



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte inter-hospitalar pediátrico: recomendações para o planeamento

Rui Miguel Figueira Pereira

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte inter-hospitalar pediátrico: recomendações para o planeamento

Rui Miguel Figueira Pereira

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Numa grande jornada, os sucessos surgem quando partilhamos o mesmo caminho com aqueles que oferecem a sua proteção e partilham da mesma motivação, detêm os nossos impulsos e ajudam-nos a reerguer quando perdemos as forças... Agradeço por isso às pessoas que acreditaram em mim e contribuíram para uma importante etapa de maturação pessoal e profissional.

À Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, coordenadora do curso e orientadora deste relatório de estágio, pelo encorajamento, dedicação e aprendizagens. Que sempre acreditou nas minhas capacidades, confiou no meu trabalho e apreciou o meu empenho.

À Professora Doutora Antónia Chora pelas sugestões e disponibilidade.

Às Enfermeiras Especialistas em Saúde da Criança e do Jovem: Sandra Meireles, Cátia Saraiva e Tânia Santos. Pelos seus ensinamentos e supervisão que marcam para sempre a minha prática profissional, consideradas como as minhas enfermeiras de referência no futuro. Sem a sua disponibilidade, motivação e empatia seria de todo impossível a concretização deste curso de mestrado.

A todos os colegas dos contextos de estágio que participaram na concretização dos objetivos do projeto e que partilharam as suas experiências profissionais.

Aos colegas de turma que me acompanharam neste percurso académico, pelo companheirismo e amizade.

Aos meus pais pelo sacrifício, dedicação, investimento e apoio indispensável na minha formação, às minhas irmãs e avós que ficaram privados da minha companhia durante esta etapa. Ao meu tio pela ajuda e apoio logístico.

À Cátia pela paciência e apoio emocional.

Eternamente Grato!

RESUMO

Título: Transporte inter-hospitalar pediátrico: recomendações para o planeamento

O transporte inter-hospitalar pediátrico tem uma importância vital no acesso da criança/jovem a cuidados de saúde com recursos humanos e técnicos em tempo oportuno que não estão disponíveis no hospital de origem, assegurando a continuidade dos cuidados. Para que a segurança do transporte seja garantida e a sua qualidade avaliada é facilitador utilizar ferramentas de planeamento na determinação dos requisitos mínimos e previsão de possíveis complicações.

Recorrendo à metodologia de trabalho de projeto, foi definido como objetivo geral promover a segurança da criança no transporte inter-hospitalar pediátrico, inserido na linha de investigação: “segurança e qualidade de vida”. Como resultado final construímos um guia orientador para o planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico.

A elaboração do Relatório de Estágio possibilitou documentar a trajetória formativa fundamental na aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Transporte Inter-hospitalar Pediátrico; Promoção da Segurança.

ABSTRACT

Title: Pediatric interhospital transport: recommendations for planning

Pediatric inter-hospital transport is vitally important to the access of the child/juvenile to health care with timely human and technical resources that are not available at the hospital of origin, ensuring continuity of care. In order for safety to be assured and its quality evaluated, it is facilitating the use of planning tools in assessing minimum requirements and predicting possible complications.

Based on the project methodology, the general objective was to promote child safety in pediatric inter-hospital transport, which is part of the research line: "safety and quality of life". As a final result, we have built a guideline for the planning of pediatric inter-hospital transport.

The elaboration of the Internship Report made it possible to document the fundamental training trajectory in the acquisition and development of the competences of Master, common and specific to the Specialist Nurse in Child and Juvenile Health Nursing.

Keywords: Child and Pediatric Health Nursing; Pediatric Inter-hospital Transport; Promotion of Security.

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES	CXXXVIII
Apêndice 1 – Resumo, Plano e Cronograma do Projeto de Estágio	CXXXIX
Apêndice 2 – Instrumento para Colheita de Dados do Estudo de Caso	CXLIII
Apêndice 3 – Diagnósticos e Planeamento de Cuidados de Enfermagem do Estudo de Caso	CLIII
Apêndice 4 – Sessão de Educação para a Saúde: Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros	CLXI
Apêndice 5 – Plano de Sessão de Educação para a Saúde: Suporte Básico de Vida Pediátrico	CLXXV
Apêndice 6 – Sessão de Educação para a Saúde: Suporte Básico de Vida Pediátrico	CLXXVII
Apêndice 7 – Pré-teste do Suporte Básico de Vida Pediátrico	CXCVII
Apêndice 8 – Pós-teste do Suporte Básico de Vida Pediátrico	CC
Apêndice 9 – Resultados do Pré e Pós Teste da Ação de Educação para a Saúde: SBVP	CCIII
Apêndice 10 – Certificado de Presença na Ação de Educação para a Saúde: SBVP	CCV
Apêndice 11 – Plano de Sessão de Formação em Serviço: Suporte Avançado de Vida Pediátrico..	CCVII
Apêndice 12 – Divulgação/Convocatória da Sessão de Formação em Serviço: SAVP	CCIX
Apêndice 13 – Apresentação da Formação em Serviço: SAVP	CCXI
Apêndice 14 – Avaliação da Atividade Formativa – Reação do Formando.....	CCXXIX
Apêndice 15 – Resultados da Avaliação da Formação em Serviço: SAVP.....	CCXXXI
Apêndice 16 – Certificado de Presença na Formação em Serviço: SAVP	CCXXXIV

Apêndice 17 – Pedido de Autorização para Realização do Projeto de Intervenção em Serviço . CCXXXVI	
Apêndice 18 – Questionário de Diagnóstico de Situação CCXXXVIII	
Apêndice 19 – Consentimento InformadoCCXLIV	
Apêndice 20 – Questionário Pré-teste de Diagnóstico de SituaçãoCCXLVI	
Apêndice 21 – Resultados do Questionário Pré-teste CCLIII	
Apêndice 22 – Resultados da Opinião dos Inquiridos Segundo o Nível de ConcordânciaCCLV	
Apêndice 23 – Resultados das Perguntas Abertas dos Questionários do Diagnóstico de SituaçãoCCLVII	
Apêndice 24 – Guião de Entrevista de Diagnóstico de Situação CCLIX	
Apêndice 25 – Análise SWOT CCLXI	
Apêndice 26 – Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço CCLXIII	
Apêndice 27 – Cronograma do Projeto de Intervenção em Serviço..... CCLXV	
Apêndice 28 – Guia Orientador Para o Planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico CCLXVII	
Apêndice 29 – IMPRESSO A: Avaliação da Condição Clínica da Criança/Jovem CCCVII	
Apêndice 30 – IMPRESSO B: Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico CCCIX	
Apêndice 31 – IMPRESSO C: <i>Checklist</i> Pré-partida CCCXII	
Apêndice 32 – Folheto Informativo para os Pais: “Hoje vou andar de ambulância...” CCCXIV	
Apêndice 33 – Plano de Sessão de Formação em Serviço: GOPTIP CCCXVII	
Apêndice 34 – Apresentação da Sessão de Formação em Serviço: GOPTIP CCCXIX	

