



# MANUAL DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

**DFEM**  
DEPARTAMENTO  
DE FORMAÇÃO EM  
EMERGÊNCIA MÉDICA

## FORMADOR



## **FICHA TÉCNICA**

### **TÍTULO**

Manual de Formador - Suporte Básico de Vida Pediátrico

### **AUTOR**

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

### **DESIGN e PAGINAÇÃO**

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

GMC – Gabinete de Marketing e Comunicação

Versão 1 – outubro de 2022 elaborada por:

Carla Martins; Clifton Gala; Gabriel Campos; Joana Feu; João Póvoa.

© copyright

I.	INTRODUÇÃO .....	4
II.	PLANO FORMATIVO .....	5
1.	Preparação da ação .....	5
2.	Sessões Teóricas.....	5
3.	Sessão de demonstração.....	6
4.	Sessões Práticas.....	6
5.	Sessão Prática com Avaliação .....	6
III.	Conteúdo Programático.....	7
IV.	APÊNDICE I – Instruções de preenchimento da grelha de avaliação .....	15
V.	SIGLAS .....	17



## I. INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), incluindo a formação em emergência médica.

No exercício desta atribuição, o INEM conta com Entidades Acreditadas para o efeito, que são reguladas de acordo as mesmas ferramentas e metodologias pedagógicas, nas quais se inclui este manual, que têm como objetivo a uniformização do processo de formação e consequentemente da forma como se aplica Suporte Básico de Vida Pediátrico em Portugal, independentemente do local onde o reanimador tenha adquirido a sua competência.

Recomenda-se por isso que as orientações e recomendações descritas neste manual sejam efetivamente assumidas e implementadas por todos os formadores.



## II. PLANO FORMATIVO

### 1. Preparação da ação

O rigoroso cumprimento dos horários é fundamental. O(s) formador(es) deve(m) apresentar-se no local da formação antecipadamente para a respetiva reunião pedagógica, onde devem ser definidas as funções de cada um no que concerne a:

- Sessões teóricas
- Demonstrações
- Sessões práticas
- Avaliações

A realização de uma reunião de formadores prévia ao dia do curso constitui uma boa prática, para tal, podem ser utilizadas as ferramentas digitais.

Recomenda-se que todos os recursos pedagógicos sejam previamente testados e que exista pelo menos um plano alternativo.

Todas as sessões devem iniciar já com o material posicionado para que fique visível a todos os formandos durante a prática.

Por cada grupo de formandos/formador, é obrigatório a presença de:

- Máscara de bolso com válvula unidirecional ou similar (por formando);
- Manequim de treino de SBV pediátrico de criança e lactente;

Adicionalmente, na formação de Equipas de Emergência, recomenda-se:

- Insuflador manual com reservatório, filtro e respetivas máscaras pediátricas ;
- Tubos orofaríngeos pediátricos;
- Garrafa de oxigénio, com tubo de conexão.

### 2. Sessões Teóricas

O espaço e os equipamentos devem ser antecipadamente preparados, delineando uma zona para formandos e outra para a projeção. O formador deve posicionar-se de frente para os formandos, num local onde não se sobreponha à projeção.

Deve ser assegurado que todos os formandos tenham uma boa visibilidade para o formador e para a projeção.

Todos os formadores e formandos, sempre que possível, devem estar em sala no momento das sessões teóricas.



### 3. Sessão de demonstração

Todas as demonstrações deverão ser treinadas pelos formadores antes do início da ação.

O espaço e os equipamentos devem ser antecipadamente preparados, delineando uma zona de exercício e outra de assistência, de forma a assegurar que todos os presentes conseguem visualizar adequadamente a demonstração.

Todos os formadores e formandos devem estar em sala no momento da demonstração.

O exercício de demonstração deve, no tempo estipulado, cumprir os seguintes passos:

1. Acolhimento e apresentação dos objetivos, da metodologia e do caso clínico;
2. Demonstração do caso clínico definido;
3. Encerramento, com espaço dedicado a questões, breve síntese com os principais aspetos a reter, agradecimento e encaminhamento.

### 4. Sessões Práticas

O espaço e os equipamentos devem ser antecipadamente preparados, delineando uma zona de prática e outra para o restante grupo. O formador deve posicionar-se num local onde mantém visibilidade para ambas as zonas.

