mesmo após ter administrado medicação)
- Convulsão (revirar os olhos, espumar pela boca, perda dos sentidos, movimentos anómalos do corpo)
- Olhos encovados
- Lábios e unhas roxas
- Manchas/"pintas" na pele nos 2 primeiros dias de febre
- Vômitos persistentes
- Dificuldade respiratória



SINAIS TRANQUILIZADORES

- Criança brinca normalmente, no intervalo dos picos febris
- Comportamento quase habitual
- Recusa alimentar parcial, mas ingestão de líquidos mantida
- Tosse e obstrução nasal (sem dificuldade respiratória)
- Dor na boca e garganta, que não impedem alimentação
- Manchas na pele que surgem só após o 4º dia de febre
- Persistência da febre para além dos 5 dias completos



Apêndice V – Questionário e Parecer da Comissão de Ética

Questionário

Nota: sem comprometer o anonimato, mas com o objetivo de emparelhar o primeiro e o segundo questionários, solicito que registre, por exemplo, os três últimos números do CC: ___ ___ ___

QUESTIONÁRIO (a aplicar online)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Rosa Maria Cordeiro da Silva Gonçalo, enfermeira e aluna do 7º Curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, grau de mestre e 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), pretendo desenvolver um *Projeto de Intervenção* no âmbito da Literacia em Saúde – *Contributo do enfermeiro na literacia em saúde sobre primeiros socorros nos cuidadores de crianças: estudo do impacto de uma intervenção formativa*.

O objetivo principal deste projeto é avaliar o efeito da intervenção formativa no nível de conhecimentos adquiridos pelos pais/educadores/auxiliares aplicando o questionário antes e após o “Workshop sobre primeiros socorros a crianças”.

Os dados aferidos pelo estudo, destinam-se estritamente à investigação académica, não constituindo qualquer forma de avaliação profissional ou pessoal. O questionário foi submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, dotado de independência técnica e científica, garantindo assim os padrões de ética que salvaguardam o princípio da dignidade da pessoa humana, honestidade e qualidade ética inerente ao estudo e obteve parecer favorável.

A participação é voluntária, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos, não se estimando qualquer risco ou custo associado, nem qualquer espécie de reembolso aos participantes. Tem o direito de não participar ou de sair deste estudo em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum, ou necessidade de justificação.

Considerando as contingências inerentes à pandemia atual de COVID-19, a aplicação do questionário e a apresentação do workshop serão efetuados em formato digital (Webinar).

O questionário encontra-se estruturado em 2 partes: a primeira parte apresenta questões que visam caracterizar a amostra e a segunda, avaliar o nível de conhecimentos acerca dos primeiros socorros a crianças. Estima-se um tempo de preenchimento total não superior a 15 minutos (15 antes da intervenção e 15 após a mesma).

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

- Género: F ___ M ___
- Idade (anos) _____
- Função: Pai/Mãe _____ Educador(a) infantil _____ Auxiliar de educação _____

- Nº de filhos _____ Idades ____; ____; ____; ____; ____ (do mais velho para o mais novo)
- Formação anterior em primeiros socorros Sim _____ Não _____
- Experiência prévia com traumatismos em crianças? Sim _____ Não _____

PARTE II – CONHECIMENTOS SOBRE PRIMEIROS SOCORROS

Diga se as seguintes afirmações são **Verdadeiras ou Falsas (V/F)**:

- Os primeiros socorros a crianças:
 - devem começar pela prevenção _____
 - só devem ser prestados por profissionais de saúde. _____
- Numa situação de emergência, o socorrista deve ter como primeira prioridade:
 - a segurança da criança. _____
 - a segurança do socorrista _____
 - atuar, ligar 112 _____
- Em caso de convulsão e durante a fase de movimentos involuntários:
 - não se deve tentar imobilizar a criança _____
 - deve introduzir-se um objeto na boca (dedo, colher, espátula), para impedir a asfixia _____
- Numa situação de ingestão acidental de qualquer produto, devemos:
 - provocar sempre o vômito da criança para impedir a absorção do produto no estômago _____
 - provocar o vômito vai depender do produto ingerido _____
- Quando uma criança verte sopa quente num braço e se queima, para não formar bolhas devemos:
 - aplicar manteiga _____
 - colocar imediatamente a zona queimada debaixo de água por 5-10 minutos _____
- Quando uma criança introduz os dedos numa tomada elétrica e desmaia, a prioridade é:
 - afastar a criança do local. _____
 - desligar o quadro elétrico _____
- Na criança, numa situação de traumatismo dentário com saída de dente, devemos:
 - lavar a boca com água fria e oferecer gelado tipo "Calipo". _____
 - guardar o dente dentro de um pano limpo _____
 - procurar ajuda especializada (dentista) no período de 24 horas _____