Apêndice 35 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação em Serviço: GOPTIP CCCXLVI

Apêndice 36 – Questionário para Avaliação do GOPTIPCCCXLIX

Apêndice 37 – Resultados dos Questionário para Avaliação do GOPTIP.....CCCLIX

Apêndice 38 – IMPRESSO C: *Checklist* Pré-partida – modelo inicial.....CCCLXI

Apêndice 39 – Revisão Integrativa da Literatura CCCLXIV

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	CCCLXXXIII
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	CCCLXXXIV
Anexo 2 – Programa do Seminário: “Colados ao Ecrã”	CCCLXXXVI
Anexo 3 – Certificado de Participação no Seminário: “Colados ao Ecrã”	CCCLXXXIX
Anexo 4 – Programa do IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico	CCCXCI
Anexo 5 – Certificado de Formação do IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico	CCCXCIII
Anexo 6 – Programa da II Reunião de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos.....	CCCXCV
Anexo 7 – Certificado de Participação na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos	CCCXCVII
Anexo 8 – Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico	CCCXCIX
Anexo 9 – Avaliação para o Transporte Secundário	CDVI
Anexo 10 – Avaliação para o Transporte Secundário da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos	CDVIII
Anexo 11 – <i>Risk score for transport patients</i> de Etxebarria et al., 1998.....	CDX
Anexo 12 – <i>Paediatric Observation Priority Score</i> de Roland et al, 2016	CDXII
Anexo 13 – <i>A Guideline for use of Paediatric Observation Priority Score (POPS)</i>	CDXIV
Anexo 14 – Declaração do Enfermeiro Chefe e da Enfermeira Responsável pela Formação	CDXVI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura do GOPTIP.....	87
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - n.º de Enfermeiros.....	77
Gráfico 2 - n.º de Questionários.....	77
Gráfico 3 - Género.....	77
Gráfico 4 - Idade.....	77
Gráfico 5 - Anos de Experiência Profissional.....	78
Gráfico 6 - Experiência Profissional em Pediatria.....	78
Gráfico 7 - Habilitações Académicas.....	78
Gráfico 8 - Formações Específicas.....	78
Gráfico 9 - Questão 1: Tem conhecimento do procedimento geral?.....	79
Gráfico 10 - Questão 2.1.: Como teve conhecimento do procedimento geral?.....	79
Gráfico 11 - Avaliação dos IMPRESSOS.....	97
Gráfico 12 - Total de Pontos.....	98
Gráfico 13 - Nível de Transferência.....	98

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – Associação de Cuidados de Saúde

AHA – *American Heart Association*

APA - *American Psychological Association*

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARS – Administração Regional de Saúde

ATIP – Avaliação do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

ATS – Avaliação do Transporte Secundário

CAD – Cetoacidose Diabética

CCF – Cuidados Centrados na Família

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CISD – Classificação Internacional para a Segurança do Doente

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EACH – *International Association for Communication in Healthcare*

EC – Estudo de Caso

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

ECTS – *European Credit Transfer System*

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem

EN – Escala Numérica

ERC – *European Resuscitation Council*

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

EVA – Escala Visual Analógica

FC – Frequência Cardíaca

FLACC – *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

FPS-R – *Revised Faces Pain Scale*

FR – Frequência Respiratória

GOPTIP – Guia Orientador para o Planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

IAC – Instituto de Apoio à Criança

ICN – *International Council of Nurses*

ICS – *Intensive Care Society*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IMC – Índice de Massa Corporal

JBI – *Joanna Briggs Institute*

JCI – *Joint Commission International*

MCAD – Deficiência da Desidrogenase de Acetil-CoA de Cadeia Média

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MGF – Medicina Geral e Familiar

MS – Ministério da Saúde

NHSLA – *National Health Service Litigation Authority*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

NPSA – *National Patient Safety Agency*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Processo Assistencial Integrado

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

POPS – *Paediatric Observation Priority Score*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém Nascido

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SBVP – Suporte Básico de Vida Pediátrico

SCIP – Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos

SEMP-VH – Sistema de Emergências Médicas Pediátricas Vall d'Hebron

SEN – Sociedade Española de Neonatologia

SECIP – Sociedade Española de Cuidados Intensivos Pediátricos

SHU – Síndrome Hemorrágico Urémico

SI – Serviço de Internamento

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPEQSD – Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SRI - Sistema de Relato de Incidentes

SWOT - *Strenghts, Weaknesses, Opportunities e Threats*

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TID – Teoria da Incerteza na Doença

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

TIP-CHLN – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico do Centro Hospitalar de Lisboa Norte

TMA – Teoria de Médio Alcance

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UNICEF – *United Nations Children’s Fund*

USF – Unidade de Saúde Familiar

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

WHO – *World Health Organization*

XXIGC – Vigésimo Primeiro Governo Constitucional

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1.1. Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel	22
1.2. Segurança da Criança e Qualidade de Vida.....	26
1.3. Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico: Realidade Portuguesa	31
1.4. Promoção da Segurança no Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico	32
2. TRAJETÓRIA FORMATIVA: “DE GENERALISTA A ESPECIALISTA”	36
2.1 Estágio I – Promover a Saúde e o Desenvolvimento Saudável da Criança/Jovem em Parceria com a Família	37
2.1.1 Caracterização do local de estágio.....	38
2.1.2 Análise reflexiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESCJ.....	40
2.2 Estágio Final – Cuidar da Criança/Jovem e Família em Situações de Especial Complexidade ..	55
2.2.1 Caracterização dos locais de estágio	56
2.2.1.1 Unidade de Urgência Pediátrica	56
2.2.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos/Ambulância TIP.....	58
2.2.2 Análise reflexiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESCJ.....	60
2.2.3 Projeto de Intervenção - Guia Orientador para o Planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico	72

2.2.3.1	Elaborar um guia orientador para assistir os enfermeiros a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico;	87
2.2.3.2	Realizar uma sessão de formação sobre o planeamento do TIP e divulgar o GOPTIP ..	94
2.2.3.3	Avaliação do projeto.....	96
2.2.4	Revisão integrativa da literatura – Presença Parental no TIP	100
3.	ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS INERENTES AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE	103
3.1	Desenvolvimento das Competência comuns do Enfermeiros Especialista	104
3.1.1	Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	105
3.1.2	Domínio da melhoria da qualidade.....	107
3.1.3	Domínio da gestão dos cuidados	109
3.1.4	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	110
3.2	Desenvolvimento das Competências de Mestre	113
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

INTRODUÇÃO

O Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) é uma realidade em qualquer parte do mundo e acompanha o direito universal que as crianças têm de acesso aos cuidados de saúde mais adequados. A convenção sobre os direitos da criança exige aos Estados Partes no número 3 do Artigo 3.º que as instituições responsáveis pela prestação de serviços a crianças devam funcionar na garantia da sua proteção, sobretudo nos domínios da segurança e saúde, relativamente ao número e qualificação dos profissionais e contemplando a existência de processos de controlo (United Nations Children's Fund [UNICEF], 1989).

