



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Literacia Parental em Primeiros Socorros e Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica

João Miguel Rodrigues Aguiar

março de 2026

Literacia Parental em Primeiros Socorros e Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica

João Miguel Rodrigues Aguiar

Estágio com Relatório Final

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Luís Miguel Condeço

março de 2026

Agradecimentos

À minha família, pela presença constante, solene e imperiosa nesta etapa marcante do meu percurso académico e profissional.

À minha esposa, o meu porto seguro, pelo amor, compreensão e apoio incondicional nos momentos mais desafiantes, obrigado por ser o meu equilíbrio e o maior exemplo de amor que conheço.

Aos meus filhos, que, com a sua energia genuína, abraços espontâneos e perguntas inocentes, lembravam-me, a cada dia, o real motivo de tudo isto. Vocês foram, e serão sempre, o meu maior motivo para lutar, crescer e jamais desistir. Que este exemplo vos inspire a também acreditarem nos vossos sonhos.

Aos meus colegas de trabalho, pela confiança demonstrada e pela compreensão nos momentos em que precisei de me ausentar ou de dividir o meu foco.

À Professora Coordenadora Doutora Isabel Bica e ao Professor Luís Condeço, do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (2.^a edição), pelo incansável trabalho, dedicação e estímulo proporcionados ao longo de todo o percurso.

À equipa multiprofissional que me acolheu, pelo interesse, pelo apoio e pelo contributo para o meu crescimento.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste projeto: o meu sincero agradecimento.

Muito obrigado a todos.

Resumo

Introdução: A resposta imediata dos cuidadores em situações de emergência pediátrica é determinante para o prognóstico da criança. Em Portugal, a escassez de estudos que avaliem sistematicamente a literacia parental em primeiros socorros e reanimação cardiopulmonar em contexto de urgência pediátrica justifica esta investigação.

Objetivo: Refletir criticamente sobre o percurso formativo em estágio, e avaliar o nível de conhecimento dos pais e cuidadores sobre primeiros socorros e reanimação cardiopulmonar pediátrica, identificando fatores associados e a perceção de confiança para atuar em situação de emergência.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo-analítico e quantitativo. A amostra, não probabilística por conveniência, incluiu 100 pais e cuidadores que recorreram ao serviço de urgência pediátrica de uma Unidade Local de Saúde. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário digital, anónimo e autoaplicado, que avaliou dados sociodemográficos, formação prévia, experiências anteriores e conhecimentos em situações de emergência pediátrica.

Resultados: Verificaram-se níveis elevados de resposta correta em procedimentos básicos de ativação de emergência, nomeadamente o número de emergência (99%) e a abordagem à inconsciência (98%). Identificaram-se lacunas significativas em procedimentos de maior complexidade técnica: apenas 50% responderam corretamente ao rácio de compressões/ventilações em pediatria e 34% à abordagem na ingestão de substâncias cáusticas. Relativamente à confiança para atuar, 46% dos participantes referiram sentir-se confiantes para realizar RCP no próprio filho, contrastando com os 95% que classificaram a formação nesta área como muito importante.

Conclusão: Os resultados evidenciam que o nível de conhecimento em procedimentos de suporte de vida e a confiança para atuar em situação de emergência pediátrica são insuficientes, reforçando a necessidade de intervenções educativas práticas e acessíveis, promovidas por enfermeiros especialistas.

Palavras-chave: primeiros socorros; reanimação cardiopulmonar; literacia para a saúde; pais; criança.

Abstract

Introduction: Immediate caregiver response in pediatric emergencies is crucial for the child's prognosis. In Portugal, the scarcity of studies systematically assessing parental literacy in first aid and cardiopulmonary resuscitation in pediatric emergency settings justifies this research.

Objective: To critically reflect on the clinical training pathway during internships, and to assess the level of knowledge of parents and caregivers regarding pediatric first aid and cardiopulmonary resuscitation, identifying associated factors and perceived confidence to act in emergency situations.

Methodology: Observational, descriptive-analytical, and quantitative study. The non-probabilistic convenience sample included 100 parents and caregivers who attended a pediatric emergency department of a Local Health Unit. Data were collected through an anonymous, self-administered digital questionnaire assessing sociodemographic data, previous training, prior experiences, and knowledge of pediatric emergency situations.

Results: High levels of correct responses were observed in basic emergency activation procedures, namely knowledge of the emergency number (99%) and the approach to unconsciousness (98%). Significant gaps were identified in more technically complex procedures: only 50% correctly answered the compression-to-ventilation ratio in pediatrics, and 34% correctly identified the appropriate management of caustic substance ingestion. Regarding confidence to act, 46% of participants reported feeling confident to perform CPR on their own child, contrasting with 95% who considered training in this area to be very important.

Conclusion: The findings highlight insufficient knowledge in life support procedures and limited confidence to act in pediatric emergency situations, reinforcing the need for practical and accessible educational interventions promoted by specialist nurses.

Keywords: first aid; cardiopulmonary resuscitation; health literacy; parents; child.

Sumário

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Introdução.....	17
Parte I – Percurso Formativo em Estágio.....	19
1. Estágio de Cuidados Intensivos Pediátricos	21
2. Estágio de Pediatria	29
3. Estágio de Neonatologia.....	37
Parte II – Estudo de Investigação.....	45
4. Enquadramento Teórico	47
5. Metodologia	51
5.1. Tipo de Estudo	53
5.2. População e Amostra	53
5.3. Instrumentos de Colheita de Dados	54
5.4. Procedimentos de Colheita de Dados	55
5.5. Tratamento e Análise dos Dados	56
5.6. Considerações Éticas.....	56
6. Resultados	59
7. Discussão dos Resultados.....	63
8. Conclusão	75
Considerações Finais	79
Referências bibliográficas.....	81
Apêndices	91
Apêndice I – Formação: Tempo de ecrãs em crianças hospitalizadas	93
Apêndice II – Formação: Refluxo Gastroesofágico Neonatal.....	94
Apêndice III – Parecer da Comissão de Ética.....	95
Apêndice IV- Formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico.....	96
Apêndice V- Questionário do Estudo.....	97

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Características da População	59
Tabela 2	Conhecimento dos pais/cuidadores sobre primeiros socorros e RCP	60
Tabela 3	Experiência, confiança e importância atribuída à formação	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CIPE	Classificação internacional para a prática de enfermagem
CIP	Cuidados intensivos pediátricos
EESIP	Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica
EHI	Encefalopatia hipóxico-isquêmica
MESIP	Mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica
NIDCAP	Newborn individualized developmental
NIRS	Near infrared spectroscopy
OE	Ordem dos enfermeiros
OMS	Organização mundial de saúde
RCP	Reanimação cardiorrespiratória
RGE	Refluxo gastroesofágico
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico
RN	Recém-nascido
SBVP	Suporte básico de vida pediátrico
SUP	Serviço de urgência pediátrica
ULS	Unidade local de saúde

Introdução

As situações de emergência em idade pediátrica representam um desafio significativo para os cuidadores, que frequentemente assumem o papel de primeiros intervenientes antes da chegada de equipas de emergência. A atuação imediata e adequada em primeiros socorros e reanimação cardiorrespiratória (RCP) pode ser determinante para o prognóstico da criança, influenciando de forma decisiva a morbilidade e mortalidade associadas. No entanto, a literatura internacional tem evidenciado défices relevantes de conhecimento e confiança por parte dos pais e cuidadores relativamente à atuação em situações de emergência pediátrica. Este conhecimento é particularmente importante, uma vez que a resposta imediata dos cuidadores pode influenciar de forma significativa o prognóstico da criança, sobretudo em situações de paragem cardiorrespiratória, obstrução da via aérea ou traumatismos. Destaca-se o estudo de Míguez-Navarro et al. (2018), realizado em Espanha, que revelou lacunas substanciais na literacia parental relativa à RCP pediátrica reforçando a importância da formação e capacitação dos pais/cuidadores para uma atuação adequada em contexto de emergência.

Para efeitos deste trabalho, entende-se por primeiros socorros o conjunto de intervenções imediatas prestadas a uma vítima até à chegada de assistência especializada (AHA, 2020) e por reanimação cardiorrespiratória pediátrica, o conjunto de manobras padronizadas destinadas a restabelecer a ventilação e circulação numa criança em paragem cardiorrespiratória (ERC, 2021). A literacia em saúde, neste contexto, refere-se à capacidade dos cuidadores de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relacionada com a saúde, permitindo tomar decisões informadas e agir adequadamente perante situações de emergência pediátrica (Megan et al., 2017).

A questão geral de investigação que orienta este estudo é:

Qual é a literacia parental em Primeiros Socorros e Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica dos pais ou cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica da ULS do interior do país?

A questão de investigação está relacionada com o objetivo geral, avaliar o nível de conhecimento dos pais e cuidadores sobre primeiros socorros e RCP pediátrica, identificando fatores associados e perceções relativas à importância da formação.

No plano metodológico, o estudo assume um desenho observacional, descritivo-analítico e quantitativo, utilizando um questionário digital, anónimo e

autoaplicado, inspirado no instrumento utilizado por Míguez-Navarro et al. (2018) e adaptado ao contexto português. A amostra será não probabilística por conveniência, com um mínimo de 100 participantes.

O presente relatório insere-se no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), constituindo um elemento integrador do percurso formativo desenvolvido ao longo da sua componente prática. O relatório está organizado em duas partes distintas. A primeira parte corresponde ao percurso formativo em estágio, com a respetiva descrição e reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas no estágio de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Pediatria e Unidade de Neonatologia, contextos que permitiram consolidar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), conforme preconizado pelo Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. A segunda parte diz respeito ao estudo de investigação, um estudo primário, quantitativo, realizado numa unidade hospitalar, baseado na literacia parental em primeiros socorros e RCP pediátrica.

Parte I – Percurso Formativo em Estágio

Estágio de Cuidados Intensivos Pediátricos

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (CIP) de uma ULS do Centro. Esta unidade dispõe de 12 camas, distribuídas por duas salas abertas e quatro quartos individuais, funcionando ininterruptamente 24 horas por dia, todos os dias do ano. O secretariado clínico assegura apoio administrativo nos dias úteis, entre as 09h e as 13h e as 14h e as 16h.

A CIP constitui um serviço altamente diferenciado, destinado à prestação de cuidados de saúde complexos, contínuos e tecnicamente exigentes a crianças e jovens em situação crítica, independentemente da etiologia.

A missão do serviço assenta na prestação de cuidados especializados de elevada qualidade, sustentados em princípios de segurança, humanização e evidência científica atualizada, garantindo o respeito pelo superior interesse da criança e pela centralidade da família no processo de cuidar. A sua visão, aponta para a consolidação enquanto unidade de referência nacional, reconhecida pela excelência clínica, inovação terapêutica e contributo para a formação de profissionais de saúde.

A equipa multidisciplinar integra EESIP com elevada diferenciação técnica, médicos intensivistas pediátricos, técnicos auxiliares de saúde e técnicos administrativos. O trabalho em equipa assume uma importância vital, dada a necessidade de respostas rápidas, decisões clínicas complexas e monitorização contínua. Na prática diária, a equipa de enfermagem desempenha um papel central, assegurando vigilância apertada 24 horas por dia, capacidade de observação refinada e interpretação rigorosa dos parâmetros clínicos.

O serviço dispõe de recursos materiais avançados que permitem a prestação de cuidados intensivos especializados, incluindo monitores de funções vitais, ventiladores invasivos e não invasivos, bombas de perfusão múltiplas, ecografia à cabeceira, dispositivos de hipotermia terapêutica, cateteres venosos centrais, linhas arteriais e sistemas de monitorização neurológica contínua (NIRS). A existência deste suporte tecnológico não substitui, contudo, a necessidade de uma observação clínica criteriosa, da atenção ao conforto e da relação terapêutica centrada na criança e na família.

As principais patologias acompanhadas durante o estágio incluíram encefalopatia hipóxico-isquémica, sépsis e choque séptico, traumatismos, patologia respiratória grave, pós-operatórios complexos e estados convulsivos.

A maioria dos internamentos são prolongados, refletindo a gravidade das situações clínicas e a elevada necessidade de cuidados especializados.

A CIP destaca-se ainda pelas suas áreas de referência: suporte ventilatório avançado, vigilância hemodinâmica invasiva, gestão da dor e sedação, monitorização neurológica, prevenção de infeções e cuidados centrados na família. Estas valências tornam a unidade um ambiente de grande complexidade, exigindo elevada competência técnica e humana.

A opção pela realização do estágio na CIP, representou uma decisão consciente de sair da zona de conforto, procurando consolidar competências específicas do EESIP.

Defini, como objetivos principais, aprofundar conhecimentos em vigilância hemodinâmica, monitorização neurológica, ventilação invasiva e não invasiva. Desenvolver competências técnicas associadas à administração de terapêutica de emergência e à manipulação asséptica de acessos invasivos. Nomeadamente, linhas arteriais e cateteres venosos centrais. Reforçar competências na área dos cuidados centrados na família, com estratégias de coping, especialmente na comunicação terapêutica e no apoio emocional em situações críticas. Integrar a prática baseada na evidência na tomada de decisão diária. Participar nas atividades diárias do serviço, assegurando cuidados de conforto, higiene, monitorização contínua, controlo da dor e promoção da segurança. Colaborar na estabilização de situações críticas, reconhecendo sinais precoces de deterioração clínica.

Espera-se do EESIP nos cuidados intensivos que domine competências técnicas, aliadas à eficiência, rapidez e eficiência, articulando com as competências emocionais com controlo das emoções.

Contudo, apesar da motivação e do empenho inicial para alcançar todos os objetivos delineados, reconheço que algumas metas não foram atingidas na totalidade devido ao tempo limitado do estágio, especificidade do serviço e gravidade dos casos observados.

A predominância de internamentos prolongados e de situações clínicas altamente complexas possibilitou a diversidade de procedimentos observáveis, embora cada caso tenha proporcionado aprendizagem significativa e aprofundada.

A CIP constitui um ambiente desafiante, exigente e emocionalmente intenso. Desde o início do estágio, tornou-se evidente que a prática em cuidados intensivos pediátricos requer muito mais do que competência técnica: exige presença, escuta, empatia e capacidade de integrar a família num momento de elevada vulnerabilidade.

O desenvolvimento de competências específicas do EESIP, constituiu o eixo central deste estágio. Este processo envolveu o aprofundamento do julgamento clínico e a capacidade de intervenção em situações de instabilidade. A manipulação asséptica de linhas arteriais e cateteres venosos centrais foi um dos procedimentos que mais exigiram rigor e concentração, não só pela complexidade técnica, mas pelos riscos associados, nomeadamente o risco de infeção cruzada.

A monitorização hemodinâmica contínua, a interpretação de parâmetros vitais, a vigilância neurológica e a gestão da ventilação foram igualmente áreas de aprendizagem profunda, que consolidaram a minha autonomia e capacidade de julgamento clínico.

Em paralelo, a dimensão humana e comunicacional assumiu igual relevância. Os pais em situação de doença crítica vivenciam sentimentos de medo, ansiedade, impotência, mergulhando frequentemente, num profundo sofrimento emocional. A literatura científica mais recente corrobora que a presença empática do EESIP e a comunicação transparente são pilares fundamentais para mitigar este impacto promovendo a resiliência familiar e a confiança na equipa de cuidados (Reis, 2025).

No contato diário com as famílias, pude aplicar competências de comunicação clara e empática, procurando explicar procedimentos, escutar receios e fortalecer a parceria de cuidados, conforme preconizado pelo Regulamento das Competências do EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Simultaneamente, verificou-se a imperatividade de integrar evidência científica atualizada na prática diária. O rigor técnico da CIP exige fundamentação sólida, desde o controlo de infeção até ao ajuste de terapêutica, passando pela utilização de intervenções não farmacológicas e pela abordagem a casos específicos, como a hipotermia terapêutica.

Apesar das limitações temporais e da complexidade dos casos, este estágio proporcionou um crescimento profissional e pessoal profundo. Consegui desenvolver competências essenciais do EESIP, reforçar a confiança nas minhas capacidades e ampliar a compreensão da criança e família em contexto crítico.

No contexto dos cuidados intensivos pediátricos, a dor e o desconforto constituem desafios permanentes. A equipa de enfermagem recorre a estratégias não farmacológicas que, em complementaridade com as intervenções farmacológicas, se revelam fundamentais na promoção da estabilidade clínica, do conforto e da humanização do cuidado.

Entre as estratégias mais utilizadas, destacaram-se, mudança de decúbito, como medida de prevenção de úlceras de pressão e promoção do conforto; sucção não nutritiva e administração de soluções açucaradas, eficazes na redução da resposta dolorosa em procedimentos invasivos de curta duração (Carbajal et al., 2008) ninhos que favorecem a contenção, o alinhamento postural e a autorregulação, sobretudo em recém-nascidos e lactentes. Método canguru, menos frequente na prática, mas reconhecido pela evidência como promotor do vínculo afetivo, da estabilidade térmica e da redução do stress (Gadelha et al., 2026).

Para além das intervenções farmacológicas, a prática clínica integrou estratégias de neuroproteção e promoção de conforto, onde o toque terapêutico e a massagem, embora com menor expressão, se revelaram fundamentais no relaxamento e controlo do desconforto. Paralelamente, implementaram-se medidas de controlo ambiental, como a manipulação mínima e a redução da luminosidade, cruciais para a regulação do sono e mitigação de estímulos nocivos. Esta abordagem de cuidados foi reforçada pela promoção do contacto e participação parental, consolidando o modelo de humanização e parceria de cuidados, essencial no contexto de unidade de cuidados intensivos pediátricos.

A prática clínica incorpora um conjunto diversificado de intervenções não farmacológicas, aplicadas de forma individualizada e centrada na criança e na sua família. Esta abordagem está em consonância com as recomendações nacionais e internacionais, refletindo os princípios de qualidade, segurança e humanização dos cuidados intensivos pediátricos.