8. Quando uma criança cai e bate com a cabeça, sofrendo um traumatismo:
- deve-se levar ao hospital sempre que perde os sentidos e/ou vomita _____
 - não se deve deixar adormecer até ser observada por profissionais de saúde. _____
9. Perante uma criança na creche que se engasga a comer uma bolacha ou outro alimento e para que respire melhor, devemos:
- tentar retirar o alimento com os dedos _____
 - debruçar a criança para a frente e dar 5 palmadas fortes nas costas _____
 - aplicar a manobra de "Heimlich" _____
10. Em caso de insolação e se a criança estiver consciente, deve-se:
- manter a criança deitada na horizontal num local arejado e à sombra _____
 - deitar a criança num local arejado e à sombra elevando-lhe a cabeça _____
11. Se uma criança bater com o nariz numa porta e começar a sangrar, devemos:
- colocar algodão nas narinas para estancar a hemorragia _____
 - colocar gelo externamente para estancar a hemorragia _____
12. Ao socorrer uma criança com corpo estranho no olho (ex: areia), é adequado:
- tentar remover a areia com um cotonete húmido. _____
 - passar o olho por água corrente _____
13. Quando uma criança desmaia, o melhor a fazer é:
- dar-lhe de beber algo fresco. _____
 - deitá-la e elevar-lhe as pernas _____
14. Em caso de picada de abelha, deve-se:
- retirar o ferrão com uma pinça _____
 - colocar gelo no local _____
15. Perante uma criança que foi mordida por um gato, devemos:
- desinfetar com água oxigenada _____
 - desinfetar com iodopovidona (betadine) _____
16. Na criança, a dose do analgésico (medicamento para a dor) deve ser em função de:
- idade e peso da criança _____
 - idade e intensidade da dor _____
17. A mala de primeiros socorros deve conter:
- um pacote de açúcar. _____
 - máscara facial _____
18. A mala de primeiros socorros deve estar:
- longe do alcance das crianças. _____
 - em local de fácil acesso para qualquer pessoa _____

Exmo. Sr.
Provedor da Sta. Casa da Misericórdia de Viseu
Dr. Adelino Costa
Largo Major Teles 1
3500-153 Viseu

v. referência:

v. data:

n. referência:

data:

Assunto

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAR QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS, ASSOCIADOS A UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA

No âmbito da unidade curricular: Estágio com Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Rosa Maria Cordeiro da Silva Gonçalo, do 7º curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, grau de mestre, e 11º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontram-se a desenvolver um trabalho subordinado ao tema: **“Contributo do enfermeiro na Literacia em primeiros socorros em contexto escolar: estudo do efeito de uma intervenção formativa”**.

Neste âmbito, pretende-se desenvolver um workshop sobre “Primeiros Socorros a Crianças”, avaliando os conhecimentos adquiridos pelos participantes, através da aplicação de um questionário antes e após a intervenção formativa.

Foram definidos para este projeto, os seguintes objetivos:

- Identificar os conhecimentos dos cuidadores (educadores, auxiliares e pais) sobre primeiros socorros a crianças até à idade escolar
- Incrementar a literacia e a capacitação dos cuidadores no âmbito da prevenção de acidentes e prestação de primeiros socorros a crianças, através da apresentação do “Workshop sobre Primeiros Socorros a Crianças”
- Avaliar o efeito da intervenção formativa no nível de conhecimento dos cuidadores

Os critérios de inclusão da população/amostra são: serem educadores, auxiliares de ação educativa e pais de crianças que frequentam as valências da Santa Casa da Misericórdia de Viseu até à entrada na escola.

É nossa pretensão aplicar um instrumento de colheita de dados, cumprindo previamente todas as considerações ético-legais recomendadas, tais como: consentimento informado por parte dos participantes, garantia de confidencialidade de dados e parecer favorável da comissão de ética do Instituto Politécnico de Viseu (IPV).

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a recolha de dados/informação associada à intervenção formativa, no período de **01 a 15 de Julho de 2021**.

Em anexo, remetemos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados, a Declaração do Consentimento Informado e o Parecer Favorável da Comissão de Ética do IPV, Parecer N.º 40/SUB/2021.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da instituição a que preside.

Informamos que a Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola Superior de Saúde 232 419 100.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente,

(Daniel Marques da Silva, PhD)

Na resposta indicar a «n. referência». Em cada ofício tratar só de um assunto.