Cada sessão prática deve, no tempo estipulado, cumprir os seguintes passos:

1. Acolhimento e apresentação dos objetivos, da metodologia e do caso clínico;
2. Monitorização da ação do formando, com *feedback* adequado em tempo oportuno e análise de desempenho com aspetos positivos, a melhorar e reforço;
3. Encerramento, com espaço dedicado a questões, breve síntese com os principais aspetos a reter, agradecimento e encaminhamento.

Aconselha-se a monitorização da frequência das compressões para que cada ciclo de 15 corresponda a um intervalo de 7 a 9 segundos. Poderá também ser utilizada a opção de metrónomo (se disponível).

É mandatário não interromper compressões por mais de 10 segundos.

### 5. Sessão Prática com Avaliação

A avaliação é realizada nas últimas duas sessões.

No início da sessão, o formador deve distribuir as grelhas de avaliação<sup>i</sup> aos formandos para que lhes seja dado conhecimento sobre os itens que serão avaliados.

---

<sup>i</sup> Ver [Apêndice I](#) – Instruções de preenchimento da grelha de avaliação.

Devem ser destacados os erros grosseiros, que poderão comprometer a avaliação:

Item	Erros grosseiros
Assegurar condições de segurança	Abordar a vítima sem avaliar condições de segurança
Efetua pedido de ajuda, liga 112	Iniciar SBV sem ter assegurado a chamada 112

### III. Conteúdo Programático

- Exemplo de horário -

#### 09:00 APRESENTAÇÃO (15 min)

O Coordenador da ação faz o acolhimento, conduz a curta apresentação dos formandos e formadores e distribui a identificação aos respetivos formandos (se aplicável).

- Enquadrar contexto da formação;
- Enumerar os objetivos;
- Apresentar as instalações (localização das salas e casas de banho);
- Planear horários (intervalos e refeição);
- Referir quais os métodos de formação e de avaliação.

#### 09:15 TEÓRICA I – SBV (25 min)

- Palestra curta e objetiva, com alguns aspetos a considerar:

#### INTRODUÇÃO



##### INTRODUÇÃO

- A principal causa de PCR na idade pediátrica é a hipóxia;
- As causas primárias de PCR de origem cardíaca, são raras, embora também possam ocorrer;
- No essencial, os princípios gerais são os mesmos do adulto;

– Realçar que a maior percentagem de PCR na idade pediátrica é provocada por hipóxia, esclarecendo que a hipóxia pode ter vários fatores desencadeantes;

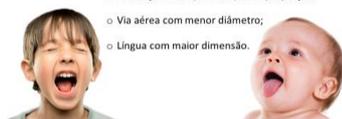
– O foco da reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação.

#### PARTICULARIDADES ANATÓMICAS



##### PARTICULARIDADES

- A criança tem particularidades anatómicas e fisiológicas diferentes do adulto:
  - A cabeça maior que o corpo em proporção;
  - Via aérea com menor diâmetro;
  - Língua com maior dimensão.



– Abordar as principais alterações anatómicas na pediatria, informando que quanto mais pequena for a criança mais evidentes serão estas alterações;

– A principal alteração que carece de atenção e deve ser corrigida de imediato é a proporcionalidade da cabeça em relação ao resto do corpo, que será abordada na permeabilização da via aérea.



## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

INEM - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

### CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA

Conjunto de procedimentos vitais para recuperar uma vítima de PCR.  
Todos os elos têm igual importância. Quebra pelo elo mais fraco!



A cada minuto que passa em PCR, a vítima perde cerca de 10% de hipótese de sobrevivência.

- Valorização do papel do reanimador no SIEM;
- A respiração agónica ocorre por um curto espaço de tempo em vítimas que acabaram de entrar em PCR e pode atrasar o reconhecimento da paragem;
- Reforçar o percurso da chamada 112 e pontos essenciais a transmitir;
- Início precoce de SBV;
- Rapidez no processo vai potenciar a probabilidade de sobrevivência da vítima;
- A nova cadeia de sobrevivência já tem 5 elos em virtude de já ser ponderado o DAE na pediatria em situações específicas como por exemplo a criança que tem um colapso súbito presenciado ou crianças com história de cardiopatia (Ex: cirurgia cardíaca prévia).

## CONDIÇÕES DE SEGURANÇA

INEM - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

### Condições de segurança

- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 Insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

Riscos:

- Ambientais;
- Toxicológicos;
- Infecciosos.