Enquanto futuro EESIP, considero que a utilização destas estratégias reforça a importância do julgamento clínico especializado, permitindo selecionar intervenções seguras e eficazes, adaptadas à idade, condição clínica e contexto familiar. A integração do conhecimento científico com a prática revelou-se essencial para fundamentar decisões e para sustentar uma atuação que privilegia a humanização e o cuidado centrado na família.

A aplicação de intervenções não farmacológicas, promove o desenvolvimento de competências específicas do EESIP, nomeadamente na gestão da dor e do conforto, na comunicação terapêutica, na promoção do vínculo familiar e na tomada de decisão baseada na evidência. O recurso a estas medidas traduz-se em ganhos em saúde, contribuindo para a estabilidade fisiológica, para a redução da ansiedade e para a melhoria global da experiência de internamento em cuidados intensivos.

No estágio em cuidados intensivos pediátricos, acompanhei um recém-nascido admitido por coma e convulsões. Manifestações típicas da encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). O quadro clínico teve como causa uma PCR da mãe no momento da Anestesia Regional Epidural, evento que condicionou hipóxia fetal prolongada, nascendo em morte aparente exigindo intervenção imediata. Esta foi uma das experiências mais significativas do meu estágio na CIP. Vivenciar, em contexto real, uma intervenção tão diferenciada e tecnicamente exigente permitiu-me consolidar conhecimentos teóricos e compreender a profundidade e o rigor que este tipo de tratamento exige. Fez-me perceber a importância da intervenção de enfermagem especializada, particularmente no que diz respeito à vigilância sistemática, à antecipação de complicações e à tomada de decisão rápida e fundamentada. A precisão necessária na monitorização da temperatura central, da estabilidade hemodinâmica, dos equilíbrios metabólicos e da função neurológica mostrou-me o elevado nível de competência e responsabilidade exigidos ao EESIP em cuidados intensivos neonatais.

Esta experiência contribuiu de forma decisiva para o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me reconhecer a complexidade do cuidado ao recém-nascido criticamente doente e fortalecendo a minha motivação para continuar a aprofundar competências nesta área. A presença ativa neste processo deu-me uma visão mais clara da articulação entre evidência científica, tecnologia, humanização e trabalho multidisciplinar, pilares que orientam a prática do EESIP.

A EHI resulta de episódios de hipoxia, isquemia e reperfusão, desencadeando fenómenos de inflamação, produção de radicais livres, edema cerebral e morte neuronal (Babbo et al., 2024). Pode originar não apenas compromisso neurológico, mas também lesões multiorgânicas, com repercussões a curto prazo (convulsões, alterações do tônus, coma) e a longo prazo (défices cognitivos, paralisia cerebral). A gravidade é classificada em três estádios, sendo o terceiro o mais severo (Carvalho, 2024).

Estádio I (Leve): caracteriza-se por um estado de hipertonia, irritabilidade e hiperreflexia. O tônus muscular é geralmente normal, não se verificando a presença de convulsões.

Estádio II (Moderado): manifesta-se através de letargia ou obnubilação, hipotonia muscular e reflexos diminuídos. Neste estágio, é comum o surgimento de convulsões clínicas, exigindo monitorização contínua.

Estádio III (Grave): Define-se pelo facto de esturpor ou coma, flacidez muscular generalizada e ausência de reflexos primários. As convulsões podem ser frequentes e de difícil controlo, acompanhadas por disfunção autonómica severa.

Esta avaliação permite ao EESIP antecipar necessidades e monitorizar a eficácia das intervenções, nomeadamente durante a implementação de protocolos de neuroprotecção.

A hipotermia terapêutica constitui, atualmente, o tratamento de eleição para recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquémica de grau moderado a grave, sendo reconhecida pela sua eficácia na redução da lesão cerebral secundária. A sua ação neuroprotetora decorre da diminuição do metabolismo cerebral, da redução do edema e da pressão intracraniana, bem como da inibição de processos de apoptose neuronal, sendo a temperatura-alvo habitualmente definida em 33,5 °C (Silveira et al., 2015).

Para que o recém-nascido seja incluído neste protocolo, é necessário cumprir um conjunto de critérios clínicos e laboratoriais: idade gestacional igual ou superior a 36 semanas, presença de acidose grave compatível com asfixia perinatal, ausência de malformações maiores e possibilidade de iniciar o tratamento nas primeiras seis horas de vida. São ainda excluídos recém-nascidos com restrição de crescimento intrauterino significativa ou com indicação para cirurgia urgente nos primeiros dias (Silveira et al., 2015).

O protocolo estabelece fases bem definidas. No período pré-transferência, é realizada hipotermia passiva, com manutenção da temperatura entre 33–34 °C, assegurando simultaneamente a estabilização hemodinâmica, ventilatória e metabólica. Antes do transporte, são colocados acessos periféricos e centrais, de modo a garantir administração segura de terapêutica e colheita de exames. Após a chegada ao centro especializado, inicia-se a hipotermia ativa, mantida durante 72 horas, com monitorização contínua da temperatura central, parâmetros vitais e vigilância neurológica, incluindo eletroencefalogramas seriados. Ao terceiro dia procede-se ao reaquecimento gradual, geralmente ao ritmo de 0,5 °C por hora, simultaneamente com a realização de uma ressonância magnética cerebral, fundamental para a avaliação da extensão da lesão (Silveira et al., 2015).

Relativamente à eficácia da técnica, a evidência demonstra que a hipotermia terapêutica constitui a única intervenção capaz de reduzir significativamente a mortalidade e a morbilidade a longo prazo, diminuindo o risco de sequelas neurocognitivas graves e paralisia cerebral em RN com EHI moderada a grave

(Fonseca et al., 2016). O sucesso clínico está, no entanto, fortemente condicionado à janela de oportunidade das primeiras 6 horas de vida. Intervenções iniciadas após este período ou em caso de insulto hipóxico de extrema gravidade, podem apresentar resultados menos favoráveis, sublinhando a importância de um diagnóstico e transferência precoces.

Durante o internamento, a equipa de enfermagem desempenhou um papel crucial na manutenção das medidas de suporte de vida, no controlo das convulsões, na monitorização contínua dos parâmetros vitais e no alívio da dor e desconforto.

Paralelamente, destacou-se a necessidade de apoio emocional e informação clara aos pais, que enfrentaram sentimentos de incerteza e ansiedade relativamente ao prognóstico. A aplicação dos Cuidados Centrados na Família revelou-se fundamental, promovendo o envolvimento parental nos cuidados, mesmo que limitado pelo tratamento.

Este caso evidenciou a importância do julgamento clínico especializado, na identificação precoce das manifestações neurológicas e na implementação de medidas de estabilização imediata. A vivência do acompanhamento de um recém-nascido em hipotermia induzida reforçou o desenvolvimento de competências específicas do EESIP, nomeadamente na gestão de situações críticas, na monitorização neurológica avançada e na comunicação terapêutica com a família.

Apesar da gravidade do caso e do prognóstico desfavorável, o processo representou uma oportunidade de aprendizagem significativa, permitindo reconhecer a relevância da integração entre conhecimento científico atualizado, intervenções de enfermagem especializadas e apoio à família em contexto de crise e vulnerabilidade extrema. Esta vivência reiterou que, mesmo perante um prognóstico reservado, a excelência do cuidado do EESIP reside na capacidade de dignificar a vida através de uma monitorização rigorosa e de um acompanhamento humano que prepare a família para tomada de decisões difíceis, cumprindo assim o papel de elemento pivot.

Estágio de Pediatria

O estágio realizou-se no Serviço de Internamento de Pediatria, em uma ULS do Centro, nas datas de 27 de novembro de 2025 a 05 de dezembro de 2025.

Este serviço proporciona cuidados especializados a crianças e adolescentes com patologias agudas e crônicas, adotando uma abordagem centrada na criança e na família e promovendo a continuidade de cuidados, a segurança assistencial, a humanização e a prática baseada na evidência científica.

Os objetivos deste estágio, foram desenvolver competências específicas do EESIP na prestação de cuidados à criança/jovem, e à família, em contexto de internamento pediátrico, assim como a realização da avaliação sistemática da criança/jovem hospitalizada. Implementar intervenções de enfermagem fundamentadas na evidência científica, desenvolver competências na gestão da dor e do conforto, promover cuidados centrados na família e comunicação terapêutica e participar no planeamento da alta, assim como na continuidade de cuidados e refletir criticamente sobre a prática clínica desenvolvida.

O internamento de pediatria da ULS, constitui um contexto privilegiado para o desenvolvimento das competências do EESIP pois, permite a transposição prática do regulamento nº 422/2018 da OE.

A intervenção deste serviço foca-se no domínio da prestação de cuidados especializados à criança e jovem, nomeadamente na avaliação global da criança, gestão da dor, promoção do desenvolvimento. Simultaneamente, o internamento potencia o domínio da capacitação dos cuidadores, onde a comunicação terapêutica e o planeamento da alta hospitalar se tornam vitais para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados no domicílio (OE, 2018). Este contexto, permite uma intervenção prolongada e reflexiva, promovendo a consolidação do julgamento clínico especializado e o fortalecimento da parceria de cuidados.

Durante o estágio, a integração na equipa multidisciplinar composta por EESIP, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e educadoras e professoras, assegurou a articulação dos cuidados e a implementação de estratégias terapêuticas conjuntas. As intervenções e decisões clínicas foram discutidas regularmente com a enfermeira responsável pela supervisão clínica, permitindo feedback contínuo e ajuste das práticas com base na evidência científica e nas necessidades individuais das crianças e suas famílias.

A prática do Enfermeiro EESIP baseia-se em modelos conceptuais centrados na criança e na família, destacando-se o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Este modelo reconhece a família como unidade central de cuidados, valorizando a sua participação ativa e o conhecimento que possui sobre a criança no processo terapêutico (Cerqueira, 2020).

A hospitalização em pediatria é reconhecida como um evento potencialmente stressante, capaz de desencadear ansiedade, medo e desconforto na criança e na família, exigindo competências específicas do enfermeiro, nomeadamente na gestão da dor, no conforto físico e emocional, na promoção da adaptação ao internamento e na comunicação terapêutica adaptada à idade da criança (Pedrosa, 2025).

A literatura atual, reforça que a integração da família nos cuidados e a comunicação terapêutica estruturada contribuem para melhores desfechos clínicos e psicossociais, incluindo redução da ansiedade parental, aumento da adesão terapêutica e diminuição da dor percebida pela criança (Aljawad et al., 2025). Durante o estágio, essas recomendações foram operacionalizadas, em passagens de turno, assegurando que cada decisão clínica estivesse alinhada com protocolos institucionais.

O estágio pautou-se por uma integração progressiva na equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria, onde foram aplicadas metodologias ativas. Tais como, observação participante, prestação direta de cuidados.

O processo de aprendizagem, incluiu ainda a discussão de casos clínicos, consulta de literatura científica atualizada e reflexão crítica sistemática supervisionada pela enfermeira responsável.

As decisões de cuidado foram discutidas e validadas com a supervisão clínica, promovendo aprendizagem orientada e aplicação de práticas baseadas na evidência científica. Para estruturar a reflexão crítica, adotou-se um modelo baseado em análise de experiências clínicas, identificação de pontos fortes e limitações e comparação com recomendações da literatura recente.

Foram realizadas intervenções centradas na avaliação clínica contínua, no controlo da dor, na administração segura de terapêutica, na vigilância de sinais de deterioração e na promoção do conforto. Destacou-se a utilização de escalas validadas de dor, adequadas à idade, e a implementação de estratégias não farmacológicas, incluindo mudança de decúbito, sucção não nutritiva e administração de soluções açucaradas durante procedimentos invasivos de curta duração (Carbajal et al., 2008).

A comunicação terapêutica e o envolvimento da família foram estruturantes. Foram promovidos momentos de esclarecimento, escuta ativa e capacitação parental, permitindo aos pais participar de forma ativa, nas decisões de cuidado e avaliação da dor (Aljawad et al.,2025).

A participação nas passagens de turno, no planeamento diário de cuidados e na articulação com a equipa multidisciplinar permitiu desenvolver competências na organização e priorização dos cuidados, assegurando a continuidade assistencial e a segurança da criança (Evaristo, 2025).

A experiência no internamento de pediatria foi determinante para o desenvolvimento do julgamento clínico especializado e para o fortalecimento da autonomia profissional. A reflexão crítica permitiu identificar ganhos de competência, bem como limitações relacionadas com a duração do estágio, diversidade de casos e complexidade das situações clínicas.

A prática reflexiva, mediada pela supervisão clínica, possibilitou integrar conhecimento científico, experiência clínica e tomada de decisão fundamentada, sobretudo na gestão da dor, prevenção de infeções e promoção da segurança.

A comunicação terapêutica com a família, articulada com a equipa multidisciplinar, emergiu como elemento central na humanização dos cuidados, alinhando a prática com os modelos conceptuais de referência (Torres, 2025).

Durante o estágio, foi possível identificar múltiplos aspetos que fortalecem, desafiam e apresentam oportunidades e riscos à prática do EESIP, considerando as patologias observadas, como diabetes inaugural com cetoacidose diabética, perturbações do comportamento alimentar, luxações congénitas da anca, cirurgias de ambulatório oftalmológicas, otorrino e urológicas e a prestação de cuidados de enfermagem integrados.

Entre as principais forças identificadas, destaca-se a experiência prática com patologias complexas e variadas, em casos de diabetes inaugural, incluindo cetoacidose diabética, que proporcionou aprendizagem sobre monitorização glicémica, administração de insulina e gestão de complicações, conforme protocolos baseados em evidência científica e descritos em protocolos institucionais.

A experiência com perturbações do comportamento alimentar reforçou competências em cuidados multidisciplinares, com integração de estratégias nutricionais, psicológicas e médicas, permitindo compreender a necessidade de abordagens individualizadas.

Outra força significativa, foi a integração em equipa multidisciplinar, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, educadoras e assistentes sociais, que favoreceu a articulação de cuidados e a implementação de intervenções baseadas em evidência científica. A supervisão clínica contínua e estruturada constituiu um elemento essencial, permitindo feedback constante e reflexão crítica sobre decisões de cuidado, alinhando-se com recomendações da literatura que enfatizam a importância da supervisão para o desenvolvimento do julgamento clínico especializado em pediatria (Aljawad et al., 2025).

A capacidade de implementação de cuidados centrados na criança e na família constitui outra força relevante. Durante o estágio, a comunicação terapêutica adaptada à idade da criança, combinada com a capacitação parental, contribuiu para a humanização dos cuidados, redução da ansiedade parental e melhoria da adesão terapêutica, em conformidade com os princípios do Family-Centered Care e do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (Mestre, 2025).

Apesar das forças, algumas limitações foram evidenciadas. O tempo limitado de exposição a cada patologia específica, restringiu o aprofundamento do conhecimento em certas condições complexas, como perturbações do comportamento alimentar, dificultando a consolidação total de competências clínicas em todos os contextos observados.

O estágio revelou diversas oportunidades para desenvolvimento profissional e melhoria da qualidade assistencial. Uma das principais foi o aperfeiçoamento das competências específicas do EESIP em gestão da dor, planeamento da alta e cuidados centrados na família, possibilitado pelo contato direto com situações clínicas complexas e pela supervisão reflexiva.

A prática desenvolvida alicerçou-se na obrigatoriedade da fundamentação científica, onde a consulta da literatura científica recente deixou de ser uma oportunidade para passar a ser a base de todas as decisões clínicas. Esta abordagem da prática baseada na evidência, garantiu que as intervenções de enfermagem respondessem de forma rigorosa às necessidades da criança e da família.

Há ainda oportunidades de inovação através da implementação de protocolos padronizados e ferramentas digitais de apoio à prática clínica. Aplicações para monitorização da glicemia, escalas de dor eletrónicas e registos sistemáticos de planeamento de alta. Estas ferramentas podem aumentar a segurança assistencial, melhorar a continuidade dos cuidados e fortalecer a autonomia profissional do enfermeiro.

Por fim, a participação em educação parental e capacitação da equipa multidisciplinar oferece oportunidade de reforçar a parceria de cuidados, promovendo adesão às terapêuticas e minimizando ansiedade e desconforto da criança e família (Almeida, 2025).

Apesar das oportunidades, várias ameaças externas e internas foram identificadas. A complexidade e diversidade das patologias pediátricas podem gerar sobrecarga cognitiva e emocional para o profissional, aumentando o risco de erro clínico.

Outro fator de ameaça, é a possibilidade de complicações clínicas inesperadas, particularmente em condições agudas, que exigem respostas rápidas e protocolos bem definidos. A literatura mostra que a variabilidade da prática clínica e a resistência ocasional a mudanças de protocolo podem afetar a segurança e a qualidade dos cuidados (Sousa et al., 2023).

O estágio em Internamento de Pediatria na ULS, contribuiu significativamente para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro EESIP. A articulação entre prática clínica, reflexão crítica, supervisão clínica e evidência científica, permitiu consolidar conhecimentos, reforçar a autonomia profissional e aprofundar a compreensão da criança e da família como unidade central de cuidados. A experiência adquirida evidencia a importância de intervenções baseadas na evidência e da integração familiar no cuidado hospitalar pediátrico.

Durante o estágio, para além da prestação direta de cuidados, foi desenvolvida uma ação formativa dirigida à equipa multidisciplinar, subordinada ao tema: “Tempo de ecrãs em crianças hospitalizadas” (Apendice I). Esta intervenção assumiu particular relevância no contexto hospitalar, atendendo ao aumento do tempo de exposição a dispositivos digitais durante o internamento e ao seu impacto no desenvolvimento infantil, comportamento, sono e saúde mental.