AA/AL

Parecer do Conselho Científico

18 votos

Ex. ma Senhora Presidente do Conselho Técnico Científico da ESSV
Professora Doutora Cláudia Chaves

ESSV
Conselho Técnico Científico
Data Entrada 09/07/2021
Data Saída 12/07/2021
Proc. Nº 308
Ass. Graça Aparício

No âmbito da Unidade Curricular *Estágio com Relatório Final* do 7º Curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Grau de Mestre e 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a estudante Rosa Maria Cordeiro da Silva Gonçalo, orientada pela professora Doutora Graça Aparício encontram-se a desenvolver um estudo subordinado ao tema: **“Contributo do enfermeiro na Literacia em primeiros socorros em contexto escolar: estudo do efeito de uma intervenção formativa”**.

O estudo, do tipo longitudinal em painel antes e depois de curta duração, implica uma intervenção formativa a realizar em formato workshop para os educadores, auxiliares e pais das crianças que frequentam as valências da Santa Casa da Misericórdia de Viseu (creche S. Teotónio e jardins de infância N. Sra. de Fátima e de S. Sebastião), utilizando a plataforma digital para a educação de infância em uso nas valências da Misericórdia, *childDiary*, que será também utilizada para divulgação e aplicação do questionário em formato *online*, antes e após a intervenção formativa.

Mais informo que o projeto que suporta esta atividade formativa mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Viseu, Parecer nº 40/SUB/2021.

Neste âmbito, venho em conformidade com a norma instituída, solicitar o reconhecimento científico da intervenção formativa, que irá decorrer, no(s) dia(s) 14 e 15 de julho de 2021, às 18:30h e 20:30h respetivamente, *online*, em formato *webinar* síncrono.

Envio em anexo:

- Projeto de investigação
- Parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Viseu
- *Workshop* a apresentar, em formato ppt

Reconhecido o carácter científico do evento por unanimidade dos presentes (18 votos).
Cláudia Paula Chaves
9/07/2021

ESSV, 08 de julho de 2021

Graça Aparício

Graça Aparício



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Contributo do enfermeiro na literacia em saúde sobre primeiros socorros nos cuidadores do ensino pré-escolar: estudo do impacto de uma intervenção formativa
Proponentes do projeto	Rosa Maria Cordeiro da Silva Gonçalves
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Graça Aparício
Data de submissão	19/05/2021
Relatores	Prof.ª Doutora Edite Teixeira de Lemos, Prof.ª Doutora Ana Branca Carvalho e Doutor Carlos Dias Pereira
Data da aprovação do parecer	25/05/2021
A presidente da CE do PV	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

PARECER N.º 40/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

O presente estudo tem como objetivos principais:

- Identificar os conhecimentos dos cuidadores (educadores, auxiliares e pais) sobre primeiros socorros a crianças do ensino pré-escolar;
- Contribuir para a literacia e promover a capacitação de cuidadores no âmbito da prevenção de acidentes e prestação de primeiros socorros a crianças, através da apresentação do “Workshop sobre Primeiros Socorros a Crianças”;
- Avaliar o efeito da intervenção formativa no nível de conhecimento dos cuidadores.

Metodologia: estudo de análise quantitativa, do tipo longitudinal em painel antes e depois de curta duração. Recorre-se a um questionário de caracterização sociodemográfica e de conhecimentos sobre primeiros socorros a aplicar online antes e após a intervenção formativa

Crítérios de inclusão: educadores de infância, auxiliares educativos e pais/mães de crianças que frequentam as escolas de ensino pré-escolar da Santa Casa da Misericórdia de Viseu, que aceitem participar no estudo e que tenham preenchido o questionário antes e após a intervenção formativa.

O preenchimento do questionário será realizado online, sem a presença dos investigadores. Os dados são recolhidos na escola da Misericórdia que é a detentora da plataforma digital. É apresentado o pedido de autorização ao Senhor Provedor da Misericórdia de Viseu.

A voluntariedade e autonomia dos participantes são garantidas informaticamente, através da colocação de opção na página inicial do questionário.

O anonimato dos dados recolhidos é garantido, na medida em que se garante a não identificação dos respondentes. É ainda indicado que os dados obtidos após a conclusão do estudo serão destruídos.

É referido o procedimento relativo ao tratamento da informação (retenção e/ou destruição de dados), procedimento esse que poderá ser considerado em acordo com a legislação do país e da União Europeia.