O Estado Português reconhece no Programa do XXI Governo Constitucional (XXIGC) 2015-2019 que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o responsável pela conquista de ganhos consideráveis em saúde, minimização de desigualdades, aumento da esperança média de vida com o expectável aumento da qualidade de vida (XXIGC, 2015). As recentes políticas de contenção de despesa pública, provenientes das medidas de austeridade, provocaram instabilidade social colocando em causa a qualidade dos cuidados de saúde e imprimindo dificuldades de acesso a serviços especializados. No panorama nacional, os cuidados pediátricos especializados estão extremamente regionalizados, nomeadamente na zona litoral, o que implicou, segundo Kiegan, Stanton, Geme, & Schor (2005) a organização de sistemas de encaminhamento, em especial para os cuidados perinatais, trauma pediátrico e crianças gravemente doentes aos quais grande parte dos hospitais distritais não conseguem dar resposta.

A criança, como utente do SNS tem o direito a receber, com prontidão ou num período de tempo clinicamente estável, os cuidados apropriados ao seu estado de saúde (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2009). Para assegurar este direito, Abecassis (2008) defende a importância de se organizar um sistema de transporte pediátrico em Portugal, seguro e com qualidade que permita aos hospitais distritais estender a sua ação de modo a que o doente em idade pediátrica possa beneficiar dos melhores cuidados nos centros especializados. Este sistema de transporte surgiu recentemente em 2012 com a disponibilização de equipas diferenciadas de TIP coordenadas pelo Instituto Nacional de emergência Médica (INEM) e distribuídas num total de 4 meios (Ambulâncias) sediadas em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e/ou Neonatais. Perante a limitação destes meios diferenciados, a Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2008), defende que cada instituição adote internamente esquemas organizativos no transporte de

doentes, incluindo a garantia de segurança e ausência de complicações, resultantes desse serviço complementar. O transporte inter-hospitalar de doentes é entendido pelo Despacho n.º 5058-D/2016 de 13 de abril do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2016), como um serviço a assegurar pelo Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) através de ações coordenadas entre os vários intervenientes do SNS. Deste modo, no caso do TIP deve existir uma estreita colaboração entre os meios de transporte do INEM com equipas especializadas e os meios de transporte das instituições hospitalares com equipas constituídas por profissionais dos serviços de origem onde a criança/jovem se encontra. Esta gestão conjunta de meios permite por um lado tornar o SNS mais eficiente norteado por “modelos de governação da saúde baseados na melhoria contínua da qualidade e na garantia da segurança do doente” (Despacho n.º 5058-D/2016 de 13 de abril do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2016, p. 12164-(5)).

O transporte inter-hospitalar de doentes, como em qualquer serviço em cuidados de saúde, não está isento de riscos e complicações. Segundo Lyphout et al. (2018), os doentes que requerem transporte secundário encontram-se na generalidade vulneráveis a pequenas complicações que possam ocorrer durante o transporte. Da evidência deste facto é indispensável prevenir riscos e complicações com base em orientações para o planeamento de um transporte seguro e de qualidade. A literatura e a prática profissional revelam que, a maioria das vezes, o transporte secundário de doentes críticos ou não críticos é realizado por equipas inexperientes e sem assistência por normas adequadas de planeamento em práticas de gestão de risco. No que respeita ao TIP, a sua qualidade e segurança é garantida por equipas especializadas e tem grande impacto nos resultados em saúde das crianças/jovens (Breathnach & Lane, 2017). Estes resultados são traduzidos numa redução significativa da morbilidade (Edge, Kanter, Weigle & Walsh, 1994; Orr et al., 1999).

Segundo a SPCI a decisão de transportar um doente crítico constitui um ato médico, no entanto a fase de planeamento é feita pela equipa médica e de enfermagem. A SPCI propõe como prioridade a formação de equipas de transporte e a nomeação em cada instituição hospitalar de um responsável médico e de enfermagem pela normalização e auditoria dos transportes secundários. São estas equipas que devem assegurar toda a logística necessária para a realização de um transporte em condições de segurança para doentes e profissionais (OM & SPCI, 2008). Segundo Romanzeira & Sarinho (2015), para que a segurança do transporte seja garantida e para a sua qualidade ser avaliada é facilitador utilizar uma ferramenta para determinar os requisitos mínimos e prever as possíveis complicações. Em Portugal não existe evidência consistente que defina a aplicação deste tipo de metodologia organizativa na área pediátrica, sendo que as recomendações existentes estão centradas

no adulto e dirigidas para o doente crítico, o que exige a pesquisa de instrumentos de planeamento e *guidelines* internacionais. Tendo por base as características diferenciadoras da pediatria e a necessidade de garantir a segurança e a qualidade do transporte secundário desta população, é prioritário a elaboração de procedimentos e/ou normas de orientação clínica nos serviços de pediatria.

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, organizado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, nomeadamente, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Este documento tem como finalidade descrever e analisar, de forma reflexiva, as aprendizagens adquiridas e desenvolvidas no Estágio I e Estágio Final, que decorreram no 2.º e 3.º semestre do Curso de Mestrado, em cuidados de saúde primários, contextos de urgência/emergência e cuidados intensivos pediátricos. Concomitantemente pretende enquadrar o projeto desenvolvido durante o estágio, comunicar a sua evolução e conclusões, atestando a aquisição progressiva de conhecimentos, aptidões e competências ao longo do percurso formativo e com o qual procuramos demonstrar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). A linha de investigação em que se inscreveu o percurso formativo foi a segurança e qualidade de vida, especificamente relacionada com a criança/jovem e família e obter o grau de mestre, dando cumprimento à alínea b) do ponto 1 do Artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016, p. 3176), que determina a integração de “(...) um estágio de natureza profissional objeto de relatório final(...)” para discussão pública e possível tradução em concessão de grau de mestre.

O projeto desenvolvido focou a temática do transporte inter-hospitalar pediátrico e integrou a linha de investigação da “Segurança e Qualidade de Vida”, tendo-se recorrido à metodologia de trabalho de projeto para o seu desenvolvimento. Esta metodologia, segundo Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010), está centrada na resolução de problemas como principal objetivo, permitindo neste processo adquirir competências e capacidades perante um contexto real. A metodologia de projeto é um processo de transformação que ligada à investigação permite prever uma mudança. O tema em análise insere-se no contexto de um problema institucional identificado com sérias repercussões na qualidade dos cuidados de saúde à população pediátrica, e como tal, motivou a reunião de esforços de origem

académica, profissional e social, com recurso a estratégias de investigação de forma a ser resolvido ou minimizado.