A concepção e dinamização desta formação constituíram uma força distintiva do estágio, evidenciando competências de liderança clínica, educação para a saúde e translação do conhecimento científico para a prática. A formação foi sustentada em evidência científica atual, nomeadamente nas recomendações da Canadian Paediatric Society 2018 e da American Academy of Pediatrics (AAP, 2025), que alertam para os riscos do uso excessivo de ecrãs em idades pediátricas, incluindo alterações do sono, dificuldades de atenção, impacto no desenvolvimento neurocognitivo e aumento de problemas emocionais e comportamentais.

A capacidade de adequar conteúdos científicos a uma linguagem acessível à equipa multidisciplinar, reforçou o papel do enfermeiro enquanto agente de mudança e promotor de práticas baseadas em evidência. A formação contribuiu ainda para a sensibilização da equipa para a importância da orientação parental, especialmente em contexto de internamento, onde os ecrãs são frequentemente utilizados como estratégia de contenção emocional ou distração, muitas vezes sem critérios definidos.

Esta intervenção evidencia competências avançadas do EESIP, nomeadamente na promoção da saúde, prevenção de comportamentos de risco e educação terapêutica, alinhando-se com o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018).

A formação “Conectados ao Mundo” abriu oportunidades relevantes para melhoria da prática clínica e desenvolvimento organizacional. Uma das principais oportunidades é a criação de orientações institucionais ou recomendações internas sobre o uso de ecrãs no internamento pediátrico, baseadas em evidência científica e adaptadas às diferentes faixas etárias. Intervenções educativas estruturadas dirigidas ao uso dos ecrãs podem contribuir para mudanças positivas nos comportamentos das famílias relativamente à exposição digital. Quando estas estratégias são implementadas desde fases precoces do desenvolvimento infantil e acompanhadas por profissionais de saúde, tendem a favorecer a adoção de práticas mais equilibradas e conscientes no que diz respeito ao tempo e à forma de utilização dos ecrãs no contexto familiar.

Existe igualmente potencial para alargar esta intervenção à educação parental, integrando o tema no processo de ensino à família durante o internamento e no planeamento da alta, permitindo ao EESIP atuar como facilitador na promoção de um ambiente digital familiar mais equilibrado, com vista à prevenção de eventuais impactos no desenvolvimento infantil associados à exposição excessiva a ecrãs.

Esta formação poderá ainda ser replicada e aprofundada, constituindo uma oportunidade para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade e de investigação em enfermagem pediátrica, em áreas ainda pouco exploradas no contexto hospitalar.

A normalização social do uso excessivo de ecrãs, pode ser considerada como ameaça, tanto por famílias como por profissionais, o que pode gerar resistência à mudança e minimizar a perceção de risco. A evidência científica demonstra que, apesar das recomendações claras, a adesão às orientações sobre tempo de ecrã continua baixa em vários contextos (AAP, 2025).

A inclusão da formação “Conectados ao Mundo”, reforça claramente o perfil do estágio como ativo, interventivo e transformador, ultrapassando a lógica de observação passiva. Esta dimensão evidencia o enfermeiro, enquanto produtor e disseminador de conhecimento, com capacidade de influenciar práticas da equipa multidisciplinar e promover cuidados mais seguros, conscientes e centrados no desenvolvimento infantil.

Ignorar esta componente no relatório seria uma falha conceptual, pois ela traduz competências nucleares do EESIP, na educação para a saúde, liderança clínica, promoção do desenvolvimento saudável e intervenção baseada em evidência científica.

Em síntese, o estágio em internamento pediátrico da ULS, apresentou um equilíbrio entre forças e oportunidades, permitindo um desenvolvimento sólido de competências clínicas e de gestão de cuidados, especialmente na avaliação sistemática, gestão da dor, comunicação terapêutica e colaboração familiar.

Ao mesmo tempo, foram identificadas fraquezas e ameaças relacionadas com tempo limitado de exposição, lacunas institucionais e complexidade clínica, que podem ser mitigadas através da aplicação de protocolos baseados em evidência, supervisão contínua e educação profissional estruturada.

Estágio de Neonatologia

O estágio realizado na Unidade de Neonatologia de uma ULS do interior do país, decorreu durante o dia 09 de dezembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026. Este estágio permitiu desenvolver competências avançadas em EESIP, consolidando o percurso académico e profissional no contexto do MESIP. Este período formativo revelou-se exigente e enriquecedor, sobretudo pela complexidade inerente aos cuidados neonatais, cuja fragilidade exige vigilância constante, intervenções altamente diferenciadas e atuação ética e técnica rigorosa por parte da equipa de enfermagem.

O estágio realizado teve como principal objetivo o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido e à sua família. Este percurso formativo permitiu a articulação entre teoria e prática, fundamentada em evidência científica atualizada, com especial enfoque na segurança, humanização e centralidade da família no cuidado.

A neonatologia caracteriza-se por situações clínicas de elevada complexidade, em que decisões rápidas e fundamentadas podem determinar resultados críticos na saúde do recém-nascido.

O estágio possibilitou a integração progressiva de conhecimentos teóricos na prática clínica, a aquisição de competências técnicas especializadas, bem como o desenvolvimento de capacidades de análise crítica, reflexão e tomada de decisão fundamentada na evidência científica. Neste contexto, a prática do EESIP emerge como essencial para a qualidade e segurança assistencial, reforçando a necessidade de competências científicas, éticas e relacionais bem estruturadas.

A Unidade de Neonatologia da ULS, dispõe de recursos humanos qualificados e especializados, EESIP, enfermeiros generalistas, médicos pediatras, técnicos auxiliares de saúde e outros profissionais de saúde, que atuam de forma integrada numa lógica multidisciplinar. A infraestrutura tecnológica da unidade inclui incubadoras, CPAP, monitores de funções vitais, bombas de perfusão, dispositivos de fototerapia e suporte nutricional. Esta Unidade de Neonatologia, permite uma prestação de cuidados de alta complexidade, em consonância com as recomendações nacionais e internacionais. Nomeadamente, o Consenso da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2004) sobre o Tratamento da Icterícia Neonatal, que define os limiares para fototerapia e exangüineotransfusão, e com os Protocolos Neonatais de Urgência da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022),

especificamente no que concerne à estabilização térmica e ao suporte respiratório imediato do recém-nascido de risco.

Em 2025, a Maternidade da ULS registou 517 nascimentos, um valor que representa um aumento de cerca de 8,6 % em relação aos 477 nascimentos registados em 2024. Esta é a primeira, vez em cerca de cinco anos, que o número de nascimentos ultrapassa a barreira dos 500 na maternidade da ULS, refletindo uma tendência de recuperação após um período de declínio demográfico local.

Quando se analisam os dados dos últimos anos, verifica-se que a ULS registou 543 nascimentos em 2020, seguido de 476 em 2021, 485 em 2022 e 450 em 2023. Este último, foi o número mais baixo de nascimentos na década. O aumento para 517 em 2025 representa, portanto, não apenas um incremento face ao ano anterior, mas uma recuperação relativa comparada com anos anteriores em que a natalidade hospitalar regional oscilou abaixo do limiar de 500 nascimentos (ULS Guarda, 2026).

Em termos percentuais, comparando 2025 com os dados de 2023, o número de nascimentos aumentou em cerca de 14,9 % (450 para 517). Relativamente a 2020, ano isolado em que se registou um pico de 543 nascimentos, o valor de 2025 representa uma diminuição de aproximadamente 4,7 %, sugerindo que, embora exista recuperação, o padrão de nascimentos ainda não voltou aos níveis observados antes da redução que se seguiu ao pico.

Este aumento de volume, tem implicações diretas na gestão da dotação segura de EESIP. O incremento à natalidade, aliado à complexidade das novas instalações, exige uma adaptação das práticas de enfermagem, focando-se não apenas na vigilância clínica, mas na literacia parental.

Este incremento em 2025, ocorre no contexto da modernização das instalações do Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, que incluiu a requalificação física da maternidade e a melhoria das condições de conforto e segurança para grávidas, recém-nascidos e famílias, possibilitando quartos individuais e maior acesso de acompanhantes.

Com mais famílias a aceder à ULS, a intervenção do EESIP torna-se crucial na capacitação, garantindo que a quantidade de nascimentos seja acompanhado na qualidade e segurança da transição para o domicílio.

Durante o estágio, foram observadas e acompanhadas crianças com prematuridade, hiperbilirrubinemia, alterações metabólicas, nutrição parenteral e

entérica, terapêutica endovenosa, fototerapia e antibiototerapia. Estes contextos reforçaram a necessidade de atuação baseada em protocolos e boas práticas, assim como, a capacidade de monitorização contínua, avaliação sistemática e tomada de decisão em situações críticas.

A prática de enfermagem especializada clínica incluiu cuidados individualizados ao recém-nascido, reconhecendo-se a vulnerabilidade fisiológica e o risco acrescido de complicações neonatais. A monitorização contínua de parâmetros vitais, a avaliação da estabilidade hemodinâmica e respiratória, bem como a vigilância do crescimento ponderal e do desenvolvimento neurológico precoce foram guiadas por protocolos institucionais e recomendações internacionais, incluindo os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) e as boas práticas de enfermagem neonatal (OE, 2011a).

A aplicação de intervenções de suporte ao aleitamento materno e à vinculação precoce, como o contato pele a pele, reflete a evidência de que estas estratégias promovem o crescimento, a estabilidade cardiorrespiratória e o vínculo afetivo com os cuidadores (Reisinho et al., 2025).

A avaliação do recém-nascido foi realizada de forma sistemática, com recurso a escalas de avaliação do risco clínico, de dor e de conforto, permitindo intervenções oportunas e individualizadas. Esta prática está alinhada com a prática baseada na evidência, que enfatiza a monitorização contínua como mecanismo de prevenção de complicações e otimização do desenvolvimento infantil. A documentação precisa e detalhada no sistema SClinico, garantiu comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e suportou a tomada de decisão clínica.

As intervenções de enfermagem foram orientadas por protocolos institucionais e pela literatura científica atualizada, contemplando estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor, promoção do conforto e prevenção de eventos adversos.

Estudos mostram que a utilização combinada de abordagens comportamentais, ambientais e farmacológicas aumenta significativamente a eficácia das intervenções de conforto em neonatologia (Pereira et al., 2025). Além disso, a adaptação do ambiente, incluindo controlo de ruído, iluminação adequada e estímulos sensoriais apropriados, foi utilizada como estratégia de cuidados desenvolvidos para o desenvolvimento mental, favorecendo a maturação neurosensorial do recém-nascido (Gilman, 2015).

O envolvimento da família foi uma prioridade central do estágio, promovendo a participação dos pais nos cuidados básicos, na tomada de decisão e no acompanhamento terapêutico. Esta abordagem está em consonância com o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, que valoriza a família como prestadora principal de cuidados e agente fundamental no bem-estar da criança (Silva, 2020).

Foram realizados ensinamentos dirigidos aos cuidadores, sobre técnicas de cuidados ao recém-nascido, tais como o banho, higiene do coto umbilical, posicionamento seguro no sono. No que concerne aos sinais de alerta clínicos, focaram-se na alteração do padrão respiratório, cor da pele (icterícia ou cianose), temperatura corporal e nível de consciência, bem como estratégias de coping, para a gestão da ansiedade parental, reforçando a literacia em saúde e fortalecendo a confiança e a competência parental.

Durante o estágio, as intervenções foram norteadas pelo modelo Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), focando-se no cuidado individualizado baseado na observação do comportamento do recém-nascido. Estas incluíram a estimulação sensorial, minimizando o ruído e a luminosidade, a promoção do sono, vinculação e conforto recorrendo ao método canguru e ao posicionamento em flexão, garantir uma nutrição que respeite os ritmos biológicos, facilitação da vinculação e promoção do sono, assim como a envolvimento dos pais como cuidadores primários, transformando o ambiente hospitalar num espaço facilitador. Estas práticas correspondem às recomendações de humanização em neonatologia, que associam cuidados individualizados, ambiente acolhedor e presença familiar à melhoria dos resultados clínicos e do bem-estar emocional do recém-nascido (Valente, 2022).

O projeto "Cuidar em Casa" constituiu uma intervenção estratégica para garantir a transição segura do hospital para o domicílio, através do acompanhamento das famílias, orientação sobre sinais de alerta, planeamento do seguimento clínico e apoio à adaptação domiciliar. A literatura evidencia que a transição hospital-domicílio constitui um momento crítico, particularmente para recém-nascidos prematuros e suas famílias, sendo frequentemente associada a sentimentos de ansiedade e insegurança parental (Almeida, 2025). Programas estruturados de capacitação parental para esta transição têm sido associados à promoção da confiança dos cuidadores e à melhoria da continuidade dos cuidados após a alta (Valente, 2022).

A transição hospital-domicílio, é um momento crítico, especialmente para recém-nascidos prematuros. Observou-se que pais frequentemente manifestam

ansiedade, insegurança e necessidade de suporte contínuo, com recorrência a serviços de urgência por situações evitáveis.

O projeto “Cuidar em Casa” foi concebido para responder a estas necessidades, promovendo articulação entre cuidados hospitalares e primários, capacitação parental e redução de reinternamentos. A intervenção inclui acompanhamento estruturado, educação parental, apoio emocional e estratégias de monitorização adaptadas às necessidades individuais da família e do recém-nascido.

O percurso formativo permitiu consolidar competências técnicas avançadas, especialmente na vigilância do recém-nascido crítico, interpretação de parâmetros clínicos, execução segura de procedimentos e tomada de decisão fundamentada.

A reflexão contínua sobre as ações, permitiu identificar lacunas, desenvolver estratégias de melhoria e consolidar práticas fundamentadas em evidência científica. O estágio demonstrou que a excelência nos cuidados neonatais depende não apenas da competência técnica, mas também da capacidade de avaliação crítica, pensamento analítico e integração de abordagens centradas na família.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, orientou a prática clínica, reconhecendo os pais como cuidadores principais e agentes ativos no cuidado do recém-nascido (Casey, 1988). A integração familiar contribuiu para melhores resultados em saúde, maior segurança e redução da ansiedade parental (Pessoa et al., 2024). Estratégias como método canguru, contato pele a pele, participação nos cuidados diários e capacitação para a alta hospitalar foram determinantes para o empoderamento parental e humanização do cuidado.

A vivência experienciada durante o estágio permitiu observar uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a família num papel central. Esta proximidade facilita e potencia, o que, em consonância com o modelo de cuidados centrados na família, é essencial para o sucesso da transição para o domicílio para uma experiência parental mais segura e satisfatória.

O controlo da dor neonatal, considerado o quinto sinal vital, constituiu uma prioridade transversal na prática clínica.

A dor inadequadamente tratada compromete o neurodesenvolvimento a curto e longo prazo. Durante o estágio, foram implementadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas, priorizando intervenções como sucção não nutritiva, administração oral de sacarose a 24% (Faria et al. 2024). Esta abordagem integrou a melhor evidência científica, promovendo cuidados humanizados, seguros e centrados na criança.

Além do controlo da dor, os cuidados desenvolvimentais incluíram monitorização do crescimento, estímulo do desenvolvimento psicomotor, promoção do sono e repouso, vigilância da eliminação e apoio à alimentação, incluindo incentivo ao aleitamento materno e capacitação parental. Estes cuidados transversais permitiram consolidar uma prática de enfermagem centrada no desenvolvimento integral e bem-estar global do recém-nascido.

Entre os pontos fortes, destaca-se, o desenvolvimento de competências técnicas avançadas em cuidados neonatais, incluindo a monitorização contínua do estado clínico, intervenção em situações de instabilidade e gestão de procedimentos complexos (Silva, 2020). Contudo, estas competências foram exercidas de acordo com os Cuidados Centrados na Família, reconhecendo a família não apenas como visitante, mas como unidade central de cuidados. Esta filosofia foi operacionalizada através do modelo de parceria Anne Casey, sendo determinante na implementação do projeto “cuidar em casa”, que permite validar a capacitação precoce e a participação ativa dos pais, sendo cruciais para a humanização e para a segurança na transição para o domicílio, transformando-se num indicador de sucesso do cuidado.

A aplicação consistente de práticas baseadas em evidência científica foi reforçada pela consulta a protocolos institucionais e literatura atualizada, promovendo intervenções seguras e fundamentadas (Valente, 2022). Adicionalmente, a postura ética, proativa e reflexiva evidenciada durante o estágio permitiu desenvolver o pensamento crítico e a autonomia gradual, essenciais para a tomada de decisão em contextos clínicos complexos (Marques et al., 2024). Por fim, o contributo para a melhoria contínua da qualidade, através da participação em iniciativas de humanização e formações dirigidas à equipa, demonstrou capacidade de liderança e de intervenção estratégica no contexto hospitalar.

No âmbito do estágio do MESIP, foi ministrada uma formação (Apêndice II) para enfermeiros do serviço de neonatologia sobre o refluxo gastroesofágico (RGE) e a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).

O RGE é frequente em recém-nascidos, geralmente fisiológico, autolimitado e assintomático, resolvendo-se até aos 12–18 meses. A DRGE caracteriza-se por sintomas clínicos ou complicações, como esofagite, apneias associadas à alimentação, falha de crescimento ou risco de aspiração (Horn et al., 2025).

A formação abordou medidas não farmacológicas, incluindo alimentação em volumes menores e mais frequentes, pausas para eructação, técnica adequada de sucção/tetina, e manutenção do lactente em posição vertical após a mamada. Foi

reforçada a importância do sono seguro em decúbito dorsal, com eventual uso do decúbito lateral esquerdo apenas em situações controladas.