- Dar exemplos concretos adaptando à realidade dos formandos (chão molhado, escorregadio, com vidros, um espaço confinado, chamas, fumo, trânsito, sangue, ...).

## ESTADO DE CONSCIÊNCIA

INEM - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

### Condições de segurança

- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 Insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

Estimule suavemente, chamando e tocando nos pés e mãos do lactente ou nos ombros da criança.



Se 2 reanimadores:  
- O 2º liga 112 assim que se verifica que a vítima não responde.

- Reforçar a necessidade de estímulo tátil bilateral e a utilização de um tom de voz audível;
- Reforçar que nos lactentes a estimulação deverá ser feita mexendo nas mãos ou nos pés e chamando pela vítima;
- Informar que na presença de 2 reanimadores o 2º deve ligar 112 assim que detetada vítima inconsciente, enquanto o 1º continua a avaliação.

## PERMEABILIZAÇÃO DA VIA AÉREA

INEM - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

### Condições de segurança

- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 Insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

Com uma mão na testa e dois dedos no queixo, faça elevação do queixo do lactente para evitar que a língua obstrua a passagem do ar.



- Informar que a cabeça do lactente deve estar em posição neutra colocando-se uma elevação por trás dos ombros;
- Dar exemplos de sons obstrutivos como o ressonar;
- Referir que nas crianças mais pequenas qualquer compressão de estrutura mole pode condicionar uma obstrução da via aérea pelo que se incentiva a fazer sempre em proeminências ósseas (mandíbula).

## VER, OUVIR E SENTIR

SBVP - SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergências Médicas

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

Durante 10 segundos:

- Ver se existe expansão torácica;
- Ouvir a entrada e saída de ar;
- Sentir o ar na sua face.

Para avaliar se a **respiração é normal**.



– Explicar que a criança tem menor volume de ar, pelo que pode ser mais difícil ouvir o som do ar a passar.

## 5 VENTILAÇÕES INICIAIS

SBVP - SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergências Médicas

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

Realize as 5 ventilações com as opções:

- Boca / boca-nariz no lactente
- Boca / boca na criança
- Boca / máscara de bolso
- Boca / insuflador manual



– Reforçar que se a criança não respira normalmente deve manter-se a permeabilidade da via aérea e devem ser realizadas 5 insuflações iniciais. Cada ventilação deve durar 1 segundo.

**Equipas de Emergência:** deverão optar sempre por insuflador manual, associado ao tubo orofaríngeo. Explicar a técnica de manuseamento do insuflador e selagem da máscara.

## CHAMADA 112

SBVP - SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergências Médicas

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

Ligue 112 e informe:

- “Estou com uma criança que não respira.” referindo a idade;
- Responda a todas as perguntas;
- Desligue apenas quando indicado.



– Realçar que o pedido de ajuda para o 112 poderá ser delegado a um segundo elemento assim que verificam que a criança está inconsciente, ou até ser realizado com equipamento em função de alta voz, enquanto se prossegue no algoritmo.

## COMPRESSÕES TORÁICAS

SBVP - SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergências Médicas

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

Se criança, faça 15 compressões:

- Na metade inferior do esterno;
- A um ritmo de 100 a 120/min;
- Permitir o retorno do tórax à sua posição inicial;
- Usando a base de uma mão para deprimir 1/3 do diâmetro antero-posterior do tórax.



– O início das compressões torácicas não deve ser atrasado, assim que se verifica que a criança não apresenta qualquer sinal de vida após as 5 insuflações iniciais, estas devem ser iniciadas.

– Referir que vários estudos revelam que a verdadeira eficácia das manobras está nas compressões de alta qualidade e na minimização das pausas (< 10 seg.), explicando de forma clara o que significa cada ponto do slide.



## VENTILAÇÕES

SBVP - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

### Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

Realize 2 insuflações, garantindo uma expansão eficaz do tórax.

Mantenha 15 compressões e 2 insuflações.



- Informar que só devem ser realizadas 2 tentativas de ventilações mesmo que estas não sejam eficazes;
- Se a 1ª não for eficaz, deve reposicionar a cabeça na tentativa permeabilizar a via aérea e tentar novamente. Se a 2ª não for eficaz, iniciar as compressões e tentar ao fim das outras 15 compressões.