É indicada a pressuposta “fundamentação ética do estudo – ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação riscos/benefícios”, indicando os proponentes que o estudo visa “a maximização da literacia em saúde dos cuidadores (formais e informais) de crianças do ensino pré-escolar, no



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

âmbito da prestação de primeiros socorros, melhorando a qualidade de cuidados perante situações de doença súbita ou acidente.”

RECOMENDAÇÕES

Face ao supra exposto,

Recomenda-se que seja dado PARECER ÉTICO FAVORÁVEL à proposta analisada.

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não Sim Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não Sim Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não Sim Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não Sim Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não Sim Não aplicável
- 1.6. São pacientes?
Não Sim Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não Sim Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não Sim Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não Sim Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não Sim Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 2
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não Sim Não aplicável
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não Sim Não aplicável
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não Sim Não aplicável
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não Sim Não aplicável
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não Sim Não aplicável

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS

- 3.1. Esta investigação envolve animais?
Não Sim Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?
Não Sim Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?
Não Sim Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?
Não Sim Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?
Não Sim Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?
Não Sim Não aplicável

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 4
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?
Não Sim Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?
Não Sim Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?
Não Sim Não aplicável

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS


- 4.4.1.O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.2.Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

- 5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Apêndice VI – Workshop “Primeiros Socorros a Crianças”

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS



Prof. Graça Aparício
Docente da Escola Superior de Saúde de Viseu

Enf.ª Rosa Gonçalo
7º Curso de Medicina e 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (PV - ESBV)


1

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

Objetivo Geral:

No final deste workshop, pretende-se que pais e cuidadores de bebés e crianças sejam capazes de:

1. Prevenir/identificar situações de risco;
2. Saber acionar 112;
3. Socorrer adequadamente;
4. Organizar caixa de primeiros socorros.



Enf.ª ROSA GONÇALO 7º Curso de Medicina e 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

Particularidades da Criança:



Enf.ª ROSA GONÇALO 7º Curso de Medicina e 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

3

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

Princípios Gerais do Socorrismo:



Enf.ª ROSA GONÇALO 7º Curso de Medicina e 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

4

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

1. PREVENIR




Enf.ª ROSA GONÇALO 7º Curso de Medicina e 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

5

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

2. ALERTAR: fase em que se contacta os meios de socorro



A comunicação deve constar de:

- QUEM LIGA? (nome, contacto telef)
- O QUÊ? (queda, acidente, doença)
- COMO? (escadas, bicicleta)
- QUANDO? (hora exata)
- VÍTIMA? (idade, sexo, peso)
- SINAIS/ SINTOMAS?
- ASPETOS PERTINENTES? (antecedentes)

NÃO:

- Desligar quando o atendimento é demorado
- Dar respostas subjetivas ou desadequadas
- Ligar 112 para esclarecer dúvidas

Esclarecimento de dúvidas:

SNS 24 CENTRO DE CONTACTO
808 24 24 24

Enf.ª ROSA GONÇALO 7º Curso de Medicina e 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

6

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

3. SOCORRER



Socorro: é um conceito que se usa para mencionar: "o auxílio, ajuda ou a proteção que se presta a alguém, numa situação de trauma ou doença súbita."

Primeiros Socorros: procedimentos que podem ser executados por qualquer pessoa, com o objetivo de:

- Preservar a vida
- Evitar o agravamento do estado
- Promover o restabelecimento

Pressupostos:

- Avaliar situação (ex: mais que 1 vítima)
- Condições de segurança (socorrista - criança)
- Estabelecer prioridades

Publicação de Vídeo | Em: 16/03/2016 | Curso de Formação de Educadores em Emergências de Saúde Infantil e Infância

7

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)



Posição usada em primeiros socorros com o objetivo de:

- Manter via aérea desobstruída (prevenir asfixia por queda da língua)
- Evitar aspiração do vômito
- Manter estabilidade do corpo
- Vigiar facilmente a criança



NOTA: os bebés, devido ao elevado peso da cabeça e à instabilidade do corpo pequeno, devem ser lateralizados com a ajuda de uma almofada ou um lençol dobrado, colocado por trás das costas



Publicação de Vídeo | Em: 16/03/2016 | Curso de Formação de Educadores em Emergências de Saúde Infantil e Infância

8

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS



ATUAÇÃO???

Publicação de Vídeo | Em: 16/03/2016 | Curso de Formação de Educadores em Emergências de Saúde Infantil e Infância


9

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

AFOGAMENTO

O que deve fazer:

- Prevenção (3 cm de água);
- Retirar a criança de dentro de água;
- Manter cabeça acima do nível do tronco;
- Remover roupa, manter criança aquecida (cérebro da criança ainda imaturo, logo, difícil regular temperatura corporal);
- Avaliar dificuldade respiratória e estimular tosse.