Em casos selecionados, discutiram-se modificações dietéticas (espessamento seguro da fórmula ou leite materno, uso de fórmulas hidrolisadas) e a intervenção farmacológica, reservada a DRGE documentada e refratária às medidas conservadoras, dado o risco de infecções e efeitos adversos associados a IBPs, H₂ blockers ou procinéticos (Horn et al., 2025)

Foi enfatizado o papel do EESIP na avaliação diferenciada, implementação de medidas baseadas em evidência, monitorização clínica, prevenção da sobremedicalização, educação parental estruturada e articulação interdisciplinar, promovendo cuidados seguros, humanizados e centrados na criança e na família.

Apesar destes avanços, foram identificadas algumas limitações e áreas de melhoria, que constituem oportunidades de desenvolvimento profissional. A necessidade de maior consolidação da autonomia na tomada de decisão em situações complexas reflete a importância de continuar a reforçar a confiança clínica e a capacidade de julgamento crítico (OE, 2019).

O aperfeiçoamento da gestão do tempo e priorização de cuidados em contextos de elevada carga assistencial, constituem outro desafio, considerando que a eficiência organizacional impacta diretamente na qualidade e segurança do cuidado (Silva, 2020). Finalmente, reconhece-se a necessidade de aprofundamento contínuo de conhecimentos em áreas de elevada diferenciação, nomeadamente a ventilação assistida e farmacologia neonatal. Áreas que requerem atualização contínua devido à complexidade e à vulnerabilidade da população atendida. Estas áreas requerem uma atualização constante para o EESIP, dada a labilidade hemodinâmica do RN, assegurando uma prática baseada na evidência científica mais recente.

Estas lacunas representam oportunidades claras de crescimento e especialização, sublinhando a relevância da formação contínua, supervisão estruturada e reflexão crítica sobre a prática profissional. A literatura enfatiza que a aprendizagem contínua, aliada à avaliação reflexiva do desempenho clínico, constitui um fator determinante para a excelência na prestação de cuidados pediátricos especializados (Marques et al., 2024).

Em suma, o estágio proporcionou um ambiente rico para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais, consolidando os pontos fortes e identificando áreas que exigem atenção contínua, promovendo o aperfeiçoamento do

desempenho profissional e garantindo cuidados de enfermagem centrados na criança, seguros e humanizados.

O estágio em Neonatologia representou um marco significativo no desenvolvimento das competências do EESIP, conforme preconizado no regulamento nº 422/2018 da OE, que define as competências específicas do EESIP, permitindo consolidar prática clínica crítica, reflexiva e fundamentada na evidência científica. A centralidade da família, o controle da dor, os cuidados desenvolvimentais e a humanização dos cuidados, emergem como eixos estruturantes da prática. O projeto “Cuidar em Casa” exemplifica a integração entre hospital e domicílio, promovendo continuidade de cuidados e melhoria da experiência familiar.

A reflexão crítica e sistemática sobre o percurso formativo permitiu identificar áreas de excelência, lacunas a superar e estratégias para o fortalecimento da prática profissional. Este estágio reforça o compromisso do enfermeiro especialista com a qualidade, segurança, inovação e humanização dos cuidados, consolidando competências técnicas, científicas, éticas e relacionais essenciais ao exercício avançado da profissão.

Parte II – Estudo de Investigação

Enquadramento Teórico

A atuação imediata em situações de emergência pediátrica constitui um determinante crítico para o prognóstico (Van de Voorde et al., 2021). A literatura demonstra que a maioria dos acidentes traumáticos e episódios de paragem cardiorrespiratória em idade pediátrica, ocorre no domicílio ou em contextos de lazer, frequentemente na ausência de profissionais de saúde (APSI, 2024). Esta realidade transfere para os pais e cuidadores a responsabilidade inicial de atuação. Assim, a literacia parental em primeiros socorros e suporte básico de vida pediátrico (SBVP) assume-se como uma estratégia prioritária particular na promoção da segurança e na redução da morbilidade e mortalidade infantil.

A literacia em saúde é definida como a capacidade de aceder, compreender e utilizar informação relevante para tomar decisões adequadas relacionadas com a saúde (Silva et al., 2024). No contexto pediátrico, a literacia parental torna-se um mediador fundamental entre a criança e os cuidados de saúde, influenciando comportamentos preventivos, reconhecimento de sinais de alarme e competência na resposta a emergências.

Nascimento et al (2025), evidenciaram que baixos níveis de literacia estão associados a práticas inadequadas de prevenção de acidentes e maior insegurança em situações críticas. Estes resultados sublinham a necessidade urgente de capacitação parental, sobretudo em áreas como traumatismos, queimaduras, obstrução da via aérea e paragem cardiorrespiratória.

O Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model – HBM), proposto por Rosenstock (1974), identifica cinco componentes centrais que influenciam o comportamento em saúde, suscetibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos, barreiras percebidas e autoeficácia. No contexto deste estudo, pressupõe-se que pais com elevada perceção de severidade, traduzida no reconhecimento da importância de uma paragem cardiorrespiratória, apresentem uma maior probabilidade de procurar formação técnica e de agir eficazmente em situação de emergência pediátrica.

Os primeiros socorros são definidos como o conjunto de intervenções imediatas prestadas a uma vítima com o objetivo de prevenir o agravamento clínico, aliviar o sofrimento e preservar a vida até à chegada de assistência especializada (AHA, 2020). No contexto pediátrico, a especificidade fisiológica e anatómica da criança determina abordagens diferenciadas das preconizadas para o adulto, exigindo dos cuidadores o domínio de competências técnicas adaptadas à faixa etária (Van de Voorde et al.,

2021). A evidência disponível demonstra, contudo, que a maioria dos pais e cuidadores não detém conhecimentos suficientes nestas áreas, sendo frequentes as lacunas em procedimentos como a desobstrução da via aérea, a abordagem à paragem cardiorrespiratória e a gestão de traumatismos e queimaduras (Míguez-Navarro et al., 2018; Wei et al., 2013).

A American Academy of Pediatrics (AAP, 2022) e o European Resuscitation Council (ERC) defendem a formação universal de cuidadores, reconhecendo que intervenções simples, como compressão de hemorragias, colocação em posição lateral de segurança (PLS), abordagem correta na obstrução da via aérea ou arrefecimento de queimaduras, são determinantes para evitar complicações graves e melhorar o prognóstico da criança (DGS.,2017).

Estudos internacionais revelam, contudo, que a maioria dos cuidadores não domina estes procedimentos básicos. Wei et al. (2013), em Taiwan, verificaram que muitos pais desconheciam a correta abordagem inicial perante queimaduras, traumatismos cranioencefálicos ligeiros ou ingestão de substâncias potencialmente tóxicas, apesar de reconhecerem a importância dos primeiros socorros.

Estas lacunas tornam-se particularmente críticas no contexto, uma vez que as especificidades fisiológicas da criança exigem abordagens diferenciadas das preconizadas no adulto. Neste sentido, a RCP pediátrica requer o domínio de competências técnicas singulares, fundamentadas em particularidades anatómicas e fisiológicas próprias ao desenvolvimento infantil. Estas distinguem-se da prática em adultos em aspetos fundamentais, tais como a avaliação do estado de consciência, compressões e a relação compressão/ventilação.

Consequentemente, o reconhecimento precoce da PCR na população pediátrica, aliado à aplicação imediata destas manobras adaptadas, constitui o pilar determinante para a sobrevivência e para a preservação do prognóstico neurológico (Brandão et al.,2025)

Apesar disso, estudos consistentes mostram défices marcados no conhecimento parental. Míguez-Navarro et al. (2018), no sul de Espanha, identificaram que a maioria dos participantes não sabia iniciar RCP corretamente e apresentava incerteza quanto aos passos essenciais para contactar os serviços de emergência. Embora os pais considerassem a formação relevante, poucos tinham frequentado cursos formais.

O estudo destaca ainda um fenómeno transversal: o receio de “fazer mal”, frequentemente associado à falta de treino prático, o que inibe a intervenção mesmo quando os cuidadores reconhecem a necessidade da ação

A evidência científica disponível demonstra de forma consistente que a formação prévia em primeiros socorros e RCP constitui um dos determinantes mais robustos do nível de conhecimento, da autoconfiança dos pais e/ou cuidadores. Estudos realizados em diferentes contextos socioculturais distintos, abrangendo a realidade europeia (Míguez-Navarro et al., 2018) e asiática (Wei et al., 2013), até estudos em contexto lusófono e do Médio Oriente (Silva et al., 2021) indicam que cuidadores com formação formal prévia apresentam maior capacidade de reconhecer situações de risco e conseguem acionar precocemente os sistemas de emergência.

Para além do incremento do conhecimento teórico, a evidência disponível indica que a formação estruturada se associa a uma maior confiança para atuar em situações de emergência, constituindo um preditor relevante do comportamento em contextos de stress agudo, nomeadamente na mitigação do receio de causar dano e na redução da inibição para agir (Míguez-Navarro et al., 2018).

De forma complementar, a literatura identifica diversos fatores sociodemográficos e contextuais associados a níveis diferenciados de literacia em primeiros socorros. O nível de escolaridade revela uma correlação positiva com o conhecimento e a compreensão de recomendações de saúde, uma vez que indivíduos com maior grau académico tendem a apresentar competências mais robustas para aceder, interpretar e aplicar informação em contextos de emergência (Míguez-Navarro et al., 2018; Wei et al., 2013).

A profissão constitui igualmente um determinante relevante, observando-se níveis superiores de literacia entre cuidadores que exercem atividade nas áreas da saúde ou da educação, fruto da exposição prévia a conteúdos formativos e do contato regular com a população pediátrica (Míguez-Navarro et al., 2018; Wei et al., 2013).

Adicionalmente, a experiência prévia em situações reais de emergência tende a elevar a sensibilidade para o risco e a motivação para a atualização de conhecimentos, embora a evidência sugira que a vivência de um evento crítico, por si, não garante uma atuação tecnicamente correta sem suporte de treino estruturado e atualizado (Cunha et al., 2023).

Todavia, a literatura identifica barreiras consistentes à eficácia da resposta dos cuidadores, destacando-se o medo de causar dano adicional, a ansiedade inerente a situações críticas e a degradação da memória procedimental. Estas variáveis têm sido

associadas à discrepância observada entre o conhecimento declarado e a capacidade de execução técnica. Consequentemente, as diretrizes internacionais preconizam que os programas formativos devem transcender a mera transmissão de conteúdos, privilegiando metodologias ativas, o treino baseado em simulação e o reforço da confiança através do treino repetido (Greif et al., 2021).

Investigações europeias recentes reforçam que embora 75% dos pais reconheçam a importância da RCP, menos de 30% se sentem capacitados para iniciar manobras (Míguez-Navarro et al., 2018). Um cenário que tende a agravar-se em contextos de urgência devido ao stress emocional.

No panorama nacional, os estudos disponíveis, como o de Silva et al. (2020), centram-se maioritariamente em contextos comunitários ou escolares, não contemplando especificamente pais ou cuidadores no cenário de urgência pediátrica. Este, representa um “momento crítico” de relevância clínica, onde a avaliação da literacia parental permite não só identificar lacunas reais, mas também desenha estratégias de educação para a saúde personalizadas e imediatas.

A relevância de avaliar a literacia parental especificamente no momento do recurso ao serviço de urgência pediátrica (SUP), prende-se com o facto deste cenário constituir um ponto de observação privilegiado da literacia em ação. Ao contrário de contextos comunitários onde, o conhecimento é aferido em situações de estabilidade, o recurso ao SUP permite identificar lacunas de competência no exato momento em que os pais enfrentam a necessidade de tomada de decisão (Silva et al., 2020).

Neste enquadramento, o presente estudo pretende caracterizar o nível de literacia parental em primeiros socorros e RCP pediátrica, utilizando o SUP como observatório do mundo real.

A escolha deste contexto justifica-se por três razões fundamentais. Em primeiro lugar, o SUP constitui um ponto de observação privilegiado, permitindo avaliar a literacia parental numa população que recorre aos serviços de saúde em contexto de necessidade real, o que confere maior relevância clínica aos dados obtidos. Em segundo lugar, o momento do recurso ao SUP, frequentemente motivado por acidentes ou situações de doença aguda, pode representar uma oportunidade para a identificação de necessidades formativas e para a implementação de intervenções de educação para a saúde direcionadas (Silva et al., 2020). Em terceiro lugar, a avaliação neste contexto permite caracterizar o perfil de literacia dos cuidadores que interagem diretamente com o sistema de saúde, contribuindo para o planeamento de estratégias de capacitação parental ajustadas às necessidades reais desta população.

Metodologia

A metodologia corresponde à descrição sistemática, rigorosa e detalhada dos procedimentos adotados ao longo do processo de investigação. Segundo Haro et al (2016) e Vilelas (2010), este capítulo é essencial para assegurar a transparência científica e a reprodutibilidade do estudo, permitindo ao leitor compreender o percurso metodológico seguido desde a conceção até a análise. De acordo com a perspetiva de Polit e Beck (2018), a estrutura metodológica funciona como o mapa que orienta a obtenção de respostas fiáveis e válidas às questões de investigação formuladas.

Neste sentido, os capítulos subsequentes detalham o desenho do estudo, a questão geral de investigação, os objetivos e hipóteses, bem como a caracterização da população e amostra. São ainda descritos os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos éticos e o plano de análise estatística, fundamentados nos pressupostos de Marôcco (2021) para o tratamento de dados em ciências da saúde.

A relevância desta investigação sustenta-se na evidência epidemiológica em que cerca de 80% das PCRs em idade pediátrica ocorrem no domicílio ou em contextos não vigiados por profissionais de saúde (Maconochie et al., 2021). Em Portugal, os dados da APSI em 2023 revelam que os acidentes continuam a ser uma das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil, com particular incidência nos afogamentos, obstrução da via aérea e intoxicações, em que o tempo de resposta inicial é crítico. Globalmente estima-se que a intervenção imediata de quem presencia o evento possa duplicar ou triplicar a possibilidade de sobrevivência (Topjian et al., 2020) o que transfere para pais e cuidadores uma responsabilidade determinante na cadeia de sobrevivência pediátrica

Neste contexto, a avaliação do nível de literacia parental em primeiros socorros e RCP pediátrica constitui uma ferramenta essencial de diagnóstico em saúde infantil e pediátrica.

Mais do que um dado circunscrito, este estudo visa contribuir para a caracterização do perfil de literacia da população portuguesa, permitindo identificar lacunas formativas que podem ser transversais a outros contextos nacionais. Para a prática do EESIP, este conhecimento fundamenta o planeamento de estratégias de capacitação baseadas em evidência empírica, possibilitando que as intervenções de educação para a saúde sejam ajustadas às necessidades reais dos cuidadores. Desta forma, os resultados obtidos não só informam a prática clínica local, como oferecem um contributo relevante para a definição de políticas de prevenção e segurança infantil

a nível nacional, reforçando o papel do EESIP na promoção da resiliência das comunidades perante a emergência pediátrica.

Assim, a metodologia adotada neste estudo foi delineada de forma a garantir coerência entre os objetivos propostos e os métodos utilizados, privilegiando uma abordagem quantitativa, descritiva e analítica, adequada à caracterização do fenómeno em estudo e à identificação de fatores associados à literacia parental em primeiros socorros e RCP pediátrica.

Se o estudo ajuda a traçar o perfil português, a pergunta deve ser: Qual o nível de literacia parental em primeiros socorros e reanimação cardiorrespiratória?

Em consonância com a questão geral de investigação e com o desenho observacional, descritivo-analítico e quantitativo adotado, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a literacia parental em primeiros socorros e RCP pediátrica num contexto de urgência hospitalar. A definição dos objetivos fundamenta-se na evidência científica que demonstra que a capacidade de atuação dos cuidadores não depende apenas do conhecimento factual, mas da interação entre a formação estruturada, e a experiência prévia (Greif et al., 2021). Adicionalmente, estudos sobre a retenção de competências em SBVP sublinham que a exposição regular a programas de capacitação é o determinante mais robusto para a prontidão na resposta à emergência (Charlton, et al., 2021).

O objetivo geral do estudo é avaliar o nível de conhecimento de pais e cuidadores sobre primeiros socorros e RCP pediátrica, no contexto do serviço de urgência pediátrica de uma ULS do interior do país. Para a sua concretização, definiram-se quatro objetivos específicos: determinar o nível de conhecimento dos pais e cuidadores sobre algoritmos de suporte básico de vida pediátrico e manobras de primeiros socorros, nomeadamente obstrução da via aérea por corpo estranho, hemorragias e queimaduras; analisar a associação entre variáveis sociodemográficas, como a escolaridade e a profissão, e experiências prévias, como a formação anterior e a vivência de situações reais de emergência, e o nível de conhecimento apresentado; avaliar a importância atribuída pelos cuidadores à formação em emergência pediátrica; e identificar as principais áreas de défice de conhecimento que carecem de intervenção por parte do EESIP.

Em alinhamento com o objetivo geral e os objetivos específicos, e com base em evidência científica prévia sobre literacia parental em primeiros socorros e

reanimação cardiorrespiratória pediátrica (Wei et al., 2013; Míguez-Navarro et al., 2018), formulam-se três questões de investigação:

Pais e/ou cuidadores com formação prévia em SBVP apresentam níveis de conhecimento significativamente mais elevados do que aqueles sem formação?

Existe uma associação positiva entre o nível de escolaridade dos pais e/ou cuidadores e o seu desempenho no questionário de avaliação de conhecimentos?

Pais e/ou cuidadores com experiência prévia em situações reais de emergência pediátrica possuem níveis de conhecimento superiores em comparação com pais e/ou cuidadores sem experiência prévia?