O enquadramento teórico ao trabalho ancorou-se na Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, que permitiu olhar a incerteza, as adversidades e as novas realidades como oportunidades evolutivas.

Com base no nosso fio condutor do trabalho desenvolvido definimos como objetivo geral: promover a segurança da criança no TIP. Por sua vez o objetivo geral foi subdividido em três objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança da criança/jovem e família e transporte inter-hospitalar pediátrico;
- Aplicar conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio;
- Definir o processo de planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico.

A definição destes objetivos motivou a construção de um plano de forma a imprimir no futuro, uma prática de cuidados de qualidade, regulamentada pela (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010b), numa visão de promoção do mais elevado estado de saúde possível da criança/jovem em qualquer contexto onde se encontre e sempre em parceria com a família/pessoa significativa.

O presente Relatório de Estágio inicia com a introdução, onde a problemática é enquadrada e os objetivos são definidos, seguindo-se o desenvolvimento do trabalho, estruturalmente organizado seguindo uma ordem cronológica dos três locais de estágio. A primeira parte do desenvolvimento foi dedicada à pesquisa de fundamentação teórica que possibilita enquadrar de forma conceptual a problemática onde estão alicerçados os objetivos de estudo e o modelo teórico que deu sustentação e orientou o pensamento crítico e reflexivo. Desta forma alimentámos o pensamento a partir dos ensinamentos de Merle Mishel com a sua Teoria da Incerteza na Doença, definimos alguns conceitos e procurámos abordar o panorama de evolução histórica e atual no que respeita à promoção da segurança no TIP. Na segunda parte será apresentada a trajetória formativa onde foi incluída uma breve caracterização dos campos de estágio e uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento de aprendizagens e competências inerentes ao EEESCJ assim como das intervenções realizadas em serviço

enquadradas na linha de investigação, incluindo a construção do Guia Orientador para o Planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (GOPTIP) e a Revisão Integrativa da Literatura sobre a presença parental durante o TIP. A terceira e última parte do desenvolvimento vem complementar a segunda parte com uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, nos seus quatro domínios, e de Mestre. No final, apresentam-se as considerações finais, onde os objetivos são analisados e são esboçados caminhos futuros.

Este documento encontra-se, escrito em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e de acordo com a norma de referência da sexta edição da *American Psychological Association* (APA) utilizando o programa Mendeley® da editora Elsevier® para gestão das referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Todo o percurso de desenvolvimento académico está dependente de linhas orientadoras e de bases teóricas. Por conseguinte, foi realizada uma preparação conceptual prévia, através da definição de conceitos considerados pertinentes para o desenvolvimento de um quadro de conhecimentos teóricos associados ao tema em estudo. Segundo Fortin (2009, p. 30), na conceptualização “Os escritos teóricos e empíricos são revistos de forma sistemática, com vista a situar a investigação em curso no contexto dos conhecimentos atuais.”.

Este primeiro capítulo está organizado da seguinte forma: apresentação da teoria de Merle Mishel que procura explicar os fenómenos em estudo percecionando as incertezas como oportunidades evolutivas; abordagem inicial sobre o impacto da segurança da criança na sua qualidade de vida, tendo por base a linha de investigação: “segurança e qualidade de vida”; descrição da forma como o transporte pediátrico está organizado a nível nacional; análise da importância da promoção da segurança no transporte inter-hospitalar pediátrico.

1.1. Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel

A Enfermagem como disciplina está intimamente ligada à epistemologia, que procura estudar a natureza original, os métodos em conhecimento científico, assim como as limitações que surgem ao longo deste processo (Lopes, 2001). Por outro lado, a Enfermagem como profissão autónoma, possui um campo de conhecimentos exclusivos que alicerçados pela investigação, são continuamente produzidos e renovados (OE, 2006). De forma a explicar e antecipar os fenómenos nos seus campos de conhecimento de nível mais abstrato (metaparadigmas), a Enfermagem utiliza um leque de teorias (Smith, 2008). Desta forma, são as teorias de enfermagem, com diferentes níveis de abstração e domínio de ação que ao sustentarem a prática profissional, permitem o crescimento autónomo da disciplina (Smith, 2008). Segundo Fawcett (2005), uma Grande Teoria é caracterizada pelo elevado nível de abstração e por sua vez, uma Teoria de Médio Alcance (TMA) é caracterizada por ser mais restrita e concreta.

As TMA são, na atual práxis de Enfermagem, desenvolvidas com base no processo de investigação e permitem organizar de forma sistemática o pensamento crítico nas tomadas de decisão. Para Smith (2008), as TMA estão fundamentadas numa perspetiva paradigmática claramente explícita, conduzindo ao desenvolvimento de linhas orientadoras para a prática de Enfermagem, ou seja, estão em relação direta com um paradigma, com conceitos concretos e campo de análise circunscrito, podendo ser testadas empiricamente ou aplicadas na prática real dos cuidados.

Ao abordarmos o TIP, é necessário recorrer a uma sistematização de conceitos especificamente concretos, e desta forma seguir um nível de teorização centrada num campo menos abstrato com inclusão de focos de interesse contextualmente mais limitados. Em consequência deste facto, o presente trabalho é sustentado por uma TMA, nomeadamente a Teoria da Incerteza na Doença (TID) de Merle Mishel, que fundamenta de forma mais sustentada e objetiva o tema em questão, norteando o desenvolvimento da prática em contexto de estágio.

Durante as fases de diagnóstico e tratamento de uma doença aguda, que muitas vezes se traduz numa evolução negativa, podem surgir cognitivamente incertezas e de acordo com a teoria de Mishel, poderá ser possível adaptar as respostas à situação de incerteza na doença (Alligood & Tomey, 2004). Esta incerteza é determinada pela incapacidade que habitualmente, as pessoas têm, em dar significado à sua doença e por outro lado, pela inabilidade de prever resultados precisos (Mishel & Clayton, 2008). A variedade no padrão subjetivo de sinais e sintomas, diferentes de pessoa para pessoa, o nível de diferenciação de cuidados e terapêutica associados, muitas vezes a ausência de conhecimento científico em patologia e farmacologia leva a imprevisibilidades de prognóstico (Mishel, 1988 citada por Anema, Johnson, Zeller, Fogg, & Zetterlund, 2009). Estas premissas estão perfeitamente enquadradas no TIP, onde podemos encontrar múltiplas patologias com diferentes níveis de gravidade que determinam a condição clínica de uma criança/jovem. Embora cada criança/jovem seja um ser único e individual com respostas distintas aos processos de saúde-doença, em matéria de TIP existem formas comuns de prevenir complicações salvaguardando a sua segurança com repercussões na qualidade de vida, transformando as incertezas em medidas de proteção.