Publicação de Vídeo | Em: 16/03/2016 | Curso de Formação de Educadores em Emergências de Saúde Infantil e Infância

10

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

ASFIXIA / ENGASGAMENTO

"Dificuldade respiratória que leva à falta de oxigénio no organismo."

As causas podem ser variadas, sendo a mais vulgar a obstrução das vias respiratórias por corpos estranhos. Outras causas possíveis de asfixia são: ingestão de bebidas a ferver ou cáusticas, pesos em cima da caixa torácica, intoxicações, etc.



Publicação de Vídeo | Em: 16/03/2016 | Curso de Formação de Educadores em Emergências de Saúde Infantil e Infância

11

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

ENGASGAMENTO (BEBÉ)

MANOBRAS DE HEIMLICH

VOCE DEVE CONHECER!



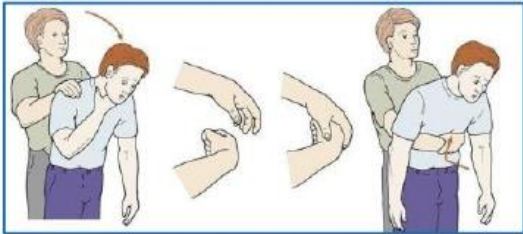
1. VIRA A CRIANÇA DE COSTAS PARA VOCÊ, INCLINE A CAMEÇA PARA UM POUCO PARA BAIXO E SEMPRE APOIANDO NA SUA COXA.
2. BATA ENTRE AS ESCÁPULAS UTILIZANDO A PARTE SUPERIOR DA SUA MÃO. REALIZE ESTE ATO POR ATÉ 5 VEZES PARA DESOBRUIR AS VIAS AÉREAS.
3. CASO A CRIANÇA PERMANEÇA ENGANÇADA, VIRE A CRIANÇA EM FRENTE PARA VOCÊ E REALIZE ASES COMPROVADAS MANOBRAS COM DOIS DEDOS (PE E MÍDIA) NA BOCA.

Publicação de Vídeo | Em: 16/03/2016 | Curso de Formação de Educadores em Emergências de Saúde Infantil e Infância

12

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

ENGASGAMENTO (CRIANÇA/ADOLESCENTE)



"MANOBRA de HEIMLICH"

13

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

CORPOS ESTRANHOS NOS OLHOS

✓ O que deve fazer:

- Lavar o olho, com água corrente, do canto interno para o externo;
- Tapar com compressa e levar a criança ao hospital (SOS).

⚠ Não:

- Esfregar o olho;
- Aplicar pomadas/gotas;
- Tentar remover corpo estranho com um lenço, papel ou qualquer outro objeto.



14

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

DESMAIO

"Perda de consciência cujas causas podem ser diversas: excesso de calor, cansaço, jejum."

✓ O que deve fazer:

CONSCIENTE:

- sentar a criança;
- colocar a cabeça entre as pernas;
- oferecer líquido fresco açucarado;
- remover para local fresco e arejado.



15

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

DESMAIO

✓ O que deve fazer:

INCONSCIENTE:

- deitar a criança com a cabeça de lado e as pernas elevadas;
- desapertar as roupas, mantendo-a confortavelmente aquecida (manta), num local arejado;
- colocar açúcar debaixo da língua ou bochecha.

⚠ Não:

- Dar líquidos à criança inconsciente;
- Levantar bruscamente a criança.



16

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

ELETROCUSSÃO

✓ O que deve fazer:

- Cortar imediatamente a corrente elétrica;
- Prevenir queda da criança (se possível);
- Aplicar primeiro socorro conveniente:
 - Suporte Básico de Vida (SOS);
 - Colocar pano limpo/seco sobre as queimaduras;
- Ativar 112: risco de arritmias cardíacas!



⚠ Não:

- Tocar na criança se estiver em contacto com a corrente elétrica;
- Tentar afastar o fio de alta tensão com um objeto.

17

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

ENTORSE

"Lesão nos tecidos moles (cápsula e/ou ligamentos) de uma articulação."

✓ O que deve fazer:

- Aplicar gelo ou água fria sobre a articulação;
- Elevar o membro lesionado;
- Proceder à sua imobilização (ligadura);
- Administrar analgésia (paracetamol ou ibuprofeno: em função do peso).



18

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

ENVENENAMENTO/ INTOXICAÇÃO

"Efeito nocivo produzido por uma substância que seja introduzida pela via digestiva, respiratória ou pele."