1.1. Tipo de Estudo

Para responder à questão formulada, delineou-se um estudo de natureza quantitativa, com desenho observacional, transversal, descritivo e correlacional (Polit & Beck, 2018; Vilelas, 2020). A abordagem quantitativa baseia-se na recolha e análise estatística de dados numéricos, permitindo identificar padrões e caracterizar a amostra em estudo (Haro et al., 2016). O carácter observacional determina que o investigador não exerce qualquer manipulação sobre as variáveis, limitando-se a observar os fenómenos tal como ocorrem no contexto natural do SUP (Vilelas, 2020). O desenho transversal implica que a colheita de dados ocorre num único momento temporal, proporcionando uma caracterização da amostra num período específico (Polit & Beck, 2018). Por fim, o estudo é descritivo ao caracterizar o perfil e os conhecimentos da amostra, e correlacional ao procurar estabelecer relações de associação entre variáveis, como a escolaridade e o nível de conhecimento, sem estabelecer causalidade direta (Haro et al., 2016).

1.2. População e Amostra

A população deste estudo é constituída por todos os pais e/ou cuidadores de crianças e adolescentes (0-17 anos) que recorrem ao SUP da ULS. Segundo Vilelas (2020), a definição clara da população é o primeiro passo para garantir a validade externa dos resultados.

Dada a impossibilidade de estudar toda a população num contexto de urgência, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência. De acordo com Polit e Beck (2018), este método consiste na seleção dos participantes que se encontram disponíveis e acessíveis no local e período da colheita de dados, sendo uma técnica frequentemente utilizada em contextos clínicos onde a aleatorização formal é operacionalmente complexa, mas a necessidade de caracterizar o grupo-alvo em contexto real permanece prioritária.

A seleção dos participantes obedeceu a critérios previamente definidos para garantir a homogeneidade e a fiabilidade dos dados recolhidos (Haro et al., 2016). Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 18 anos, que fossem pai, mãe ou cuidador legal de uma criança ou adolescente com idade inferior a 18 anos, com capacidade de compreensão e expressão em língua portuguesa e que aceitassem participar voluntariamente no estudo mediante consentimento informado. Foram excluídos os cuidadores de crianças admitidas em situação de emergência crítica, correspondente a triagem vermelha ou laranja com risco imediato de vida, por razões éticas e emocionais que inviabilizam a aplicação do instrumento, os participantes que já tivessem respondido ao questionário numa visita anterior, de forma a evitar duplicação de dados, e os participantes com dificuldades manifestas de compreensão, défices cognitivos severos ou barreiras de comunicação que impossibilitassem o preenchimento autónomo e fidedigno do questionário.

A amostra foi constituída por 100 participantes, selecionados através de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Esta opção metodológica fundamentou-se na viabilidade e acessibilidade dos participantes em contexto de urgência pediátrica, onde a natureza da dinâmica assistencial impede a aplicação de métodos de aleatorização formal (Vilelas, 2020). Segundo Polit e Beck (2018), embora esta estratégia limite a generalização estatística dos resultados para a população global, constitui uma abordagem robusta para estudos descritivos que visam caracterizar fenómenos em contextos clínicos específicos e reais. Assim, a amostra representa o grupo de cuidadores que interagiram diretamente com o sistema de saúde, no período da colheita de dados, permitindo um diagnóstico fidedigno das suas necessidades formativas.

1.3. Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário estruturado, anónimo e autoaplicado, disponibilizado em formato digital através da plataforma EU Survey. O questionário foi elaborado pelo investigador para o presente estudo, com base na evidência científica disponível de Míguez-Navarro et al. (2018), adaptado à realidade sociocultural portuguesa e aos objetivos específicos desta investigação.

De forma a permitir uma análise detalhada das variáveis em estudo, o instrumento foi organizado em três secções distintas:

Parte I – Caracterização Sociodemográfica e Experiencial: destinada à recolha de dados sobre a idade do cuidador, nível de escolaridade, profissão, formação prévia

em primeiros socorros/RCP e existência de experiências anteriores em situações reais de emergência pediátrica.

Parte II – Conhecimentos Teóricos sobre Primeiros Socorros e RCP Pediátrica: composta por questões de escolha múltipla focadas no reconhecimento da paragem cardiorrespiratória, algoritmos de compressão/ventilação, manobras de desobstrução da via aérea e procedimentos iniciais em situações de hemorragias, queimaduras e convulsões.

Parte III – Perceção e Valorização da Formação: integrando questões destinadas a avaliar o grau de confiança subjetiva do cuidador para intervir numa situação de emergência e a sua opinião sobre a relevância da formação contínua nesta área.

1.4. Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada presencialmente nas salas de espera do Serviço de Urgência Pediátrica da ULS, entre os meses de novembro e dezembro de 2025. O investigador abordou individualmente os pais e cuidadores que aguardavam assistência após o momento da triagem, assegurando que o convite à participação não interferia com a dinâmica assistencial nem com a prioridade clínica das crianças. Após explicação verbal sobre o âmbito e os objetivos do estudo, foi solicitada a participação voluntária, com garantia de anonimato, confidencialidade e liberdade de desistência em qualquer fase, sem prejuízo para os cuidados prestados. O consentimento livre e esclarecido foi formalizado digitalmente na página inicial do instrumento.

O questionário foi disponibilizado através da plataforma EU Survey, mediante a apresentação de um código QR impresso, que permitiu aos participantes aceder ao instrumento nos seus próprios dispositivos móveis, assegurando autonomia e privacidade durante o preenchimento. Após a submissão, as respostas foram automaticamente armazenadas no servidor seguro da plataforma e posteriormente exportadas para um ficheiro em formato Microsoft Excel, sem registo de qualquer informação identificativa. A base de dados permaneceu sob responsabilidade exclusiva do investigador, armazenada em dispositivo protegido por palavra-passe, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados e as exigências da Comissão de Ética da ULS.

1.5. Tratamento e análise de dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao software IBM SPSS Statistics (versão 28.0), tendo-se optado exclusivamente pela estatística descritiva, em conformidade com a natureza observacional e descritiva do estudo (Marôco, 2021). Para as variáveis categóricas, como o género, o nível de escolaridade, a profissão e a formação prévia, os dados foram apresentados através de frequências absolutas (n) e frequências relativas (%), e organizados em tabelas de contingência que facilitam a leitura sistemática das características da amostra e das necessidades formativas identificadas (Keller & Warrack, 2004). das características da amostra e das necessidades formativas identificadas.

1.6. Considerações Éticas

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ULS, em quatro de novembro de dois mil e vinte e cinco, sob o Parecer n.º CES Nº001.02 (Apêndice III) , após obtenção de autorização institucional formal.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos internacionais aplicáveis à investigação envolvendo seres humanos, designadamente os estabelecidos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013), bem como com a legislação europeia e nacional relativa à proteção de dados pessoais.

Foram assegurados os princípios fundamentais da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, garantindo que a participação foi voluntária, informada e isenta de qualquer forma de coerção ou influência indevida. Atendendo à natureza observacional e não interventiva do estudo, não se anteciparam riscos físicos ou psicológicos relevantes. Ainda assim, foi salvaguardada a proporcionalidade entre os objetivos científicos e os eventuais constrangimentos associados ao preenchimento do questionário.

Considerando que a recolha de dados decorreu em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, foi particularmente assegurado que não existiu abordagem direta por profissionais envolvidos na prestação de cuidados, minimizando qualquer perceção de pressão institucional. O acesso ao questionário foi exclusivamente voluntário e autónomo, através de QR Code afixado na sala de espera, permitindo que os potenciais participantes decidissem livremente sobre a sua participação, sem interferência no processo assistencial.

Antes da participação, foi disponibilizada informação clara, compreensível e detalhada acerca dos objetivos, da metodologia, dos procedimentos e da natureza voluntária do estudo. Apenas, após leitura integral da informação e manifestação

explícita de consentimento, foi possível aceder ao instrumento de recolha de dados, sendo assegurada a possibilidade de desistência até ao momento da submissão final.

O questionário foi totalmente anónimo, não sendo recolhidos nomes, contactos, números de utente ou qualquer outro elemento identificativo. Atendendo à anonimização integral dos dados, não foi possível proceder à identificação individual dos participantes para efeitos de retificação posterior, constituindo esta opção uma medida reforçada de proteção da privacidade e redução do risco de identificação direta ou indireta.

O tratamento dos dados cumpriu integralmente o disposto no Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho (Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGPD), bem como na Lei n.º 58/2019. A informação foi armazenada em ficheiro digital protegido por palavra-passe, com acesso restrito à equipa de investigação, respeitando os princípios da minimização, limitação da finalidade, integridade e confidencialidade.

Os resultados serão apresentados exclusivamente de forma agregada, impossibilitando a identificação individual dos participantes. Os dados serão conservados por um período máximo de 12 meses após a conclusão do estudo, sendo posteriormente eliminados de forma segura, de acordo com as orientações institucionais aplicáveis.

No âmbito da elaboração do presente trabalho, foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial Generativa (Gemini da Google e ChatGPT da OpenAI) exclusivamente como instrumentos de apoio à organização textual, clarificação de redação e sistematização de conteúdos previamente desenvolvidos pelo investigador.

A utilização destas plataformas serviu propósitos de refinamento linguístico e estruturação lógica de parágrafos, não substituindo nem condicionando o pensamento científico, o raciocínio crítico ou a tomada de decisão metodológica. A definição do problema de investigação, a formulação das questões, a construção do instrumento de recolha de dados, a análise estatística descritiva, a interpretação dos resultados e as conclusões apresentadas são da inteira responsabilidade do autor e resultam do seu julgamento científico autónomo.

Todas as referências bibliográficas foram pesquisadas, selecionadas e verificadas manualmente pelo investigador em bases de dados científicas reconhecidas, garantindo o rigor metodológico e a validade académica, sem recurso a citações geradas automaticamente por IA.

Resultados

A amostra é constituída por 100 participantes, com predominância do género feminino (80%), face a 19% do género masculino, tendo 1% optado por não responder. A média de idades é de 38 anos e a média do número de filhos é de dois.

No que respeita ao nível de escolaridade, 62% dos participantes possuem formação ao nível do Ensino Superior, 27% o Ensino Secundário, 8% formação profissional, 1% o Ensino Primário e 1% sem educação formal, tendo 1% optado por não responder. Relativamente à profissão, 32% exercem atividade na área da saúde, 13% na área da educação, 52% noutra área e 3% optaram por não responder. Verificou-se ainda que 15% dos participantes têm uma criança com doença crónica, 83% não e 2% optaram por não responder. Os dados de caracterização da amostra encontram-se sistematizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características da Amostra

		N	%
Género	Feminino	80	80%
	Masculino	19	19%
	Prefere não responder	1	1%
Idade (pai/mãe)	Média de Idade: 38 anos		
Nº de Filhos	2 filhos		
Nível de escolaridade	Nenhuma educação formal	1	1%
	Ensino primário (1º ciclo)	1	1%
	Ensino secundário	27	27%
	Licenciatura/Ensino Superior	62	62%
	Formação profissional	8	8%
	Prefere não responder	1	1%
Profissão atual	Profissional da área da saúde	32	32%
	Profissional da área da educação	13	13%
	Outro	52	52%
	Prefere não responder	3	3%
Filho portador de doença crónica	Sim	15	15%
	Não	83	83%
	Prefere não responder	2	2%

Conhecimentos Teóricos em Primeiros Socorros e RCP

No que respeita aos conhecimentos avaliados, 99% dos participantes identificaram corretamente o número de emergência (112) e 94% responderam corretamente quanto à necessidade de contactar o sistema de emergência perante uma criança inconsciente. Em situações de hemorragia externa, 92% assinalaram a resposta correta, 87% responderam corretamente relativamente à abordagem inicial a uma queimadura elétrica e 77% relativamente à atitude perante uma queimadura térmica. No domínio da RCP em vítima de afogamento, 85% assinalaram a resposta correta e 84% responderam corretamente quanto à lavagem ocular em caso de contacto com produto corrosivo.

Contudo, os resultados são mais preocupantes em situações de risco vital imediato. Apenas 50% dos inquiridos conhecem o rácio correto de compressões e ventilações (15:2) em pediatria (INEM., 2022), e somente 57% identificam a sequência correta de desobstrução da via aérea num lactente. O ponto mais crítico do estudo prende-se com a ingestão de substâncias corrosivas (soda cáustica), em que apenas 34% sabem que não se deve induzir o vômito, enquanto a maioria admite não saber (42%) ou realizaria o procedimento incorreto (22%).

Estes resultados, que evidenciam as áreas prioritárias para futuras intervenções de educação para a saúde, encontram-se detalhados na Tabela 2.

Tabela 2– Atuação dos pais perante situações de emergência

Domínio do conhecimento	Resposta Correta	Não Sabe
Número de emergência (112)	99%	1%
Ativação do sistema de emergência	94%	6%
Controlo de Hemorragia externa	92%	8%
Atitude perante queimadura (água fria)	77%	23%
Corrosivo nos olhos (lavagem abundante)	84%	16%
Atitude perante Convulsão	75%	25%
Desobstrução da VA	57%	43%
RCP vs Afogamento	85%	15%
Queimadura Elétrica (Desligar fonte)	87%	13%
Rácio de Compressões/Ventilações	50%	50%
Ingestão de Soda Cáustica (Não Induzir o vômito)	34%	66%
Inconsciência	98%	2%

Experiência, e Intenção de Formação

A análise da experiência prévia revela que 43% dos participantes já vivenciaram uma situação real em que foi necessário prestar primeiros socorros a uma criança, o que demonstra a relevância prática deste tema no cotidiano das famílias. No entanto, embora a experiência seja considerável, apenas 45% frequentaram formação formal em RCP, ainda que 73% tenham procurado informação de forma autodidata.

Relativamente à confiança para atuar, 46% dos participantes referiram sentir confiança para iniciar manobras de RCP perante uma paragem cardiorrespiratória no próprio filho, 37% referiram insegurança e 17% referiram não ter confiança. Quanto à importância atribuída à formação, 95% dos participantes classificaram a aprendizagem de manobras de suporte de vida como "Muito Importante" (nível 5 da escala) e 5% como "Importante" (nível 4). Estes dados encontram-se sistematizados na Tabela 3.

Tabela 3 – Experiência, confiança e importância atribuída à formação

Variável	Categoria	Nº	%
Já presenciou emergência pediátrica?	Sim	43	43%
	Não	57	57%
Frequência do Curso de RCP	Sim	45	45%
	Não	55	55%
Motivação para realizar esse(s) curso(s)?	Iniciativa própria	30	30%
	Obrigação profissional	26	26%
	Outro	13	13%
Informação de Forma Autodidata	Sim	73	73%
	Não	27	27%
Confiança para Realizar RCP no filho	Confia	46	46%
	Não confia	17	17%
	Inseguro	37	37%
Importância da Formação (Escala 1–5)	Muito Importante (Nível 5)	95	95%
	Importante (Nível 4)	5	5%

Discussão de Resultados

Os resultados do presente estudo indicam que 95% dos participantes atribuem importância máxima à formação em reanimação, contrastando com os 46% que referiram sentir confiança para realizar manobras de suporte de vida perante uma paragem cardiorrespiratória no próprio filho. Este desfasamento entre a valorização da formação e a confiança para atuar é consistente com o denominado paradoxo conhecimento-confiança descrito na literatura, segundo o qual a valorização teórica de uma competência não se traduz necessariamente em prontidão para a ação (Míguez-Navarro et al., 2018). Verificou-se ainda que 43% dos participantes já presenciaram situações reais de emergência pediátrica e 73% referiram ter procurado informação de forma autodidata, sendo que a confiança para atuar se manteve baixa nestes grupos, o que é consistente com a evidência que aponta o treino prático estruturado, e não a experiência informal ou a informação autodidata, como o principal determinante da confiança para intervir em situações de emergência (Greif et al., 2021).

Os domínios com menor percentagem de respostas corretas, nomeadamente o rácio de compressões/ventilações em pediatria (50%) e a desobstrução da via aérea no lactente (57%), representam precisamente os procedimentos que exigem maior precisão técnica em contexto de emergência. A literatura aponta que o défice de conhecimento nestes domínios específicos está associado a menor prontidão para intervir, reforçando a pertinência de programas de treino prático estruturado em complemento à transmissão de informação teórica (Greif et al., 2021). No contexto dos primeiros socorros e da RCP pediátrica, a literacia em saúde assume uma natureza eminentemente prática, envolvendo não apenas o conhecimento teórico, mas também a capacidade de aplicar procedimentos de forma adequada em situações que exigem rapidez de decisão.

A análise por tópico evidenciou um desempenho global heterogéneo, com proporções particularmente elevadas de respostas corretas nas questões relacionadas com a ativação do sistema de emergência e com medidas básicas de resposta imediata. Destacam-se as elevadas taxas de reconhecimento do número de emergência (99%) e da prioridade de contacto com os serviços de emergência (94%). De forma semelhante, a identificação do pedido de ajuda perante uma criança inconsciente (98%) e da técnica de compressão direta em feridas hemorrágicas (92%) indicam que a maioria dos cuidadores reconhece adequadamente intervenções iniciais essenciais. Estes resultados sugerem que os participantes apresentam conhecimentos relativamente consolidados nas primeiras etapas da resposta a

emergências pediátricas, particularmente nas ações iniciais da cadeia de sobrevivência.

Ainda assim, a interpretação destes achados deve considerar possíveis diferenças metodológicas, nomeadamente ao nível dos instrumentos de avaliação utilizados, características da amostra e contexto assistencial, que podem limitar a comparabilidade direta dos resultados.

Neste contexto, os resultados do presente estudo, sugerem que determinados conhecimentos básicos, particularmente os relacionados com a ativação do sistema de emergência e com intervenções imediatas simples, poderão estar mais disseminados entre os cuidadores. Tal, poderá refletir a maior visibilidade destes procedimentos em campanhas de saúde pública, programas educativos e informação disseminada pelos meios de comunicação.