## SUSPENSÃO DAS MANOBRAS

SBVP - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

MANTER O SUPORTE BÁSICO DE VIDA ATÉ...

- Chegada de ajuda diferenciada e ser substituído;
- A vítima recuperar sinais de vida;
- Exaustão do reanimador.



- Reforçar que só devem suspender manobras SBV perante a recuperação **evidente** de sinais de vida, após confirmação com VOS.  
Sinais de vida: tosse, movimentos e respiração normal.

## REVISÃO DO ALGORÍTMO

SBVP - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

### Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

5 insuflações iniciais

Ligar 112

SBV (15:2)

- Rever o algoritmo interrogando individualmente os formandos sobre qual o passo a seguir;
- Após a revisão, verificar se existem questões sobre o algoritmo e esclarecer tudo o que estiver dentro do contexto.

## OVA

SBVP - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA - OVA

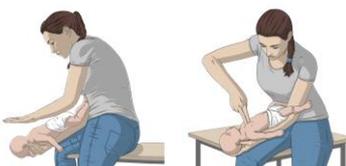
- A obstrução da via aérea nas crianças é uma situação frequente;
- A maioria das situações de OVA nas crianças ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões.

- Reforçar que o formando deve evitar que a vítima de OVA evolua para a inconsciência;
- Realçar que nas crianças a OVA é um evento súbito e maioritariamente não presenciado;
- Informar que nas vítimas pediátricas existe a necessidade de adaptação ao tamanho da criança.

## OVA NO LACTENTE

SBVP - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO  
Departamento de Formação em Emergência Médica

LACTENTE  
5 PANCADAS NAS COSTAS / 5 COMPRESSÕES TORÁCICAS



- A realização das manobras de tentativa de desobstrução da via aérea no lactente diferem das manobras realizadas nas crianças;
- As manobras comportam 5 pancadas interescapulares alternadas com 5 compressões torácicas no mesmo local das compressões torácicas do lactente em PCR.

## OVA NA CRIANÇA



– Nas crianças em idade pré-escolar a realização das manobras de desobstrução da via aérea deve ser adaptada ao tamanho da criança;

– Realçar que estas devem ser realizadas até que a obstrução da via aérea seja resolvida ou a vítima fique inconsciente e desta forma o algoritmo a praticar é o de PCR;

– Se a criança se mantiver sem sinais de vida após 2 minutos de SBV, considere a possibilidade da remoção digital do corpo estranho.

## DAE



- Se a criança em PCR tiver colapsado subitamente, é provável que estejamos perante um ritmo desfibrilhável e a reanimação poderá estar dependente de uma desfibrilação precoce.

– A utilização do DAE na pediatria está implícita nas novas orientações internacionais;

– Se disponível, este deve ser usado usando elétrodos adaptados à pediatria até aos 8 anos de idade;

– Informar que o DAE deve ser aplicado de imediato se houver suspeita de PCR em ritmo desfibrilhável, como por exemplo uma criança que colapsa de forma súbita ou tenha história de doença cardíaca.

## EQUIPAS DE EMERGÊNCIA



- Utilize insuflador manual enriquecido com O<sub>2</sub> a 15 l/min;
- A permeabilização da via aérea deve ser realizada com tubo orofaríngeo;
- Se for utilizado DAE, afaste o O<sub>2</sub> pelo menos 1 metro antes de administrar o choque.

– As equipas de emergência são equipas treinadas pelo que deverão utilizar alguns dispositivos que melhoram a resposta às vítimas em PCR.

– Estes devem usar um tubo orofaríngeo para permeabilizar a via aérea, um insuflador manual pediátrico enriquecido com O<sub>2</sub> na maior concentração possível.

## 09:40 DEMONSTRAÇÃO - SBV (15 min)

A demonstração será realizada pelo formador, explicando todos os passos a ter em conta numa vítima pediátrica em PCR. Se existir outro formador, este pode assumir a explicação dos passos e os feedbacks sobre o caso. A demonstração termina durante a segunda sequência 15:2, com a chegada de ajuda e substituição nas manobras.

As boas práticas indicam que a mensagem deve ser o mais uniforme possível, por isso, havendo mais do que 6 formandos, a demonstração é feita com todos os formandos presentes e a divisão dos grupos pelas salas será realizada imediatamente após este momento.