Mishel consegue clarificar na sua teoria que a incerteza na doença provoca desequilíbrio na vida das pessoas mas pode ser encarada como uma nova oportunidade de adaptação e descoberta de um novo sentido. Esta conclusão é coerente com outras teorias, nomeadamente na teoria do Stress e Coping de Lazarus, onde o *stress* tem um papel destrutivo dos sentidos e o *coping* uma função protetora (Bailey & Steward citados por Alligood & Tomey, 2004); assim como na Teoria do Caos,

considerando que a experiência humana é influenciada por pequenas mudanças e acontecimentos de vida (Gunther citado por Alligood & Tomey, 2004).

A TID está organizada a partir de três conceitos que explicam a reação do indivíduo perante a incerteza ao longo do processo de doença: Antecedentes de incerteza; processo de apreciação da incerteza e modo de adaptação à mesma (Mishel & Clayton, 2008).

Os antecedentes da incerteza permitem às pessoas começar o processo de análise da incerteza, e advêm de um quadro de estímulos (padrão de sintomas, familiaridade e congruência do evento patológico), das capacidades cognitivas e das estruturas responsáveis pelo fornecimento dos estímulos (Como por exemplo os profissionais de saúde). Reunidas estas condições, a pessoa analisa a incerteza dando-lhe um sentido negativo ou positivo, ou seja, pode ver uma ameaça ou uma oportunidade. Esta apreciação é suportada na **inferência**, que depende da capacidade que a pessoa tem para enfrentar os acontecimentos (construída com base nas experiências anteriores e na personalidade), e na **ilusão**, que é construída à luz de uma crença que imprime uma perspetiva positiva de oportunidade na incerteza. É na fase de apreciação que a incerteza manifesta o poder de lançar sobre o indivíduo um sentimento de esperança transformando-se num ímpeto positivo face às dificuldades. Quando, por outro lado, a incerteza é assumida como um perigo, o indivíduo deve aprender a adaptar-se através de mecanismos de *coping* que têm uma ação direta na mobilização de estratégias como a fé, esperança, a não separação e apoio cognitivo. No caso da incerteza ser encarada como uma oportunidade, o *coping* tem uma ação sobre a manutenção da apreciação positiva (Alligood & Tomey, 2004).

O enfermeiro na prestação de cuidados de saúde ao doente, entra como um potencial fornecedor de estímulos com influência no processo de análise da incerteza na doença por parte do doente/família, e por isso deve estar atento às certezas e incertezas desta população. As intervenções de enfermagem devem ser estrategicamente planeadas de forma a reduzir ou manter a incerteza caso seja assumida, respetivamente, como uma ameaça ou oportunidade, mantendo assim o processo de esperança do indivíduo (Wurzbach citado por Alligood & Tomey, 2004).

Até ao momento foi descrita a aplicação da TID ao indivíduo que experiencia um processo de doença, no entanto a ótica pode ser colocada aos profissionais de saúde. Quando o enfermeiro, na prestação de cuidados, enfrenta uma pessoa com condição clínica adversa, à qual não consegue dar resposta de uma forma fácil e eficaz, nomeadamente pela sua falta de familiarização com a situação,

podem surgir sentimentos de insegurança na sua performance. Com base na teoria de Mishel, o enfermeiro realiza uma apreciação, que em termos processuais parte de uma inferência e de uma ilusão. Na prestação dos cuidados, o enfermeiro com base na sua mestria, personalidade e experiências anteriores, faz uma dedução, conseguindo prever empiricamente as consequências das suas ações perante a situação adversa. Posteriormente, consegue construir através da ilusão uma realidade que pode potenciar resultados favoráveis. Assim, na fase de apreciação, a incerteza pode ser interpretada pelo enfermeiro como um momento oportuno para melhorar as suas capacidades. E por sua vez é com base numa correta apreciação que conseguimos gerir os recursos de uma forma eficiente para corresponder às necessidades da criança/jovem que beneficia do TIP.

O conceito de incerteza que a TID focaliza, tem um grande potencial para provocar alterações evolutivas na prática clínica, providenciando oportunidades de desenvolver intervenções de enfermagem que possam apoiar os doentes na sua readaptação à novas exigências que a condição de doença lhe provocou nas suas atividades de vida diárias (Mishel & Clayton, 2008). Esta visão teórica, apoia a preocupação com a segurança e qualidade de vida dos doentes e vai ao encontro da opinião que os enfermeiros devem garantir de forma autónoma e em equipa multidisciplinar, uma intervenção segura e de qualidade a nível primário, secundário e terciário, com objetivo de responder às necessidades dos doentes em todas as idades (OE, 2005). A segurança e a gestão do risco inserem-se no domínio da melhoria continua da qualidade e constituem um dos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a) e devem integrar políticas internas nas organizações de cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011b).

Ao trabalharmos com crianças, é inevitável considerarmos a família, pois juntos (criança e família) constituem, na maioria das vezes o nosso foco de cuidado. A família da criança que necessita de ser transportada para outro hospital, apresenta habitualmente um elevado nível de ansiedade levando a incertezas profundas e a instabilidade emocional (Eggenberger & Nelms, 2007). A projeção negativa que a incerteza causa sobre a qualidade de vida, da criança e a sua família, está em parte dependente da confiança com os profissionais de saúde (Alligood & Tomey, 2004). Desta forma, a transmissão de uma atitude segura e competente por parte do enfermeiro responsável pelo processo de transporte, pode trazer um importante papel de *coping* familiar positivo, suportado na confiança e autoridade credível. À luz do que foi descrito sobre a teoria de Mishel, para que a família consiga experienciar o transporte da sua criança para outro hospital de forma positiva, deve receber estímulos adequados que permitam dar uma perspetiva que as incertezas não são perigos, mas sim oportunidades, neste caso, oportunidade na melhoria da condição clínica da criança.

A existência de um GOPTIP, que contempla todos os passos a cumprir em contexto pediátrico, sem descurar os Cuidados Centrados na Família (CCF), pode ser um elemento facilitador do processo de apreciação, transformando-se numa estratégia de *coping*, levando a um sentimento de segurança e certeza na intervenção antes e durante o transporte. Esta conceção vem enriquecer e humanizar a nossa atuação, indispensável na área da saúde infantil e pediátrica. A família é uma unidade de cuidados e como tal, em todos os contextos, incluindo o TIP, deve ser prevenida a sua fragmentação. Este modelo respeita a solidez familiar que corresponde a uma componente central na excelência dos cuidados (Apolinário, 2012).

Desta forma, parece-nos possível transpor a sistematização dos conceitos da TID em função do aperfeiçoamento do planeamento do TIP. Ao tentarmos organizar um conjunto de recomendações para o planeamento do TIP com a construção de um guia orientador, com recurso a ferramentas de planeamento na determinação das necessidades logísticas em recursos humanos e materiais e na previsão das possíveis complicações durante o transporte, estamos a assumir na incerteza uma oportunidade de melhoria salvaguardando a segurança da criança e promovendo a sua qualidade de vida.