Adicionalmente, o estudo de Míguez-Navarro et al. (2018) demonstrou que fatores como formação prévia em primeiros socorros, maior nível de escolaridade e profissão na área da saúde ou da educação estão associados a níveis superiores de conhecimento parental. Estes achados reforçam a importância de estratégias educativas, dirigidas à população geral, particularmente aos pais e cuidadores, como forma de melhorar a literacia em saúde e a capacidade de resposta perante situações de emergência pediátrica.

Assim, apesar do desempenho favorável observado em algumas questões fundamentais, os resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a literatura internacional continua a evidenciar défices relevantes na literacia parental em primeiros socorros e reanimação cardiopulmonar. Estes dados reforçam a necessidade de desenvolver programas de formação, acessíveis e sistemáticos, dirigidos aos cuidadores, preferencialmente integrados em contextos de contacto frequente com famílias, como os serviços de saúde ou instituições educativas.

Verificaram-se também níveis satisfatórios em cenários de acidentes específicos, como os procedimentos de RCP em vítimas de afogamento (85%), a abordagem inicial a queimaduras (87%) e a lavagem ocular em caso de contacto com produtos corrosivos (84%). Estes dados indicam um domínio razoável de medidas, frequentemente abordadas em formações gerais de primeiros socorros, o que pode ser explicado pelo facto de 45% da amostra já ter frequentado cursos formais nesta área.

No entanto, como ressalva Nutbeam (2000), a literacia funcional é apenas o estágio inicial. Embora os pais saibam "o que é" o 112 ou "o que fazer" numa queimadura simples, o verdadeiro desafio surge quando a situação exige literacia

comunicativa e crítica, ou seja, a aplicação de protocolos técnicos rigorosos sob stress, onde os níveis observados no presente estudo tendem a diminuir.

À medida que a complexidade técnica das situações de emergência aumenta, observa-se uma transição para os níveis de literacia comunicativa e crítica, onde os resultados do presente estudo, revelam fragilidades acentuadas. Estes níveis exigem não apenas a retenção de informação, mas a capacidade de a aplicar de forma autónoma em circunstâncias mutáveis.

As lacunas mais preocupantes identificam-se em tópicos de risco vital imediato. Apenas 57% dos participantes demonstraram conhecimento sobre as manobras de desobstrução da via aérea em crianças menores de 2 anos, um valor que, embora superior a metade da amostra, é insuficiente dada a prevalência de asfixia por corpo estranho nesta faixa etária. Ainda mais alarmante é o dado relativo à ingestão de substâncias cáusticas, em que apenas 34% reconheceram a proibição de induzir o vômito ou oferecer leite. Este resultado evidencia que crenças populares erróneas e perigosas ainda prevalecem sobre as evidências científicas, o que pode agravar severamente o prognóstico da criança em caso de acidente.

No domínio da RCP, o défice é ainda mais profundo. Apenas 18% dos inquiridos responderam corretamente aos procedimentos específicos perante uma perda súbita de consciência (incluindo o algoritmo completo de compressões e ventilações). Estes indicadores sugerem que a literacia funcional dos pais é "superficial": conhecem os conceitos, mas falham na execução técnica e na sequência lógica do socorro.

A correlação positiva observada, entre a autoavaliação e o desempenho real indica que os cuidadores possuem alguma consciência das suas limitações, o que explica por que 95% classificam a formação como prioritária. O facto de os profissionais de saúde e os participantes com formação prévia apresentarem melhores resultados confirma a premissa de que a literacia em saúde é uma competência adquirida e dependente de treino estruturado. Contudo, a ausência de participantes com pontuação máxima reforça que a educação para a saúde nesta área não deve ser um evento único, mas um processo de atualização contínua, dada a rápida degradação das competências técnicas em RCP, quando não praticadas regularmente.

Os resultados deste estudo têm implicações diretas na intervenção do enfermeiro, particularmente na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A identificação de lacunas críticas, em manobras de sobrevivência, reforça o papel do enfermeiro como principal agente de educação para a saúde na comunidade.

Otimização do Tempo de Espera, considerando que a colheita de dados ocorreu num SUP, este contexto revela-se um local estratégico para intervenções de "literacia de oportunidade". O tempo de espera, na urgência pode ser capitalizado para a transmissão de mensagens curtas e incisivas, utilizando suportes digitais como QR Codes que direcionem para vídeos demonstrativos fidedignos sobre desobstrução da via aérea e RCP pediátrica.

Os resultados indicam que apenas 46% dos participantes referiram sentir confiança para atuar em situação de emergência pediátrica, o que é consistente com a evidência que aponta o treino prático baseado em simulação como um complemento essencial à formação teórica, contribuindo para a consolidação de sequências técnicas complexas e para o aumento da confiança para intervir (Duburcq et al., 2015; Greif et al., 2021). Neste sentido, as instituições de saúde poderão beneficiar da promoção de formações de curta duração com componente prática, acessíveis a pais e cuidadores.

A intervenção do EESIP deve igualmente contemplar os domínios com menor percentagem de respostas corretas, nomeadamente a gestão de intoxicações por substâncias cáusticas, em que apenas 34% dos participantes responderam corretamente, sinalizando a necessidade de integrar estes conteúdos nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários.

Devem existir estratégias digitais de suporte. Pois a elevada literacia digital e escolaridade da amostra (62% com ensino superior), sugere que o desenvolvimento de ferramentas de suporte à decisão em formato de aplicação móvel, poderia ser uma estratégia eficaz para guiar os cuidadores durante os primeiros minutos de uma emergência, servindo de reforço à literacia crítica.

A baixa taxa de percentagem na RCP, é particularmente preocupante, considerando que a eficácia da intervenção precoce depende da correta execução das manobras. As recomendações atuais da American Heart Association (2025) enfatizam que a qualidade das compressões e a sequência correta de atuação são determinantes para o prognóstico neurológico, reforçando a importância de formação prática estruturada.

Globalmente, os resultados sugerem que intervenções educativas dirigidas a pais e cuidadores deverão privilegiar metodologias ativas e treino prático repetido, em vez de abordagens exclusivamente teóricas. A identificação objetiva das lacunas de conhecimento permite orientar estratégias formativas mais direcionadas às necessidades reais da população estudada.

O viés de autoseleção constitui outra limitação relevante, uma vez que a participação no estudo foi voluntária. É plausível assumir que os participantes tenham maior interesse prévio no tema, maior motivação ou maior sensibilidade para questões relacionadas com a segurança infantil. Este fator pode ter influenciado, tanto as respostas às questões de opinião, como os níveis de conhecimento demonstrados, afastando a amostra do perfil médio da população-alvo.

No que concerne às limitações de medição, importa salientar que a autoavaliação do conhecimento em primeiros socorros é, por natureza, subjetiva. Os participantes podem sobrestimar ou subestimar as suas competências reais, o que compromete a correspondência entre perceção e desempenho efetivo. Embora o questionário inclua uma secção de avaliação objetiva do conhecimento, a ausência de validação através de métodos práticos, como simulação de cenários reais, limita a avaliação da competência operacional.

De forma semelhante, a confiança autorrelatada na capacidade de prestar primeiros socorros ou realizar RCP, não corresponde necessariamente à competência real. Indivíduos confiantes podem não possuir conhecimentos ou habilidades adequados. Enquanto outros, tecnicamente competentes, podem manifestar insegurança. Esta dissociação reforça a necessidade de instrumentos de avaliação que integrem componentes práticas e observacionais.

Relativamente às questões de conhecimento, a utilização de respostas fechadas do tipo Sim ou Não, pode reduzir a sensibilidade do instrumento, não distinguindo claramente entre desconhecimento e resposta incorreta por erro conceptual. A inclusão da opção Não sei, já implementada no questionário, constitui uma estratégia relevante para mitigar este problema, permitindo uma interpretação mais rigorosa das lacunas de conhecimento.

Por fim, o tamanho da amostra constitui uma limitação estrutural do estudo. Com um total de 100 participantes, o estudo apresenta uma dimensão adequada para uma análise estatística descritiva detalhada, permitindo caracterizar padrões, tendências e a variabilidade interna da amostra. Contudo, este número é insuficiente para a extrapolação de dados à população geral, ou para a realização de testes inferenciais com poder estatístico robusto. De facto, considerando um intervalo de confiança de 95%, a margem de erro associada às proporções estimadas, é relativamente elevada, apresentando um valor próximo de 10%.

No presente estudo, os elevados níveis de valorização do conhecimento e as taxas satisfatórias de respostas corretas, em questões básicas, sugerem que a maioria

dos participantes possuem literacia funcional adequada. Este achado é consistente com a evidência científica, que aponta que populações com educação superior tendem a apresentar melhor literacia funcional.

Embora uma parte significativa dos participantes demonstre compreensão conceptual, os resultados indicam que esta literacia não se traduz plenamente em confiança para a ação. Apenas 46% dos participantes confiam em conseguir prestar primeiros socorros ao seu filho em emergência, apesar de 95% considerarem a RCP muito importante. Este desfasamento sugere uma fragilidade na transição entre literacia comunicativa e prática efetiva.

A literacia crítica representa o nível mais elevado do modelo conceptual de Nutbeam, correspondendo à capacidade de analisar criticamente a informação em saúde, integrar conhecimento com experiência, tomar decisões informadas e exercer controlo ativo sobre situações que afetam a saúde. Este nível está intimamente associado à autonomia, ao empoderamento e a comportamentos pró-ativos, sendo particularmente relevante em contextos de elevada complexidade e carga emocional, como as emergências pediátricas.

No âmbito dos primeiros socorros e da reanimação cardiopulmonar pediátrica, a literacia crítica traduz-se na capacidade de avaliar rapidamente uma situação de emergência, priorizar intervenções de forma adequada, tomar decisões sob stress emocional e manter competências atualizadas ao longo do tempo através de treino regular, reciclagem e prática deliberada. Estes elementos exigem não apenas conhecimento teórico, mas também integração cognitiva, confiança e capacidade de adaptação ao contexto real.

Os resultados do presente estudo sugerem que apenas uma proporção limitada dos participantes atinge este nível de literacia, evidenciada pelas dificuldades manifestadas na aplicação dos conhecimentos em situações concretas. Este défice é consistente com a evidência científica, que aponta a ausência de treino prático, de simulação realística e de prática supervisionada como fatores determinantes para o fraco desenvolvimento da literacia crítica em primeiros socorros.

A literacia em saúde é um constructo multifatorial, influenciado por determinantes individuais, estruturais e sociais, que condicionam a capacidade das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relevante para a tomada de decisões em saúde. No contexto da formação em primeiros socorros e reanimação cardiopulmonar, estas barreiras assumem particular relevância, uma vez

que interferem diretamente com a aquisição de conhecimento, a confiança percebida e a capacidade de atuação em situações de emergência.

Ao nível individual, destacam-se barreiras de natureza cognitiva, relacionadas com a dificuldade em compreender conceitos técnicos ou sequências de atuação complexas, sobretudo quando a informação é apresentada de forma abstrata ou excessivamente teórica. Estas dificuldades são frequentemente agravadas por barreiras emocionais, como ansiedade, medo de errar ou receio de causar dano, que podem inibir a aprendizagem e comprometer a retenção do conhecimento.

Paralelamente, fatores motivacionais desempenham um papel crítico, uma vez que a percepção reduzida de relevância pessoal ou a ausência de interesse pelo tema diminui a adesão a iniciativas formativas. A falta de experiência prática ou de exposição prévia a situações de emergência constitui outra barreira significativa, limitando a consolidação do conhecimento. No presente estudo, apenas 43% dos participantes tiveram experiência em primeiros socorros e 17% em RCP, sugerindo que a maioria não dispõe de vivências práticas que consolidem o conhecimento teórico.

As barreiras estruturais representam um segundo eixo fundamental. O acesso limitado à formação adequada, seja por escassez de oferta, localização geográfica ou falta de divulgação, restringe as oportunidades de aprendizagem. O custo associado a cursos certificados ou ações de formação especializadas constitui um obstáculo adicional, particularmente para famílias com menor rendimento.

A incompatibilidade entre os horários das formações e as exigências profissionais ou familiares é outro fator frequentemente referido, reduzindo a participação mesmo quando existe interesse. Acresce ainda a utilização de linguagem excessivamente técnica ou pouco adaptada ao público leigo, que dificulta a compreensão e afasta potenciais participantes. No presente estudo, 49% realizaram cursos, mas 51% nunca frequentaram formação estruturada, sugerindo barreiras significativas ao acesso.

As barreiras de natureza social constituem igualmente um fator condicionante do acesso à literacia em saúde. A literatura identifica que desigualdades socioeconómicas podem perpetuar disparidades nos níveis de literacia entre diferentes grupos populacionais, limitando o acesso à informação e à formação em primeiros socorros e RCP (Nutbeam, 2000; Zarcadoolas et al., 2005). A identificação destas barreiras é relevante para o planeamento de intervenções educativas que privilegiem a equidade no acesso ao conhecimento em saúde.

Além disso, desigualdades socioeconômicas condicionam o acesso à informação e à formação, perpetuando disparidades nos níveis de literacia em saúde entre diferentes grupos sociais. A identificação destas barreiras é essencial para o desenho de intervenções educativas eficazes, uma vez que evidencia a necessidade de abordagens multifacetadas, centradas no utilizador, com linguagem acessível, forte componente prática e estratégias que promovam a motivação, a inclusão e a equidade no acesso ao conhecimento em saúde.

No contexto do presente estudo, os dados indicam que 95% dos participantes classificaram a formação em suporte básico de vida como muito importante. Contudo, esta valorização não se traduziu em níveis equivalentes de conhecimento nos domínios de maior complexidade técnica, o que é concordante com a evidência que aponta a percepção de importância, por si só, como insuficiente para garantir a aquisição de competências (Carpenter, 2010). Os benefícios percebidos representam a valorização dos efeitos positivos associados ao comportamento, neste caso, o conhecimento em primeiros socorros e RCP como instrumentos capazes de salvar vidas. Estratégias que ilustram casos de sucesso ou experiências reais de intervenção eficaz podem consolidar a percepção de utilidade e relevância do conhecimento. Os dados sugerem que este componente está bem estabelecido na amostra.

As barreiras percebidas, como a falta de tempo para frequentar cursos, constituem fatores que limitam a ação. A sua minimização pode ser alcançada através da oferta de formações curtas, acessíveis e em formatos flexíveis, incluindo online, adaptadas à realidade familiar e profissional dos cuidadores. No presente estudo, 51% nunca realizou cursos, sugerindo barreiras significativas.

Observou-se um paradoxo entre o reconhecimento da importância do conhecimento em RCP, com 95% dos participantes a valorizarem esta competência como muito relevante, e a confiança em aplicá-la, que se situou apenas em 46%. Este desfasamento evidencia a necessidade de intervenções focadas na construção gradual da confiança, mediante prática repetida, simulação de cenários e suporte orientado, de forma a traduzir o conhecimento em capacidade efetiva de ação.

As pistas para ação constituem eventos ou estímulos que desencadeiam a execução do comportamento, como campanhas de sensibilização, lembretes periódicos ou relatos de histórias de sucesso. A integração destas estratégias na formação pode promover o engajamento, reforçando a aprendizagem e aumentando a probabilidade de aplicação prática do conhecimento adquirido.

A Reasoned Action Approach (Ajzen, 2020) constitui a evolução conceptual mais recente deste enquadramento, integrando de forma explícita a atitude em relação ao comportamento, a norma subjetiva e o controlo percebido, bem como a experiência prévia e os fatores contextuais que influenciam a transição da intenção para a ação.

A atitude refere-se à avaliação positiva ou negativa do comportamento; no contexto da literacia em primeiros socorros, verifica-se uma atitude fortemente positiva, refletida na valorização da aprendizagem de RCP por 95% dos participantes, evidenciando consenso quanto à importância do conhecimento.

A norma subjetiva diz respeito à percepção da influência de outros significativos, como familiares, colegas ou entidades empregadoras, na adoção de determinado comportamento (Ajzen, 2020). Os dados do presente estudo indicam que 30% dos participantes que realizaram formação em RCP o fizeram por iniciativa própria e 26% por obrigação profissional, sugerindo que tanto a motivação intrínseca como as políticas institucionais desempenham um papel relevante no acesso à formação nesta área.

O controlo comportamental percebido refere-se à percepção de capacidade para executar o comportamento desejado (Ajzen, 2020). No presente estudo, 46% dos participantes referiram sentir confiança para atuar em situação de paragem cardiorrespiratória, valor que contrasta com os 95% que valorizam fortemente a formação, evidenciando um desfasamento entre a intenção e a confiança para agir.

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra é predominantemente feminina (80%), com nível de escolaridade elevado (62% com licenciatura) e uma proporção considerável de profissionais de saúde (32%), o que pode condicionar a generalização dos resultados para a população parental geral. A dimensão da amostra (n=100) é igualmente limitada para a realização de análises estratificadas robustas. Acresce que a avaliação se baseou em questionário de resposta fechada, não permitindo avaliar competências práticas reais, uma vez que o conhecimento declarado pode não corresponder à capacidade efetiva de atuação em situação de emergência.

O estudo apresenta ainda duas limitações adicionais. A ausência de avaliação de competências práticas, através de simulação ou observação direta, limita a caracterização do nível de literacia operacional dos participantes, uma vez que o desempenho em questionário de resposta fechada pode não refletir a capacidade de atuação em contexto real. O desenho transversal não permite estabelecer relações causais nem acompanhar a evolução do conhecimento ao longo do tempo. No que

respeita à comparação com a literatura, os resultados obtidos nos domínios da RCP pediátrica (50% de respostas corretas) e da gestão de intoxicações por substâncias cáusticas (34% de respostas corretas) são consistentes com os défices descritos em estudos internacionais realizados em populações leigas (Míguez-Navarro et al., 2018; Greif et al., 2021).