### 09:55 PRÁTICA I – SBVP (40 min) – Lactente e criança

Caso de PCR com um reanimador para todos os formandos com situações de contexto quotidiano. (6 min por formando + tolerância = total de 40 min).

Antes de transmitir os casos, o formador deve indicar ao formando a importância de identificar os riscos envolvidos antes de começar a abordagem. Os locais devem corresponder a zonas conhecidas pelo formando para que possa transmitir a localização na chamada. Antes do formando iniciar compressões torácicas, deve ser assegurado que a vítima se encontra numa base rígida.

Devem ser utilizados os dois manequins (lactente e criança) para que o formando realize ou veja a serem realizadas as adaptações para cada idade.

O formador deve relatar o caso ao formando e de seguida pedir-lhe que o repita.

O formando deve completar três sequências 15:2.

Exemplos de casos:

- |  |  |
|--|--|
| 1. “Enquanto praticava exercício, um rapaz de 4 anos refere dispneia e colapsa.”   | 2. “Estava na piscina municipal e pedem-lhe ajuda para uma criança de 3 anos que foi retirada da água e não responde.” |
| 3. “Está em casa e houve alguém a pedir ajuda porque o seu bebé de 1 mês se engasgou.”                                   | 4. “Está no seu prédio e ouve alguém a pedir ajuda porque encontrou o filho de 6 meses no berço e este não responde.”  |
| 5. “Ia a circular com a sua viatura e vê uma senhora a pedir ajuda para o seu filho de 8 meses que estava com dispneia.” | 6. “A porta da escola do seu filho vê um pai desesperado a pedir ajuda para uma criança de 6 anos que não respira.”    |

Todos os casos terminam com a chegada de ajuda diferenciada ou com manifestação de sinais de vida.

Resumo: rever etapas do algoritmo e incentivar ao suporte básico de vida de elevada qualidade; realçar a posição do reanimador e das mãos no lactente e na criança.

### 10:35 INTERVALO (15 min)

### 10:50 DEMONSTRAÇÃO ALGORITMO DVA (10 min)

A demonstração será realizada pelo formador, explicando todos os passos a ter em conta numa vítima pediátrica com suspeita de OVA. Deverá exemplificar com um caso num lactente e numa criança para que os formandos percebam as diferentes formas de abordagem.

Se existir outro formador, este pode assumir a explicação dos passos e os feedbacks sobre o caso. A demonstração termina quando a vítima fica inconsciente e são descritos os passos seguintes (pesquisar VA, 5 insuflações, 112 em alta voz e 15:2 ...).

### 11:00 PRÁTICA II – DVA Lactente e Criança (25 min)

O formador reforça os pontos chave do algoritmo, garantindo que os formandos estão prontos para a execução.

Cada formando deverá treinar o algoritmo de DVA no lactente e na criança.

### 11:25 PRÁTICA III – Avaliação SBVP Criança (40 min)

Caso de PCR em vítima lactente com um reanimador para todos os formandos com situações de contexto quotidiano. (6 min por formando mais tolerância = total de 40 min).

Antes de transmitir os casos, o formador deve indicar ao formando a importância de identificar os riscos envolvidos antes de começar a abordagem. Os locais devem corresponder a zonas conhecidas pelo formando para que possa transmitir a localização na chamada. Antes do formando iniciar compressões torácicas, deve ser assegurado que a vítima se encontra numa base rígida.

O formador deve relatar o caso ao formando e de seguida pedir-lhe que o repita.

O formando deve completar três sequências 15:2.

#### Exemplo de casos

- |  |  |
|--|--|
| 1. “Enquanto praticava exercício, um menino de 5 anos refere dispneia e colapsa.”  | 2. “Estava na piscina municipal e pedem-lhe ajuda para uma criança de 3 anos que foi retirada da água e não responde.” |
| 3. “Está num jardim e uma senhora vem pedir ajuda porque o seu filho de 3 anos não reage.”   | 4. “Está no seu prédio e ouve alguém a pedir ajuda porque encontrou o filho de 4 anos na cama e este não responde.”    |
| 5. “Ia a circular com a sua viatura e vê uma senhora a pedir ajuda para o seu filho de 2 anos que estava com dificuldade em respirar.” | 6. “A porta da escola do seu filho vê um pai desesperado a pedir ajuda para uma criança de 6 anos que não respira.”    |

Todos os casos terminam com a chegada de ajuda diferenciada ou com manifestação de sinais de vida.