Os pressupostos da TID dão suporte à linha de investigação desenvolvida no âmbito dos estágios realizados e permite estabelecer um paralelismo teórico que norteia a reflexão crítica sobre as aprendizagens desenvolvidas: Segurança e qualidade de vida da criança/jovem e família.

1.2. Segurança da Criança e Qualidade de Vida

Na sociedade atual, a segurança do doente está necessariamente associada à qualidade dos cuidados em saúde (Silva, Pedrosa, Leça, & Silva, 2016). Este facto leva à seguinte premissa: ao procurarmos um elevado grau de segurança do doente estamos a garantir cuidados de saúde de qualidade. Na área dos cuidados de saúde, a atenção relativamente aos aspetos com a segurança tem demonstrado uma evolução progressiva, e é considerado na atual conjuntura internacional como um grave problema de saúde pública (DGS, 2011a).

Os movimentos em torno da segurança do doente tiveram início no passado recente, no ano 2000, com o relatório *“To err is human”* do *Institute of Medicine of the National Academies*, demonstrando ao público internacional que as intervenções em saúde comportam riscos e podem causar dano ou até mesmo a morte do doente (DGS, 2015b). Este facto levou ao estabelecimento de uma cultura de segurança organizacional quer nas práticas de gestão quer no campo dos cuidados de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a cultura de segurança de uma organização de saúde como “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização.” (DGS, 2015b, p. 4). E lança nove desafios a nível internacional para a “Segurança do Doente” às quais Portugal respondeu aderindo em 2008/2009 implementado alguns projetos, nomeadamente a campanha nacional da higiene das mãos.

Em matéria de segurança organizacional, foi criada pela OMS uma Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD) que definiu alguns conceitos com especial destaque para três deles: **Incidentes de segurança do doente** (evento/circunstância que pode provocar, ou provocou, dano desnecessário ao doente); **Erro** (falha na intervenção planeada ou desenvolvimento incorreto de um plano) e **Risco** (probabilidade de acontecimento de um incidente). A CISD foi adotada por Portugal, traduzida e publicada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS.

Pegando nestes conceitos e recomendações é facilmente perceptível que o desenvolvimento de uma cultura de segurança organizacional deve contemplar uma avaliação prévia das políticas de segurança existentes para posteriormente serem implementadas medidas eficazes na prevenção de erros e incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde (DGS, 2015b). Portugal, mais uma vez responde a estas exigências e realiza um estudo piloto numa amostra de hospitais portugueses com a publicação da Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro. Mais tarde em 2015, a cultura de segurança passa a constituir um dos Objetivos Estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, D.R., II de 10 de fevereiro), que surge integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015, D.R., II, de 27 de maio), como prioridade nacional para a Segurança do Doente (DGS, 2015b).

Todas as medidas normalizadas contribuem inevitavelmente, de forma positiva, para os ganhos em confiança nas organizações de saúde e respetivos profissionais, maiores probabilidades de

serem alcançados os resultados previstos e a desejável redução com os custos diretos e indiretos com forte impacto na economia da saúde (Fragata, 2010). A cultura de segurança de uma organização é multidimensional, imprimindo desta forma alguma complexidade (Silva et al., 2016). As organizações devem investir por um lado no desenvolvimento de ambientes seguros com vista a minimizar o erro humano (Fragata, 2010), e por outro lado devem valorizar o trabalho dos profissionais, encarando-o como um elemento fundamental para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população (Weaver et al., 2013).

No caso particular da área pediátrica, a literatura é escassa em termos de estudos sobre esta matéria, no entanto existe a crença que pela especificidade da pediatria com a sua grande variabilidade de etapas de desenvolvimento, a criança é mais vulnerável a eventos adversos em comparação com a população adulta (Silva et al., 2016). É consensual que a segurança é claramente um dos pilares essenciais para o desenvolvimento saudável, com repercussão na qualidade de vida da criança, em todas as suas dimensões: psicológica, fisiológica e social. De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015, D.R., II de 10 de fevereiro (2015):

“A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde em particular (...) e a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.” (p. 3882-(2)).

É nos ambientes de cuidados ao doente crítico que os eventos graves, como os erros de medicação, são mais frequentes (American Academy of Pediatrics, 2011). Um estudo de Lemon & Stockwell (2012) concluiu que 70.000 crianças estão sujeitas, por anos, a eventos adversos relacionados com os cuidados de saúde. Outros dados elucidativos são retirados de uma revisão realizada pela *National Patient Safety Agency* (NPSA) que mostra com base em alguns estudos sobre o tema, uma taxa entre os 2-10% de eventos adversos por cada admissão hospitalar sendo que em 26% dos casos são detetadas situações potencialmente evitáveis. Entre as causas de ocorrência de erros estão as falhas de comunicação, incidentes de medicação, incidentes de procedimento e a fraca capacidade que os profissionais têm no reconhecimento da gravidade da condição clínica da criança (NPSA, 2009).

Segundo Silva et al. (2016), outro aspeto que pode contribuir para o aumento do risco de ocorrência de eventos adversos é a incapacidade que as crianças têm em questionar os cuidados que lhe são dirigidos. Facto este que enaltece a importância do acompanhamento parental como filtro

adicional de possíveis erros, com impacto na promoção da saúde e bem-estar da criança e por sua vez na qualidade e segurança dos cuidados que são prestados (Sanders citado por Hockenberry & Wilson, 2014). Por outro lado foi provado por Lacey, Smith, & Cox (2008), que devido à imaturidade fisiológica e imunitária, as crianças estão mais suscetíveis a maiores danos com maior impacto humano a nível particular e económico a nível político-social.

Perante estas questões, especialmente sensíveis à área pediátrica, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) constituiu um grupo de trabalho autónomo dedicado ao aprofundamento e consolidação de uma cultura de qualidade e segurança nos cuidados de saúde às crianças e adolescentes, denominada Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente (SPEQSD). A SPEQSD procura essencialmente, que os cuidados à criança, adolescente e sua família sejam os mais efetivos, eficientes, seguros e equitativos, através da avaliação de processos, resultados e redefinição de estratégias (SPEQSD, 2017). Este investimento em estratégias para melhorar os cuidados às crianças, deve contribuir de uma forma preventiva, com o objetivo de introduzir socialmente adultos mais saudáveis, com poupanças significativas nos recursos financeiros do país (Xavier, 2017).