Os dados do presente estudo indicam que 43% dos participantes referiram já ter presenciado uma situação real de emergência pediátrica e 45% frequentaram formação formal em RCP. A literatura aponta que a formação prévia estruturada constitui um dos determinantes mais robustos do nível de conhecimento em primeiros socorros e da confiança para atuar (Míguez-Navarro et al., 2018; Wei et al., 2013), o que é consistente com a percentagem de participantes que refere sentir confiança para agir (46%). No que respeita à comparação com estudos internacionais, os resultados obtidos em procedimentos básicos de ativação de emergência, com percentagens de resposta correta entre 94% e 99%, são globalmente superiores aos descritos por Míguez-Navarro et al. (2018), enquanto os domínios de maior complexidade técnica, como a RCP pediátrica e a gestão de intoxicações, revelam défices comparáveis aos identificados na literatura internacional.

Contudo, o choque, com a evidência surge nos temas de maior complexidade, Míguez-Navarro et al., identificou que o conhecimento sobre RCP era um dos pontos mais débeis dos cuidadores; os nossos resultados confirmam esta tendência de forma dramática, com apenas 18% nos procedimentos de reanimação perante perda súbita de consciência. Esta consistência entre estudos, apesar de realizados em contextos geográficos diferentes, sugere que existe um problema transnacional: o ensino da RCP aos pais é muitas vezes demasiado teórico ou ausente das consultas de rotina.

No que toca à ingestão de substâncias cáusticas, a nossa taxa (34%) é preocupantemente baixa e alinha-se com a literatura que descreve a persistência de mitos geracionais. Míguez-Navarro et al., também destacou que a gestão de intoxicações é frequentemente negligenciada em prol de outros temas, o que explica por que até uma amostra diferenciada como a nossa (com 32% de profissionais de saúde) comete erros que podem duplicar a lesão esofágica da criança.

Um ponto de divergência interessante refere-se à desobstrução da via aérea. Enquanto alguns estudos internacionais apontam para uma maior literacia nesta área devido ao medo instintivo do engasgamento, os nossos 57% sugerem que, embora os pais saibam que a situação é grave, a técnica correta (especialmente a distinção entre lactente e criança maior) ainda não está consolidada.

Esta análise, à luz do referencial de Míguez-Navarro et al., permite-me supor que a literacia parental não é um problema de "falta de interesse", dado que 95% dos nossos pais valorizam o tema, mas sim um problema de qualidade e persistência da formação. Como autor, considero que a elevada escolaridade da amostra (62% licenciados) pode ter gerado um falso sentido de segurança que não se traduziu em competência operacional, reforçando a ideia de que a literacia em emergência é uma "literacia especial" que não depende do grau académico geral.

Um dos achados mais relevantes do presente estudo reside no desfasamento entre a importância atribuída à formação em RCP (95%) e a percentagem de participantes que referiram sentir confiança para atuar (46%). Este resultado é consistente com a evidência disponível, que aponta que a valorização teórica de uma competência não garante, por si só, a confiança para a sua aplicação em contexto real, sendo o treino prático estruturado um elemento determinante para a consolidação dessa confiança (Greif et al., 2021; Duburcq et al., 2015).

A taxa de resultados nas compressões (50%) e na desobstrução da via aérea (57%) aproxima-se dos valores encontrados por Míguez-Navarro et al. (2018) em Espanha. Contudo, é crítico observar que, mesmo numa amostra com 32% de profissionais de saúde, as lacunas em procedimentos vitais permanecem elevadas. Este dado permite-nos reconhecer que o conhecimento em RCP é altamente perecível, exigindo que as formações com reciclagens periódicas, não estão a ocorrer, ou não estão a ser ministradas na população estudada.

No que concerne à análise autocrítica do estudo, reconhece-se que a dimensão da amostra e a margem de erro próxima dos 10% constituem limitações que impedem a generalização dos resultados. Contudo, considera-se que o estudo cumpre o seu propósito exploratório, fornecendo indicadores locais preciosos para o planeamento de futuras intervenções de enfermagem na comunidade.

Apesar das limitações referidas, o estudo apresenta aspetos que importa destacar. O instrumento de recolha de dados abrange domínios relevantes da literacia parental em emergência pediátrica, contemplando situações de risco real como a RCP, a obstrução da via aérea e a gestão de intoxicações. A recolha de dados em contexto de SUP confere maior proximidade com a realidade clínica, permitindo caracterizar o perfil de literacia de uma população que interage diretamente com o sistema de saúde. Os resultados permitem identificar de forma objetiva as áreas com maior défice de conhecimento, constituindo uma base para o planeamento de intervenções educativas direcionadas.

No que respeita à comparação com a literatura, os resultados do presente estudo são consistentes com os de Míguez-Navarro et al. (2018), que identificaram padrão semelhante numa amostra espanhola, com elevada valorização da formação em RCP mas baixa percentagem de cuidadores confiantes para atuar. Esta convergência sugere que o desfasamento entre a valorização da formação e a confiança para agir não é exclusivo do contexto português, podendo refletir uma tendência transversal a diferentes contextos europeus.

Conclusão

O percurso formativo em estágio, desenvolvido no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, permitiu consolidar competências específicas do EESIP em contextos de complexidade crescente, nomeadamente nas valências de Cuidados Intensivos Pediátricos, Internamento de Pediatria e Neonatologia, em conformidade com as competências definidas pelo Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Em termos de perspetivas futuras, o percurso formativo realizado constitui uma base sólida para o desenvolvimento de uma prática clínica avançada, centrada na evidência científica e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Os resultados do estudo de investigação reforçam a necessidade de o EESIP assumir um papel ativo na promoção da literacia parental em situações de emergência pediátrica, nomeadamente através do planeamento e implementação de intervenções educativas estruturadas e acessíveis à comunidade. A articulação entre a componente clínica e a componente investigativa deste percurso evidencia a relevância do enfermeiro especialista não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na produção e disseminação de conhecimento que contribua para a segurança e o bem-estar da criança e da família.

O presente estudo avaliou a literacia parental em primeiros socorros e reanimação cardiorrespiratória pediátrica entre pais e cuidadores que recorreram ao SUP de uma ULS da região interior, tendo permitido desenvolver competências na área da investigação em ESIP. Os resultados indicam que 95% dos participantes atribuem grande importância à formação em RCP, contrastando com os 46% que referiram sentir confiança para atuar em situação de emergência pediátrica.

Os dados evidenciam percentagens de resposta correta elevadas em procedimentos de ativação de emergência, nomeadamente o número de emergência (99%) e a abordagem à inconsciência (98%), e percentagens significativamente mais baixas em procedimentos de maior complexidade técnica, como o rácio de compressões/ventilações em pediatria (50%) e a gestão de intoxicações por substâncias cáusticas (34%).

Os resultados obtidos sustentam um conjunto de implicações para a prática clínica e para as políticas de saúde. As intervenções educativas de enfermagem devem privilegiar metodologias ativas, como a prática simulada com manequins e o feedback estruturado, em detrimento da transmissão exclusivamente teórica de informação, de forma a promover a confiança dos cuidadores para atuar em situação

de emergência. As iniciativas de sensibilização e as intervenções de educação para a saúde desenvolvidas em contexto de urgência pediátrica devem dar prioridade aos domínios com menor percentagem de respostas corretas, nomeadamente a RCP pediátrica, a desobstrução da via aérea e a gestão de intoxicações por substâncias cáusticas. A integração de conteúdos de primeiros socorros pediátricos nos currículos escolares e em parcerias com os cuidados de saúde primários poderá contribuir para uma maior equidade no acesso ao conhecimento. A diversificação de formatos, incluindo conteúdos digitais e cursos com horários flexíveis, pode reduzir as barreiras de acesso identificadas pelos cuidadores.

A investigação desenvolvida permitiu alcançar os objetivos delineados, caracterizando o perfil de literacia parental em primeiros socorros e RCP pediátrica numa amostra de pais e cuidadores que recorreram ao serviço de urgência pediátrica. Os resultados evidenciam que a elevada valorização da formação em RCP, expressa por 95% dos participantes, não se traduz necessariamente em níveis de conhecimento adequados nos domínios de maior complexidade técnica, nomeadamente no rácio de compressões/ventilações (50% de respostas corretas) e na gestão de intoxicações por substâncias cáusticas (34% de respostas corretas). Estes dados sublinham a pertinência de intervenções educativas que vão além da sensibilização para o tema, privilegiando a aquisição de conhecimento técnico específico em áreas de risco vital para a criança.

Os resultados obtidos indicam ainda que a presença de formação académica de nível superior ou de atividade profissional na área da saúde não garante, por si só, níveis de conhecimento adequados em todos os domínios avaliados, sugerindo a pertinência de formação específica em primeiros socorros e RCP pediátrica independentemente do nível de escolaridade ou da área profissional do cuidador. Em síntese, os dados obtidos constituem uma contribuição para a caracterização da literacia parental neste contexto específico, fornecendo informação relevante para o planeamento de estratégias de educação para a saúde dirigidas a pais e cuidadores que recorrem aos serviços de urgência pediátrica.

Entre as principais limitações do estudo destacam-se a dimensão reduzida da amostra (n=100), predominantemente feminina e com nível de escolaridade elevado, o que pode condicionar a generalização dos resultados para a população parental geral, a avaliação baseada em questionário de resposta fechada, que não permite avaliar competências práticas reais, e o desenho transversal, que não permite estabelecer relações causais nem acompanhar a evolução do conhecimento ao longo do tempo. Apesar destas limitações, o estudo contribui para a caracterização do perfil

de literacia parental em primeiros socorros e RCP pediátrica num contexto de urgência hospitalar, identificando os domínios com maior défice de conhecimento e fornecendo informação relevante para o planeamento de intervenções educativas dirigidas a pais e cuidadores.

A aplicação prática destes achados apoia a implementação de programas formativos estruturados, combinando módulos presenciais e digitais, simulações práticas, feedback imediato e comunidades de prática. Recomenda-se também a integração da formação em escolas, campanhas de sensibilização, redução de barreiras de acesso e estratégias contínuas de reciclagem, garantindo que o conhecimento adquirido seja efetivamente aplicado em situações de emergência pediátrica.

Para estudos futuros, sugere-se a ampliação da amostra para maior representatividade da população parental, a inclusão de métodos observacionais e simulações em contexto real para avaliação de competências práticas, o recurso a desenhos longitudinais que permitam analisar a retenção do conhecimento ao longo do tempo, bem como o desenvolvimento de investigação sobre a associação entre a literacia parental e os desfechos de saúde infantil em situações de emergência.

Em resposta à questão de investigação, os resultados indicam que a amostra apresenta percentagens de resposta correta elevadas em procedimentos de ativação de emergência, nomeadamente o número de emergência (99%), e percentagens significativamente mais baixas em procedimentos de maior complexidade técnica, como o rácio de compressões/ventilações em pediatria (50%) e a abordagem na ingestão de substâncias cáusticas (34%). Verificou-se ainda que 43% dos participantes já presenciaram uma situação real de emergência pediátrica e 45% frequentaram formação formal em RCP, sendo que apenas 46% referiram sentir confiança para atuar. Relativamente à importância atribuída à formação, 95% dos participantes classificaram a aprendizagem de suporte básico de vida como muito importante. Em síntese, os resultados evidenciam que o nível de conhecimento em procedimentos de suporte de vida e a confiança para atuar em situação de emergência pediátrica são insuficientes face à importância atribuída ao tema, reforçando o papel do EESIP na promoção de intervenções educativas práticas e estruturadas dirigidas a pais e cuidadores.

Considerações Finais

Os estágios realizados no âmbito do MESIP constituíram uma experiência formativa determinante para a consolidação de competências avançadas. Mais do que um período de aprendizagem técnica, este percurso permitiu a afirmação do perfil de Enfermeiro Especialista (EESIP), conforme preconizado pelo Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Ao longo deste período, foram fortalecidas competências específicas de gestão de cuidados à criança e jovem em situações complexas e de falência orgânica, nomeadamente na avaliação clínica sistemática em emergência, monitorização avançada e aplicação de protocolos baseados em evidência. A prática clínica permitiu o desenvolvimento da capacidade de decisão ética e clínica sob pressão, garantindo a segurança e o bem-estar da criança e da família como unidade de cuidados.

No domínio do exercício profissional especializado, os estágios permitiram desenvolver competências críticas de gestão do conhecimento e intervenção educativa. O desenvolvimento do estudo sobre literacia parental em primeiros socorros e RCP demonstrou a capacidade do especialista em conceber, implementar e avaliar programas de saúde infantil e pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). A condução de formações estruturadas proporcionou experiência na utilização de estratégias pedagógicas inovadoras, como a aprendizagem experiencial e o *feedback* imediato, fundamentais para a capacitação dos cuidadores.

O contributo deste percurso foi significativo na medida em que permitiu identificar, numa amostra de pais e cuidadores que recorreram ao serviço de urgência pediátrica, os domínios com maior défice de conhecimento em primeiros socorros e RCP pediátrica, nomeadamente no rácio de compressões/ventilações (50% de respostas corretas) e na gestão de intoxicações por substâncias cáusticas (34%), e avaliar a percentagem de participantes com confiança para atuar em situação de emergência pediátrica (46%), contrastando com os 95% que valorizam fortemente a formação nesta área. Os resultados foram enquadrados à luz de modelos teóricos de comportamento em saúde, nomeadamente o Modelo de Crenças em Saúde, a Teoria do Comportamento Planeado e o modelo de literacia de Nutbeam, contribuindo para uma leitura contextualizada dos dados obtidos. Este percurso reforçou ainda o papel do enfermeiro especialista como agente ativo na promoção da literacia parental em saúde e na melhoria da segurança da criança na comunidade.

Em termos de perspetivas futuras, este percurso abre caminho para a consolidação de uma prática baseada na evidência, incentivando a criação de redes

de suporte colaborativas e a monitorização longitudinal da aprendizagem. A experiência adquirida reafirma que o EESIP é essencial não apenas na prestação de cuidados diretos, mas na liderança de processos formativos que elevam a literacia em saúde, criando bases sólidas para a proteção e sobrevivência da criança em contexto real de emergência.

De acordo com este referencial, o EESIP desenvolve a sua intervenção em parceria com a criança e a família, independentemente do contexto em que ela se encontre, com o objetivo de promover o mais elevado nível de saúde. No âmbito deste trabalho, esta intervenção assume uma dimensão pedagógica central, integrando a promoção da educação para a saúde parental e a capacitação dos cuidados para a identificação e resposta imediata a situações de risco vital.

As competências do EESIP, definidas no Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, incluem assistir a criança e a família na maximização da sua saúde e cuidar da criança e da família em situações de especial complexidade (OE, 2018). Os estágios e o estudo desenvolvido foram orientados para uma prática clínica que não se limita à gestão da doença aguda, integrando uma dimensão educativa e preventiva dirigida aos pais e cuidadores, com vista a colmatar as lacunas de conhecimento identificadas em situações de emergência pediátrica. Em síntese, o percurso formativo realizado permitiu o desenvolvimento das competências específicas do EESIP e dos descritores de Dublin para o grau de Mestre, contribuindo para uma prática clínica fundamentada na evidência científica e orientada para a segurança e bem-estar da criança e da família.

Referências Bibliográficas

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Ajzen, I. (2020). A teoria do comportamento planejado: perguntas frequentes. *Human Behavior and Emerging Technologies*. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>

Aljawad, B., Miraj, S. A., Alameri, F., & Alzayer, H. (2025). Cuidado centrado na família em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica: uma revisão de escopo de intervenções, barreiras e facilitadores. *BMC Pediatrics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05620-w>

Almeida, T. R. A. (2025). *Promoção da parentalidade: O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica nos cuidados de saúde*. Agência Nacional de Financiamento da Ciência, Investigação e Tecnologia. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/7198>

Als, H., Lawhon, G., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., Gibes-Grossman, R., & Blickman, J. G. (1994). Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant: Medical and neurofunctional effects. *JAMA*, 272(11), 853–858. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520110033025>

American Academy of Pediatrics. (2025, Maio 22). *Screen time guidelines*. <https://www.aap.org/en/patient-care/media-and-children/center-of-excellence-on-social-media-and-youth-mental-health/qa-portal/qa-portal-library/qa-portal-library-questions/screen-time-guidelines>

American Heart Association. (2020). Part 1: Executive summary: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(Suppl. 2), S337–S357. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000918>

Ampudia de Haro, F., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M. R., Carvalho, P., & Costa, R. (2016). *Investigação em ciências sociais: Guia prático do estudante*. Pactor.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2024). *Relatório de atividades* 2023. APSI.
https://www.apsi.org.pt/images/PDF/RelatorioAtividades/APSI_RELATORIO_DE_ATIVIDADES_2023_RF.pdf

Babbo, C. C., Mellet, J., Van Rensburg, J., Pillay, S., Horn, A., Nakwa, F., Velaphi, S., Kali, G. T. J., Coetzee, M., Masemola, M. Y. K., Ballot, D., & Pepper, M. S. (2024). Encefalopatia neonatal devido à suspeita de encefalopatia hipóxico-isquêmica: fisiopatologia, tratamentos atuais e emergentes. *World Journal of Pediatrics*.
<https://doi.org/10.1007/s12519-024-00836-9>

Bäcke, P., Hjelte, B., Westas, L. H., Ågren, J., & Blomqvist, Y. T. (2021). Quando tudo o que eu queria era segurar meu bebê — As experiências de pais de bebês que receberam hipotermia terapêutica. *Acta Paediatrica*, 110(2).
<https://doi.org/10.1111/apa.15431>

Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>

Beck, C. T., & Polit, D. F. (2017). *Study Guide For Essentials Of Nursing Research* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Brandão, A. C. M., Messac, D. A., & Santos, I. N. (2025). Epidemiologia da ressuscitação cardiopulmonar pediátrica. *Archives of Health*, 6(4, edição especial), 1–6. <https://doi.org/10.46919/archv6n4espec-16228>

Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. (2017). Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics & Child Health*, 22(8), 461–477. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx123>

Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., Saizou, C., Lapillonne, A., Granier, M., Durand, P., Lenclen, R., Coursol, A., Hubert, P., de Saint Blanquat, L., Boëlle, P. Y., Annequin, D., Cimerman, P., Anand, K. J. S., & Bréart, G. (2008). Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*, 300(1), 60–70. <https://doi.org/10.1001/jama.300.1.60>

Carpenter, C. (2010). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Communication*, 25, 661–669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>

Carvalho, C. R. P. (2024). *Revisão dos critérios usados no diagnóstico da encefalopatia hipóxico-isquêmica neonatal* [Dissertação de Mestrado Integrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Institucional. <https://share.google/jyJCW5yQQ6FUWYIYV>

Cerqueira, C., & Monteiro, A. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In M. Barbieri-Figueiredo & A. Ramos (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (Capítulo 3.2, p. 36). LIDEL.