O que deve fazer:

- Recolher informações e ligar CIAV:

- O quê?
- Quando?
- Quanto?
- Onde?
- Quem?
- Como?
- Peso?

Como proceder em caso de Intoxicação?
Ligue 808 250 143

Mantenha a calma. Não se precipite, mas não perca tempo.
Contate a CIAV Centro de Informação Antivenenos.

19

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

ENVENENAMENTO/ INTOXICAÇÃO

⚠ Não:

- Dar de beber à criança;
- Provocar o vômito (líxivia, ácidos, detergentes, ...);
- Aplicar produtos nos olhos (exceto água);
- Lavar zonas com tóxicos em pó (ex.: soda cáustica);
- Retirar a criança de local com ambiente tóxico sem máscara de proteção antigás (segurança do socorrista).



20

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

FEBRE

- Não é uma doença;
- É um sinal/reacção do organismo na combate às infeções;
- Valor varia consoante local de medição:
 - Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (mais rigoroso e rápido)
 - Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ (esperar 5 min ou 2º toque do termómetro)
 - Timpânico $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (recomendado a partir dos 3 anos)
 - Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ (só deve ser usado a partir dos 5 anos; boca deve estar fechada durante 3 min)



21

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

CONVULSÕES

"Resposta exagerada do cérebro da criança (ainda em desenvolvimento) a um evento de stress":

- Febre (subida ou descida rápida da temperatura)
- Hipoglicémia (açúcar baixo)
- Intoxicação (veneno, medicamento)
- Traumatismos cranianos (risco de hemorragia cerebral)



22

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

CONVULSÕES FEBRIS

Podem manifestar-se por:

- Olhar fixo ou revirar de olhos (sem resposta a estímulos);
- Perda dos sentidos;
- Tremores generalizados do corpo ou apenas uma parte;
- Espumar pela boca;
- Mordedura da língua;
- Lábios roxos;
- Perda involuntária de urina e/ou fezes.



23

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

CONVULSÕES FEBRIS

✓ O que deve fazer:

- Garantir a segurança da criança;
- Retirar objetos visíveis da boca;
- Tentar manter cabeça lateralizada e apoiada em algo mole;
- Avaliar temperatura e administrar supositório (se febre);
- Criança com antecedentes de convulsões, administrar medicamento (bisnaga diazepam retal);
- Vigiar características e duração da convulsão;
- Quando os espasmos cessarem, colocar a criança em PLS e vigiar se respira até recuperar estado de consciência.



24

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

CONVULSÕES FEBRIS

⚠ Não:

- Tentar conter os tremores, prendendo a criança;
- Colocar objetos ou dedos na boca;
- Dar água ou medicamentos pela boca;
- Deixar a criança sozinha para ir chamar ajuda;
- Tentar acordar a criança à força;
- Levar a criança ao colo no carro, para o hospital.



25

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

FERIDAS/ HEMORRAGIAS

✅ O que deve fazer:

- Lavar com soro fisiológico ou água corrente e sabão;
- Secar com compressa/pano limpo e seco, sem esfregar;
- Desinfetar com antisséptico (se ferida suja);
- Se ferida superficial: deixar ao ar livre e vigiar;
- Se ferida profunda: proteger com compressa seca, fazer pressão externa, aplicar gelo por cima da compressa e encaminhar a um serviço de saúde;



26

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

FERIDAS

⚠ Não:

- Soprar, tossir ou espirrar para cima da ferida;
- Fazer pressão em zonas onde haja suspeita de fraturas ou de corpos estranhos encravados;
- Limpar a ferida com algodão;
- Usar desinfetantes inadequados (álcool, eosina, tintura,...).



27

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

HEMORRAGIAS



28

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

HEMORRAGIA NASAL

✅ O que deve fazer:

- Comprimir com o dedo ambas as narinas, durante 10 min.;
- Aplicar gelo externamente (ex: pacote de ervilhas congeladas);
- Manter cabeça em posição neutra;
- Se persistir, ligar 112.

⚠ Não:

- Inclinare a cabeça para trás;
- Introduzir algodão, papel nas narinas.



29

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

GOLPE DE CALOR/ INSOLAÇÃO

“Situação resultante da exposição prolongada ao calor (local fechado/quente) ou da exposição prolongada ao sol.”