No campo dos cuidados de enfermagem, e com o desenvolvimento do conhecimento da disciplina, a responsabilização pela segurança do doente deve estar presente em todas as fases do processo de enfermagem, incluído a fase de diagnóstico, planeamento e avaliação e não apenas, de forma restrita, na fase de intervenção (Abreu, 2012). A estreita proximidade entre o enfermeiro e o doente contribui para uma posição privilegiada na identificação dos riscos que podem agravar a condição clínica, antes que se tornem eventos adversos (Mitchell, 2008). Os enfermeiros, regulados pela sua OE, têm o dever de promover ambientes seguros garantindo cuidados de qualidade. As questões da segurança do doente estão bem presentes no Código Deontológico do Enfermeiro, mais precisamente na alínea c) do Artigo 79º que enaltece a proteção e a defesa do doente das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). A excelência dos cuidados deve ser encarada eticamente como um requisito ao direito que o doente tem em receber os melhores cuidados de enfermagem reforçados pela confiança, competência e equidade (Nunes, 2006). O enfermeiro tem de regular a sua ação com base em protocolos normalizados ao mesmo tempo que participa energicamente na deteção, investigação e inspeção de riscos potenciais, particularmente com atenção a contextos onde estão inseridos grupos vulneráveis, como é o caso das crianças e dos jovens (Nunes, 2006).

Em resposta às características específicas da população pediátrica e do ambiente particular de cuidados surge o EEESCJ. A performance deste especialista deve ser traduzida em cuidados de saúde à criança, adolescente e sua família num nível avançado e respeitando sempre as questões de segurança (OE, 2010b). Para promover a segurança e a qualidade de vida da criança, um estudo de Wilson, Ramelet, & Zuiderduyn (2010) concluiu que existem três categorias fundamentais a considerar: criança, família e promoção da saúde. No que diz respeito à **criança**, deve existir especial atenção sobre o erro terapêutico, gestão da dor, efeito traumatizante dos incidentes, melhores práticas em situações complexas e indicadores de qualidade dos cuidados (como por exemplo: prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e a prevenção de lesões por pressão). A **família** deve ser especialmente abordada sempre na ótica dos CCF de forma a responder com eficácia e qualidade à satisfação das suas necessidades (Wilson et al., 2010). O envolvimento das famílias nas decisões tendo por base o Modelo da Parceria dos Cuidados de Anne Casey, respeitando as suas necessidades, preferências e valores constitui recentemente um importante indicador de qualidade (Joint Commission International [JCI], 2017). A **promoção da saúde** é o elemento chave no controlo e melhoria do completo bem-estar físico, mental e social apoiado em medidas que promovam comportamentos de vida seguros.

No fundo, a evidência científica defende uma intervenção focalizada num ambiente promotor de saúde da criança e do seu desenvolvimento, o que está bem enraizado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011). O EEESCJ “presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (OE, 2011, p. 10). O trabalho em parceria com a criança/jovem e a sua família/pessoa significativa é realizado em todos os contextos onde estes agentes se encontrem, incluído no TIP.

O enfermeiro deve partir para a defesa do direito à segurança do doente em idade pediátrica em qualquer contexto, fazendo de “advogado” desta população vulnerável de forma a que os serviços com crianças a seu cargo se comprometam a assegurar a sua proteção nos domínios da segurança e da saúde na medida máxima possível, salvaguardando a sobrevivência e o desenvolvimento saudável da criança e do jovem, tal como foi definido na Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989).

Conhecemos o impacto que os ambientes desfavoráveis têm sobre a qualidade de vida das crianças/jovens ao longo do seu ciclo vital, neste sentido é importante enquadrar o ambiente do TIP como potencialmente adverso.

1.3. Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico: Realidade Portuguesa

Ao longo dos séculos temos assistido a um desenvolvimento tecnológico e científico na área dos cuidados de saúde que aumentaram significativamente a esperança média de vida. Associado a este facto, segundo, Romanzeira & Sarinho (2015), aumenta a procura por serviços cada vez mais especializados, com tecnologias de ponta, que se encontram regionalizados. Este novo desafio gera na atualidade a necessidade de adotar o transporte como estratégia. Segundo Almeida, Rodrigues, Correia, Carvalho, & Sequeira (1996), após os grandes conflitos bélicos mundiais começou-se a formalizar o transporte de doentes em esquemas integrados quer nos Estados Unidos da América (EUA), quer na Europa.

A história da saúde infantil em Portugal mostra uma evolução de sucesso marcada pelo resultado das estratégias centradas nos direitos das crianças e na melhoria das condições económicas e sociais das famílias, com enfoque nos determinantes da saúde (Soediono, 2009). Para Machado, Alves, & Couceiro (2011), continuar a evoluir positivamente requer que este planeamento em saúde deva ser sustentado para manter os resultados. O TIP passou a ter uma importância vital para possibilitar o acesso da criança/jovem a cuidados de saúde com recursos humanos e técnicos em tempo oportuno que não estão disponíveis no hospital de origem, ficando a continuidade dos cuidados assegurada (OM & SPCI, 2008). Mata, Escobar, Gómez, González & Cid (2016), afirma que o transporte pediátrico é o elemento chave para a sobrevivência do doente em idade pediátrica. Segundo (Abecassis, 2008), vários estudos têm demonstrado que este transporte quando feito por equipas especializadas permite reduzir a morbimortalidade. Também a OM e a SPCI afirmam que, “os países que implementaram esta organização de transporte, conseguiram reduzir, significativamente, a morbidade e mortalidade (...)” (OM & SPCI, 2008, p.23).

A organização do transporte pediátrico é um dado adquirido em alguns países, como: Reino Unido, EUA e Austrália (Abecassis, 2008). Em Portugal foi criado, pelo INEM, no ano de 2012, o serviço de TIP que surgiu da união entre o serviço de transporte de RN, constituído em 1987, com a ambulância de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP), que tinha iniciado funções em 2010. Foi assim criado um sistema único para garantir o transporte de RN e crianças até aos 18 anos de idade com necessidade de cuidados intensivos diferenciados (Abecassis & Correia, 2017). Devido à dificuldade em colocar equipas diferenciadas em todos os hospitais (Mata et al., 2016) foram criadas, até à atualidade, quatro meios regionalizados a nível nacional, sediados em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais (Porto, Coimbra, Lisboa e Algarve). Estes meios especializados, de acordo com o Despacho n.º 5058-D/2016 de 13 de abril do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2016), são coordenados em gestão conjunta com os estabelecimentos do SNS e com o INEM. A limitação de meios leva necessariamente a uma definição de critérios de ativação estreitos, que permitem acionar estes meios para os serviços de pediatria das respetivas áreas de referência, sempre que estiverem disponíveis, para procederem ao transporte de doentes críticos em idade pediátrica (TIP Norte, 2011).

Quando num contexto de gestão integrada de recursos, o INEM não consegue disponibilizar o apoio ao transporte do doente crítico, a OM & SPCI (2008), reconhecem estas limitações e consideram que cada instituição deve estar preparada de forma a manter operacionais equipas de transporte adequadas para deslocações entre hospitais. É da responsabilidade das instituições hospitalares promover esquemas organizativos de transporte secundário do doente crítico e não crítico. Mata et al. (2016), refere que é importante organizar um sistema de transporte pediátrico diferente do adulto devido às suas características específicas incluído o campo familiar.