Charlton, N. P., Goolsby, C. A., Zideman, D. A., Maconochie, I. K., Morley, P. T., Singletary, E. M., & Singletary, E. (2021). Tipos apropriados de torniquete na população pediátrica: uma revisão sistemática. *Cureus*, 13(4).

Cheng, T. L., Johnson, S. B., & Goodman, E. (2016). Breaking the intergenerational cycle of disadvantage: The three generation approach. *Pediatrics*, 137(6), e20152467. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2467>

Conde-Agudelo, A., Díaz-Rossello, J. L., & Belizán, J. M. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(3), Artigo CD002771. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub2>

Cunha, C. R. S. S., Viana, L. M. A. T., Souza, C. V. B., Mangueira, M. A. M. M., & Lima, F. P. L. (2018). Hipotermia terapêutica em recém-nascidos com encefalopatia

hipóxico-isquêmica: Revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 18(1), 37–42.

da Silva, L. G., Malta, A., Marques, C. M., Lima, F. d. S., Abuhid, M. D., Santos, P. R., & Raupp, W. d. R. (2024). Literacia em saúde: perspectivas e desafios, uma revisão de literatura. *Caderno Pedagógico*. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n3-220>

de Faria, M. L. M., Vieira, A. d. C., de Faria, J. S. B., & Guimarães, A. F. (2024). A eficácia da sacarose no rompimento da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Arquivos de Revistas de Saúde*, 5. <https://doi.org/10.46919/archv5n3espec-610>

de Haro, F. A., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M. R., Carvalho, P., & Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais: Guia Prático do Estudante*. ISCTE-IUL. <https://ciencia.iscte-iul.pt/publications/investigacao-em-ciencias-sociais-guia-pratico-do-estudante/33072>

Del Rios, M., Bartos, J. A., Panchal, A. R., Atkins, D. L., Cabañas, J. G., Cao, D., Dainty, K. N., Previdi, J. K., Dezfulian, C., Donoghue, A. J., Drennan, I. R., Elmer, J., Hirsch, K. G., Idris, A. H., Joyner, B. L., Kamath-Rayne, B. D., Kleinman, M. E., Kurz, M. C., Lasa, J. J., ... Wigginton, J. G. (2025). Parte 1: Resumo executivo: Diretrizes da American Heart Association de 2025 para ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência. *Circulation*, 152(16_suppl_2). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001372>

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 023/2012 atualizada a 13/07/2017: Abordagem pré-hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/26/abordagem-pre-hospitalar-das-queimaduras-em-idade-pediatica-e-no-adulto/>

Duburcq-Gury, É., Poissy, J., & Jourdain, M. (2015). Simple and complex mannequins for the initial and continuing education actions. *Bulletin de l'Academie nationale de medecine*, 199(7), 1143–1152.

European Resuscitation Council. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric life support. *Resuscitation*, 161, 327–387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

Evaristo, E., & de Jesus, A. A. (2025). *Ambientes desenvolvidos para prestação de cuidados: o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica enquanto gestor*. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/60277>

Fonseca, C., Barreto, H., Manotas, H., & Esquivel, L. (2016). Hipotermia terapêutica exitosa em uma recepção nascida com encefalopatia neonatal secundária à hipóxia isquêmica: Relatório de caso. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde Universidade do Cauca*, 18(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5881054>

Gadelha, G. G. R. S., Freire, L. E. P. R., Rodrigues, M. I. d. N., Mendes, R. d. S., & Sousa, L. N. d. (2026). Efeitos do método canguru na estabilidade clínica e no vínculo afetivo de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *REVISTA DELOS*, 19(77), e8712. <https://doi.org/10.55905/rdelosv19.n77-100>

Gilman, C. S. G. T. (2015). *A intervenção precoce: uma aliada dos cuidados de saúde prestados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais?* Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/41398>

Grass, B., Erlach, M., Rathke, V., Cippa, G., Hagmann, C., & Brotschi, B. (2024). Parents' experiences of therapeutic hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE): A single-center cross-sectional study. *Quality Management in Health Care*, 33(2), 94–100. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000414>

Greif, R., Lockey, A. S., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. G. (2021). Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>

Horn, D., Gluchowski, N., O'Reilly, D., Bruschettini, M., Cooper, C., & Soll, R. F. (2025). Segurança e eficácia dos inibidores da bomba de prótons em prematuros

com doença do refluxo gastroesofágico. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(3), CD015127. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015127.pub2>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *Manual de suporte básico de vida pediátrico* (Versão 4.0, 1.^a ed.). INEM.

Keller, G., & Warrack, B. (2004). *Statistics for management and economics* (Vol. 1). Thomson/Brooks/Cole.

Maconochie, I. K., Aickin, R., Hazinski, M. F., Atkins, D. L., Bingham, R., Bittencourt Couto, T., Guerguerian, A.-M., Nadkarni, V. M., Ng, K.-C., Nuthall, G. A., Ong, G. Y. K., Reis, A. G., Schexnayder, S. M., Scholefield, B. R., Tijssen, J. A., Nolan, J. P., Morley, P. T., Van de Voorde, P., Zaritsky, A. L., & de Caen, A. R. (2021). Consenso Internacional de Suporte de Vida Pediátrico de 2020 sobre Ciência da Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência com Recomendações de Tratamento. *Pediatrics*, 147(Suppl. 1), e2020038505B. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-038505B>

Magen, E., & DeLisser, H. M. (2017). Best practices in relational skills training for medical trainees and providers: An essential element of addressing adverse childhood experiences and promoting resilience. *Academic Pediatrics*, 17(7S), S102–S107. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.03.006>

Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, 1(5), 57–63.

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.^a ed.). ReportNumber.

Marques, V. G. P. d. S. (2024). *Atribuições da Estratégia Saúde da Família no Cuidado à Saúde da Criança*. Instituto Produzir eBooks. <https://doi.org/10.62363/978-65-84941-21-2.cap27>

Mestre, A. J. d. C. (2025). *Empoderamento dos pais para o cuidado à criança e jovem: Atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/7006>

Míguez-Navarro, C., Ponce-Salas, B., Guerrero-Márquez, G., Lorente-Romero, J., Caballero-Grolimund, E., Rivas-García, A., & Almagro-Colorado, M. A. (2018). O conhecimento e as atitudes em relação aos primeiros socorros e à reanimação cardiopulmonar entre os pais. *Revista de Enfermagem Pediátrica*, 42. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.03.010>

Nascimento, A., Rodrigues, E. G. T., Lombardi, K. C. d. J. S., Santos, M., Tavares, R. d. C., & Neves, K. d. C. (2025). O destaque da educação continuada e a prevenção de acidentes: o papel da enfermagem em casos de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 11(9). <https://doi.org/10.51891/rease.v11i9.20786>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (3.^a ed.). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Série I* (3). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Regulamento n.º 422/2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Protocolos neonatais de urgência*.
<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/protocolos-neonatais-de-urgencia.pdf>

Pedrosa, B. V. (2025). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na gestão do estresse parental*. Repositório Comum.
<https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/7120>

Pedroza-García, K. A., Calderón-Vallejo, D., & Quintanar, J. L. (2022). Neonatal Hypoxic-Ischemic Encephalopathy: Perspectives of Neuroprotective and Neuroregenerative Treatments. *Neuropediatrics*, 53(6), 402–417.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-1755235>

Pereira, B. S. d. S., Ribeiro, D. F. m. S., Gaspar, D. R. F. A., Santos, L. P., Vieira, F. F. M., Nascimento, F. A. d., Lopes, T. P. d. S. B., Guimarães, C. C. V., Felipe, L. A. d. F., & Santos, E. P. d. (2025). Inovação, segurança e humanização com tecnologias do cuidado na UTI neonatal: revisão de literatura.
<https://doi.org/10.63330/aurumpub.014-054>

Pessoa, M. D. S. G., Mattos, S. F. C., Honório, A. D. D. V., & Barros, C. C. I. (2024). Ansiedade infantil: relação com a estrutura familiar e suas consequências. *Revista Brasileira de Implantologia e Ciências da Saúde*.
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1680-1693>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Investigación en Enfermería: Fundamentos para el Uso de la Evidencia en la Práctica de la Enfermería* (9.^a ed.). Wolters Kluwer España.

Reis, E. S. L. M. (2025). *Comunicação com a família da pessoa em situação crítica*. Repositório Comum. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/7107>

Reisinho, J., & Frias, A. (2025). Hora dourada: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 11(1), 67–75.
[https://doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(1\).738.67-75](https://doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(1).738.67-75)

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2004). *Icterícia neonatal*. https://www.spp.pt/userfiles/file/consensos_nacionais_neonatologia_2004/ictericia_neonatal.pdf

Silva, C. (2020). *A importância da família no internamento pediátrico: contributos para uma prática humanizada* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt>

Silveira, R. C., & Procianoy, R. S. (2015). Therapeutic hypothermia for newborns with hypoxic-ischemic encephalopathy. *Jornal de Pediatria*, 91(6 Suppl. 1), S78–S83. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.07.004>

Sousa, V. T. d. S., Fernandes, E. d. S., Paiva, J. D. S. P., Costa, E. C. C., & de Vasconcelos, P. F. (2023). Simulação clínica: aplicabilidade e benefícios para a área da saúde. *Anais do IV Congresso Nacional de Inovações em Saúde*. <https://doi.org/10.51161/conais2023/20866>

Torres e Gomes, G. F. (2025). *O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na promoção de estratégias não farmacológicas no controle e ruptura da dor em pediatria*. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/60382>

Valente, A. C. S. (2022). *Parentalidade positiva em crianças dos 0 aos 3 anos: a intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu].

Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martínez-Mejías, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannsen, B., Lauritsen, T. L., Maconochie, I., Madar, J., Manrique, I., Nadkarni, V., Niles, D., Parr, M., Roeher, C. C., Singletary, E., ... European Resuscitation Council Paediatric Life Support Writing Group. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric life

support. *Resuscitation*, 161, 327–387.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.

Wei, Y.-L., Chen, L.-L., Li, T.-C., Ma, W.-F., Peng, N.-H., & Huang, L.-C. (2013). Self-efficacy of first aid for home accidents among parents with 0- to 4-year-old children at a metropolitan community health center in Taiwan. *Accident Analysis and Prevention*, 52, 182–187. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2012.12.002>

World Health Organization. (2008). *World report on child injury prevention*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/en/>

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.euro.who.int/>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

Apêndices

I. Formação: Tempo de ecrãs em crianças hospitalizadas

1

2

3

4

II. Formação: Refluxo Gastroesofágico Neonatal

Distinção Fundamental
RGE vs DRGE

RGE Fisiológico • Regurgitação sem esforço • Rara e infrequente • Comportamento adequado • Regurgitação espontânea • Não requer tratamento	DRGE Patológico • Sintomas clínicos significativos • Complicações graves • Falha de crescimento • Piques intensos • Anomalias respiratórias
---	--

Referência: Ponsio R, et al. *Prática de Endoscopia Digestiva e do Trato Gastrointestinal Superior*. 1ª ed. GUERIN & ASSIS, 2019.

5

Sinais de Alarme na DRGE

A identificação precoce dos sinais de alarme é fundamental para distinguir o refluxo fisiológico da doença do refluxo gastroesofágico. São essenciais qualidade e a julgamento clínico são essenciais para uma avaliação adequada.

Vômitos Patológicos Vômitos verdes (biliosos) ou com sangue que requerem investigação imediata para exclusão de obstrução no trato gastrointestinal.	Falha de Crescimento Crescimento insuficiente ou perda de peso, indicando comprometimento nutricional significativo.	Recusa Alimentar Recusa alimentar persistente ou dificuldade alimentar grave que comprometa a ingestão adequada.
Sintomas Respiratórios Episódios de tosse, apnéia, desconforto ou respiração ruidosa com comprometimento respiratório.	Alteração do Estado Geral Apatia, diminuição da mobilidade ou irritabilidade extrema com resposta anormal a mudanças ambientais.	

6

Medidas Não Farmacológicas
Primeira Linha de Intervenção

A medida não farmacológica consiste em adotar medidas simples de manejo do refluxo gastroesofágico com medidas simples que agiram no eixo digestivo. Não requerem uso de medicamentos ou intervenções cirúrgicas.

Alimentação Ideal
 Otimizar a técnica de amamentação ou a técnica de alimentação com mamadeira.

Modificação Alimentar
 Evitar alimentos que possam causar refluxo, como alimentos gordurosos.

Posicionamento Adequado
 Manter o bebê em posição vertical por 30 minutos após a alimentação.

Refluxo Clínico
 Monitorar o refluxo e a regurgitação após a alimentação.



7

Gestão da Alimentação

Volumes Adequados Alimentação em volumes menores e mais frequentes para garantir a digestão adequada e evitar o refluxo.	Pausas para Eructação Deixar o bebê em posição vertical e agitar suavemente para garantir a eructação adequada e aliviar o desconforto.	Posição Vertical Manter o bebê em posição vertical por 30-60 minutos após a alimentação para facilitar o esvaziamento gástrico e reduzir o refluxo.
--	---	---

Referência: Ponsio R, et al. *Prática de Endoscopia Digestiva e do Trato Gastrointestinal Superior*. 1ª ed. GUERIN & ASSIS, 2019.

8

III. : Parecer da Comissão de ética



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GUARDA

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exmo. Senhor

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Hospitalares

Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação

Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data 04/11/2025

Enf. João Manuel Salvador Almeida
Presidente; Enfermeiro Geral

Dr.ª Luciana de Fátima Amorim Frade
Santos
Vice-Presidente; Assente Hospitalar

Enf.ª Cristina Nêir Ribeiro Patrão
Vogal; Enfermeira Especialista

Dr. Marcos Filipe Nunes Pires
Gonçalves
Vogal; JG7

Dr.ª Joana Isabel Faustino Santos
Vogal; Farmacêutica

Dr. Luis Paulo Cunha Trindade e Silva
Vogal; Assente Hospitalar Graduado

Dr. Manuel Cipriano Nabais
Vogal; Juiz Conselheiro Jubilado

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Literacia Parental em Primeiros Socorros e Reanimação Cárdio Respiratória Pediátrica", cujo investigador principal é João Miguel Rodrigues Aguiar.

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E., reunida a 04 de novembro de 2025, apreciou cuidadosamente o projeto de investigação supracitado. O Parecer da CES apenas se reporta aos dados recolhidos após a data de emissão do mesmo.

A CES eticamente nada tem opor, pelo que emite *Parecer Favorável* à realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

IV. Formação Suporte avançado de vida pediátrico



Departamento de Formação

Certificado de Formação Profissional

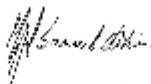
De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

**SAV Pediátrico - Suporte Avançado Vida
Pediátrico**

Certifica-se que João Miguel Rodrigues Aguiar natural de Viseu - Tabuaço, nascido/a em 24/06/1985 titular do número de identificação 12847320 concluiu com aproveitamento o curso de Formação SAV Pediátrico - Suporte Avançado Vida Pediátrico em 13/12/2025, com a duração de 16 horas, tendo obtido a classificação final de 17 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro Formação Centro, 19-01-2026

O Departamento de Formação



Miguel Rego Costa Soares de Oliveira

Certificado Nº . 2.172.121225.1.233461337
Válido até 13-12-2030

V. Questionário do estudo

Questionário sobre Conhecimentos e Experiência em Primeiros Socorros e Reanimação Cárdiorrespiratória em Pediatria

1 Introdução ao Estudo

Este questionário integra um estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento, treino, opinião e experiência de pais e/ou cuidadores sobre Primeiros Socorros e Reanimação Cárdiorrespiratória (RCP) em contexto pediátrico.

Acredito que a capacidade de resposta dos cuidadores em situações de emergência pode ter um papel crucial na redução de complicações e no aumento da sobrevivência em situações críticas que envolvem crianças.

Os principais objetivos são:

- Avaliar o conhecimento dos participantes em Primeiros Socorros e RCP;
- Identificar experiências prévias e formação recebida;
- Analisar a motivação e percepção da importância destes conhecimentos;
- Apoiar o desenvolvimento de estratégias educativas e de intervenção dirigida à população parental.

O estudo é realizado por João Miguel Rodrigues Aguiar no âmbito do Mestrado de Saúde Infantil e Pedatria, com o endereço eletrónico pv5182@eesv.ipv.pt, que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados.

Consentimento Informado

A participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo. O estudo será prolongado em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinquia (2013).

Ao prosseguir, estará a dar o seu consentimento livre e esclarecido. A sua colaboração é essencial para melhorar a literacia em saúde dos cuidadores e reforçar a segurança das crianças em situações de emergência.

Muito obrigado pela sua participação!

1.1 Declaro que li e compreendi a informação acima

- ☐ Aceito Participar
- ☐ Não aceito participar