30

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

TRAUMATISMO DENTÁRIOS

O que deve fazer:

- Acalmar a criança;
- Lavar com água fria;
- Avaliar tipo de lesão (dente, boca, lábios, língua);
- Oferecer cubo de gelo ou gelado (ex.: Calipo)



Dente de leite	Controlar hemorragia, dor e vigiar
Dente definitivo	Controlar hemorragia, dor e encaminhar ao dentista (DENTRO DE 2H)

Publicação de Visão Saúde em 14/02/2019. GONCALVES (1º Curso de Mestrado) e (1º Curso de Pós-Graduação em Emergências de Saúde Infantil e Pediatria)

37

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

SIGA UMA DAS ALTERNATIVAS:



a Coloque o dente de volta no lugar.

b Coloque o dente num copo com leite ou soro fisiológico.

c Quando não for possível usar leite ou soro, coloque o dente na boca, entre a bochecha e a gengiva.



5 Procure imediatamente tratamento dentário especializado, num período máximo de 2 horas.

Publicação de Visão Saúde em 14/02/2019. GONCALVES (1º Curso de Mestrado) e (1º Curso de Pós-Graduação em Emergências de Saúde Infantil e Pediatria)

38

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

MALA DE PRIMEIROS SOCORROS

- Adesivo;
- Compressas;
- Ligaduras;
- Soro fisiológico;
- Desinfetante feridas;
- Termómetro;
- Pacote de açúcar;
- Pomada para queimaduras;
- Paracetamol / Ibuprofeno;
- Gelo instantâneo;
- Tesoura/pinça
- Gel desinfetante das mãos;
- Luvas/máscara.




Publicação de Visão Saúde em 14/02/2019. GONCALVES (1º Curso de Mestrado) e (1º Curso de Pós-Graduação em Emergências de Saúde Infantil e Pediatria)

39

PRIMEIROS SOCORROS a CRIANÇAS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- As crianças, pelo sua curiosidade natural, energia e incapacidade em avaliar riscos, são muito suscetíveis a acidentes.
- A prevenção é o mais importante, e não consiste apenas em evitar o acidente, mas também, na aquisição de conhecimentos que permitam atuar perante as situações de trauma ou doença súbita.
- É fundamental saber agir em situações de urgência/emergência:
 - Quais os acidentes que se podem prevenir?
 - O que é correto e o que é errado fazer?
 - Quando procurar ajuda especializada?
 - Como prestar socorro adequado?
- Não esquecer: **CRIANÇAS NÃO SÃO ADULTOS EM PONTO PEQUENO!**

Publicação de Visão Saúde em 14/02/2019. GONCALVES (1º Curso de Mestrado) e (1º Curso de Pós-Graduação em Emergências de Saúde Infantil e Pediatria)

40

BIBLIOGRAFIA <https://www.janela-aberta-familia.org/>







Publicação de Visão Saúde em 14/02/2019. GONCALVES (1º Curso de Mestrado) e (1º Curso de Pós-Graduação em Emergências de Saúde Infantil e Pediatria)

41

ANEXOS

Anexo I - Guia da Emergência Pediátrica

GUIA DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Sinais Vitais

IDADE	PARÂMETROS VITAIS					Intubação Endotraqueal		
	PESO (Kg)	SC (m ²)	FR	FC	PA média	TET	Lâmina Laringoscópio	Distância (comissura labial)
RN termo	3,5	0,21	40	100-180	40-60	3-3,5	Recta 0-1	8,5-9
3 meses	6,0	0,30	35	90-180	45-75	3,5	Recta 1	10
6 meses	7,5	0,38	30	90-180	50-90	3,5-4	Recta 1	11
1 ano	10	0,47	24	90-170	50-100	4-4,5	Recta 1	11
2 anos	12	0,55	22	80-140	50-100	4,5-5	Recta 2/Curva 1	12
3 anos	14	0,61	20	80-140	50-100	5	Curva 1/2	13
5 anos	18	0,68	16-20	70-120	60-90	5,5	Curva 1/2	14
7 anos	22	0,86	16-20	70-120	60-90	6	Curva 2	16
10 anos	33	1,00	16-20	60-110	60-90	6,5	Curva 2	17
12 anos	40	1,28	14-18	60-100	65-95	7	Curva 2/3	18
15 anos	50	1,70	14-16	60-100	65-95	7,5	Curva 3	19
Adulto	>50	>1,80	14-16	60-100	65-105	8-9	Curva 4/5	20-21