Resumo: rever etapas do algoritmo, incentivar ao suporte básico de vida de elevada qualidade; realçar o posicionamento do reanimador e o posicionamento das mãos na criança.



### 12:05 PRÁTICA IV – Avaliação SBVP Lactente (40 min)

Caso de PCR no lactente com 2 reanimadores para todos os formandos com situações de contexto quotidiano. (6 min por dupla de formandos + tolerância = total de 40 min).

Antes de transmitir os casos, o formador deve indicar ao formando a importância de identificar os riscos envolvidos antes de começar a abordagem. Os locais devem corresponder a zonas conhecidas pelo formando para que possa transmitir a localização na chamada. Antes do formando iniciar compressões torácicas, deve ser assegurado que a vítima se encontra numa base rígida.

O formador deve relatar o caso ao formando e de seguida pedir-lhe que o repita.

O formando deve completar três sequências 15:2 e deve ser incentivada a técnica do abraço.

Exemplo de casos:

7. “Lactente de 4 meses com dispneia no <i>ovinho</i> no parque infantil.”	8. “Estava na piscina e pedem-lhe ajuda para um lactente de 10 meses que foi retirada da água e não responde.”
9. “Está num jardim e uma senhora vem pedir ajuda porque o seu bebé de 11 meses colapsou.”	10. “Está no seu prédio e ouve alguém a pedir ajuda porque encontrou o filho de 6 meses no berço e este não responde.”
11. “Ia a circular com a sua viatura e vê uma senhora a pedir ajuda para o seu filho de 8 meses que estava com dispneia.”	12. “A porta da escola do seu filho vê um pai desesperado a pedir ajuda para um bebé de 6 meses que não respira.”

Todos os casos terminam com a chegada de ajuda diferenciada ou com manifestação de sinais de vida.

Resumo: rever etapas do algoritmo e incentivar ao suporte básico de vida de elevada qualidade; realçar o posicionamento do reanimador e o posicionamento da técnica do abraço no lactente.

### 12:45 ENCERRAMENTO (15 min)

- O coordenador recebe novamente os formandos em sala e faz uma conclusão e síntese sobre o tema.
- Dar feedback aos formandos sobre avaliação.
- Verificação de elementos para dossier técnico-pedagógico.
- O coordenador deve distribuir as fichas de avaliação da ação e recolher posteriormente.
- O coordenador tem de confirmar que tem todos os documentos devidamente preenchidos e o dossier técnico-pedagógico completo.
- Antes de terminar, deve questionar a turma se querem partilhar algum apontamento sobre a formação e agradecer-lhes a sua participação e empenho.

## IV. APÊNDICE I – Instruções de preenchimento da grelha de avaliação

### SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO GRELHA DE AVALIAÇÃO PRÁTICA

Coordenador(a) da Ação: José António Gonçalves N.º da Ação: 243 Data / Realização: 01/01/2022  
(identificar nº da ação) (dia/mês/ano)

Formando(a): Maria José Gomes (escrever 3 nomes) Classificação Final: 16 Valores  
(nota do melhor registo)

ITENS A AVALIAR	1º Registo			2º Registo		
	Realiza	C/ Falhas	N/ Realiza	Realiza	C/ Falhas	N/ Realiza
1 <b>Assegura as condições de segurança</b> Assinalar com <input type="radio"/> mantendo a leitura do valor do item	✓			✓		
2 Avalia o estado de consciência (estimulação verbal e tátil)	2	1		2	1	
3 Permeabiliza a via aérea corretamente, de acordo com a idade	2	1		2	1	
4 Pesquisa a existência de respiração normal (VOS, 10 segundos)	At	1		2	1	
5 Se não respira efetua 5 insuflações eficazes Para corrigir, assinala-se o item correto e rubrica-se o rasurado.	2	1		2	1	
6 <b>Efetua pedido de ajuda diferenciada, liga 112 (função de alta voz)</b>			✓	✓		
7 Efetua SBV (15 compressões 2 insuflações)	2	1		2	1	
8 Efetua compressões torácicas eficazes (posicionamento, localização das mãos, depressão do tórax e frequência)	4	2		4	2	
9 Efetua insuflações eficazes (sem fugas e com expansão visível do tórax, 1 seg)	4	2		4	2	
10 Minimiza interrupções nas compressões torácicas (<10seg)	2			2		

#### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- ▮ Cada formando tem de ter dois registos, realizados nas práticas III e IV;
- ▮ Para obter aproveitamento, um dos registos tem que ter pontuação igual ou superior a dez (10) valores;
- ▮ Os erros grosseiros estão identificados a negrito, caso o formando cometa um dos dois, a classificação é igual a zero (0);
- ▮ A classificação final é a melhor nota dos dois registos.

+ = 0	12 + 4 = 16
-------	-------------

FORMADOR(A)

FORMADOR(A)

At	MR
----	----

Assinatura do(s) formador(es) que realiza(m) as avaliações

#### OBSERVAÇÕES

Neste campo deve-se justificar motivo da reprovação.  
Pode-se identificar o motivo dos itens com falhas ou outras observações.

Exemplo: "1ºRegisto: Não liga 112."



HORAS	SESSÕES (TEMPO)	CONTEÚDO	NOTAS
09:00	APRESENTAÇÃO (15 MIN)	Apresentação formadores/formandos, contexto da formação, objetivo geral, localização de salas e wc, planeamento de horários (intervalos e refeição), método de formação e método de avaliação.	
09:15	TEÓRICA I – SBVP (25 MIN)	Palestra <b>curta e objetiva</b> . Todos os formadores em sala.	
09:40	DEMO SBVP (15 MIN)	Formador(es) demonstra(m) em <b>lactente</b> , explicando todos os passos. Termina durante a segunda sequência 15:2, com aparecimento de sinais de vida e colocação em posição de recuperação.	
09:55	PRÁTICA I SBVP (40 MIN)	Caso de PCR em <b>lactente e criança</b> a 1 para todos os formandos com casos no contexto quotidiano; Termina na 3ª sequência 15:2 com chegada da ajuda diferenciada ou recuperação de sinais de vida.	
10:35	INTERVALO (até 15 MIN)	Todo o equipamento pronto para a demonstração.	
10:50	DEMO DVA (10 MIN)	Formador(es) demonstra(m), explicando todos os passos. Termina quando a vítima fica inconsciente.	
11:00	PRÁTICA II DVA (25 MIN)	Durante esta prática devem ser treinadas as técnicas para <b>lactente e criança</b> .	
11:25	PRÁTICA III SBVP (40 MIN)	Caso de PCR em <b>criança</b> para todos os formandos com casos no contexto quotidiano; Termina com chegada da ajuda diferenciada alternando com a recuperação de sinais de vida.	
12:05	PRÁTICA IV SBVP (40 MIN)	Caso de PCR em <b>lactente a 2</b> (técnica do abraço) para todos os formandos com casos no contexto quotidiano. Termina com chegada de ajuda diferenciada ou recuperação de sinais de vida.	
12:45	ENCERRAMENTO (15 MIN)	Conclusão e síntese SBVP. Feedback aos formandos sobre avaliação. Verificação de conformidade documentação da ação. Avaliação da formação/formadores. Verificação de elementos para dossier técnico-pedagógico.	

Fig. 1 - Quadro resumo curso SBV Pediátrico (exemplo de horário)

## V.SIGLAS

<b>CODU</b>	Centro de Orientação de Vítimas Urgentes
<b>DAE</b>	Desfibrilhador Automático Externo
<b>DVA</b>	Desobstrução da Via Aérea
<b>INEM</b>	Instituto Nacional de Emergência Médica
<b>OVA</b>	Obstrução da Via Aérea
<b>PCR</b>	Paragem Cardio Respiratória
<b>PLS</b>	Posição Lateral de Segurança
<b>SAV</b>	Suporte Avançado de Vida
<b>SBV</b>	Suporte Básico de Vida
<b>SIEM</b>	Sistema Integrado de Emergência Médica
<b>VA</b>	Via Aérea
<b>VOS</b>	Ver, Ouvir e Sentir

***Só com a sua colaboração poderemos manter uma formação de elevada qualidade e otimizar o socorro a mais vítimas.***

***Contamos consigo!***

***Obrigado!***



**SEDE**  
Rua Almirante Barroso, 36  
1000-013 Lisboa  
Tel.:213 508 100

[www.inem.pt](http://www.inem.pt) | [inem@inem.pt](mailto:inem@inem.pt)