Fórmulas

Peso	<ul style="list-style-type: none"> > 10A (3X IDADE) 1A - 10A (2 x IDADE) + 8 < 1A $\frac{\text{IDADE Meses} + 9}{2}$
Tamanho TET	<ul style="list-style-type: none"> $\frac{\text{IDADE} + 4}{4}$ ou $\frac{\text{IDADE} + 3,5}{4}$ c/ Cuff Ø 5º Dedo
Distância CL	<ul style="list-style-type: none"> $\frac{\text{IDADE} + 12}{2}$ oral $\frac{\text{IDADE} + 14}{2}$ nasal
ML	<ul style="list-style-type: none"> Máscara Laringea pode ser usada ≥ 36 S 2 - 5 kg Nº1 5 - 12kg Nº1,5 10 - 25kg Nº2 25 - 35kg Nº2,5 30 - 60kg Nº3 50 - 90kg Nº4 > 90kg Nº5

Sonda de aspiração = 2 x diâmetro TET (F)

TET com cuff > 8 anos.

(TET sem cuff >1 ano se a pressão de insuflação do cuff não for excessiva)
(monitorizada com equipamento específico)

Anexo II – Diabetes na Escola



O que é a Diabetes tipo 1?

Alice Mirante
Ana Sofia Simões

Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Diabetes e Crescimento
Hospital Pediátrico de Coimbra

A Diabetes *na* **escola**

23 de março de 2021





1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar

Certificado

Certifica-se que _____ participou no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema "Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar", realizado online nos dias 20 e 21 de Maio de 2021, com a duração de 13h.

Isabel Malheiro

Isabel Malheiro

Presidente do Congresso

Anexo IV – 1º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare

Programa Científico

MANHÃ

9h-12h45

Conferência (9h-9h30)

João Santos | ESEL

Parcerias para o desenvolvimento e inovação em enfermagem

Mesa 1 - O Projeto NIDCare (9h30-10h30)

Moderadora - Nisa Souto | CIDNUR

Apresentação do Centro de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (CIDNUR)

Andreia Silva da Costa | CIDNUR, ESEL

Da prática clínica à investigação científica

Adriana Henriques | CIDNUR, ESEL

Cuidados para o Desenvolvimento Integrativo Neonatal - Projeto de Investigação NIDCare

Maria Alice Curado | CIDNUR, ESEL



Pausa

10h30-10h45

Mesa 2 - Contextos e realidades em cuidados paliativos neonatais (10h45-12h45)

Moderadora - Graça Roldão | HSM

Políticas de saúde para os cuidados paliativos em Neonatologia

Joana Mendes | UCIN - HSFx

Cuidados paliativos em Neonatologia - Que necessidades?

Rita Figueira | UCIN - HSM

Barreiras à intervenção médica em cuidados paliativos

Raquel Gouveia | UCIN - HSM

Transição da Neonatologia e Pediatria

Emília Fradique | CP - HSM



Pausa

12h45-14h

TARDE

14h-16h30

Mesa 3 - Ética em Neonatologia (14h-15h)

Moderadora - Mara Freitas | ESEL

Da liberdade de investigar à vulnerabilidade dos sujeitos de investigação

Alexandra Tereso | CIDNUR, ESEL

A ética em cuidados paliativos neonatais

Graça Roldão | UCIN - HSM

Mesa 4 - Investigar para desenvolver as práticas de cuidados (15h-16h30)

Moderadora - Maria Alice Curado | CIDNUR, ESEL

Do questionar das práticas à investigação em Neonatologia

Ana Lúcia Brantes | UCIN - HFF, CIDNUR, ESEL

Atitudes dos enfermeiros face aos cuidados paliativos em Neonatologia

Fátima Relvas Sousa | UCIN - HSM, CIDNUR

Adaptação e validação estatística da *Neonatal Palliative Care Attitude Scale* para a população portuguesa - Projeto de Investigação

Joana Barbosa | UCIN - HSM

Da investigação à disseminação do conhecimento - Aplicar e inovar

Helga Oliveira | CIDNUR

Encerramento do Seminário (16h30)

Anexo V – Monitorização dos Acidentes Escolares e Peri-Escolares

Anexo 4 MONITORIZAÇÃO DOS ACIDENTES ESCOLARES E PERI-ESCOLARES

ARS: _____ ACES/ULS: _____ EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR: _____ Ano letivo: ____ / ____

Agrupamento de Escolas/Escola (nome): _____

Data: Início do registo: ____ / ____ Fim do registo: ____ / ____

Alunos/as/Nível de Escolaridade					Acidente/Doença súbita							
Nome (iniciais)	Pré-escolar	Ensino Básico			Ensino Secundário	Local do acidente					Causas	Consequências
		1.º C	2.º C	3.º C		Edifício	Recinto	Zona de Alimentação	Meio Envolvente	Outro		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										