A SPCI e a OM deixam claro que, “É, igualmente pertinente a crescente sistematização de recomendações para o transporte pediátrico” (OM & SPCI, 2008, p. 8).

1.4. Promoção da Segurança no Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

Os esquemas organizativos que imprimem sistematização de recomendações para o transporte pediátrico vão ao encontro da segurança do doente. Esta temática é um dos pilares da

qualidade dos cuidados de saúde que a DGS define como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011b).

A qualidade é um processo dinâmico com grande impacto na sociedade e que deve envolver todos os intervenientes de uma organização de saúde desde a administração até aos profissionais de saúde. Segundo a OMS, para que um serviço tenha qualidade tem que obrigatoriamente organizar de forma eficaz os seus recursos para satisfazer as necessidades de saúde quer em cuidados preventivos quer em cuidados curativos, sempre na ótica da garantia da segurança do doente (OMS, 2008). Em Portugal foi publicado o Despacho n.º 1400-A/2015 referente ao Plano Nacional de Saúde para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que traz uma visão, a adotar pelas organizações de saúde, em cultura de segurança com ações de gestão de risco dirigidas a problemas específicos de forma a melhorar a qualidade do SNS (Despacho n.º 1400-A/2015 de fevereiro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: II Série, n.º 28, 2015). A OE nesta matéria determina que a natureza e complexidade da prestação de cuidados de saúde comporta riscos e acompanhando esta consciencialização, os profissionais de enfermagem devem procurar sempre os meios mais eficazes de gestão de risco (OE, 2007). Desta forma é imperativo identificar riscos e planear medidas corretivas.

Para garantir a segurança do doente em idade pediátrica e alcançar os níveis de qualidade exigidos as instituições de saúde têm de clarificar e formalizar uma política sobre o transporte do doente em idade pediátrica, organizando equipas, nomeadamente dos serviços de urgência pediátrica, com formação específica que decidem, planeiam, executam e devem auditar o transporte secundário (OM & SPCI, 2008). Segundo a SPCI a decisão de transportar um doente crítico constitui um ato médico, no entanto a fase de planeamento é feita pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade de origem. Regina Martins & José Martins (2009), vão ao encontro das recomendações da SPCI de 2008 e referem que a fase de planeamento é um momento intercalar que determina a escolha e contacto do serviço recetor, da escolha do meio de transporte, da equipa de transporte, seleção da monitorização, da terapêutica e a previsão das possíveis complicações.

O TIP deve ser planeado com consciência dos riscos inerentes, não sendo aceitável qualquer deterioração do estado de saúde da criança/jovem, que não se relacione diretamente com a patologia de base. A segurança do doente e dos profissionais deve ser o principal objetivo do planeamento (OM & SPCI, 2008). O aparecimento de eventos adversos, ou seja uma lesão não intencional que resultou da prestação de cuidados (Mendes, Travassos, Martins, & Noronha, 2005), têm preocupado o âmbito dos cuidados de saúde com evidência crescente da necessidade de serem minimizados. Por outro lado,

os eventos adversos podem não ter origem apenas no erro humano, mas sim no próprio doente, em falhas nos mecanismos de segurança e/ou em equipamentos (DGS, 2011b).

Segundo a Eurostat & Union (2016), os enfermeiros têm assumido gradualmente, pelo desenvolvimento das suas qualificações, a responsabilidade pelo planeamento e gestão dos cuidados ao doente de forma autónoma ou em equipa na aplicação de medidas preventivas para eventos adversos. Os enfermeiros são a maior classe profissional de colaboradores de um hospital e por outro lado são os que permanecem em contacto direto com o doente, nomeadamente com o doente crítico, comprovado por Donchin et al. (1995) que verificou que 84% das atividades aos doentes são realizadas pelos enfermeiros. Por outro lado, o Institute of Medicine (2004), afirmou que a grande parte do trabalho de avaliação, vigilância e prestação de cuidados ao doente crítico é realizado pelos enfermeiros.

O Enfermeiro de cuidados gerais tem a competência de tomada de decisão, que orienta o seu exercício, numa abordagem sistematizada onde identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo, respeitando os deveres previstos no Código Deontológico (OE, 2012). As suas intervenções são precedidas de um planeamento de forma a evitar riscos e a detetar precocemente problemas reais utilizando o processo de enfermagem. A necessidade em cuidados de saúde cada vez mais especializados e de qualidade exigiu dos enfermeiros uma maior diferenciação (Carvalho, 2011). A OE seguindo as recomendações do *Internacional Council of Nurses* (ICN), definiu as competências do Enfermeiro Especialista que vem elevar o nível de competências dos enfermeiros abrangendo os domínios da prática, ética e gestão centrado em áreas específicas (OE, 2010a). O EEESCJ está centrado na criança/jovem e família e a sua atuação é traduzida a um nível avançado procurando responder de forma eficaz e segura às particularidades desta faixa etária (OE, 2010b). É por isso facilmente dedutível que o Enfermeiro é naturalmente um excelente elemento da equipa multidisciplinar para a participação ativa na implementação e efetivação de esquemas organizativos, nomeadamente no que diz respeito ao transporte secundário de doentes. E por outro lado o grau de diferenciação do EEESCJ vem incrementar os ganhos em saúde na área da pediatria incluindo contributos importantes no processo de transferência inter-hospitalar pediátrico.

O TIP é uma área de intervenção que não deve ser descurada pelas organizações de saúde, devem segundo Mata et al. (2016), assegurar processos de qualidade organizados baseadas em *guidelines* que determinam as necessidades adequadas quer em recursos humanos quer materiais. A SPCI propõe como prioridade a formação de equipas de transporte e a nomeação em cada instituição

hospitalar de um responsável médico e de enfermagem pela normalização e auditoria dos transportes secundários. São estas equipas que devem assegurar toda a logística necessária para a realização de um transporte em condições de segurança para o doente e para os profissionais (OM & SPCI, 2008). Segundo Romanzeira & Sarinho (2015), para que a segurança do transporte seja garantida e para a sua qualidade ser avaliada é facilitador utilizar uma ferramentas para determinar os requisitos mínimos e prever as possíveis complicações.

A literatura nacional relativamente a este tipo de metodologia na área pediátrica é escassa e dirigida para o adulto, este facto exige uma pesquisa por *guidelines* internacionais. A hipotética constatação da experiência na prática dos cuidados revela que as escalas utilizadas quer para a definição das necessidades em recursos humanos e materiais quer para a avaliação de previsão das complicações possíveis durante o transporte do doente, não estão adaptadas à realidade pediátrica. Tendo por base as características diferenciadoras da pediatria e a necessidade de garantir com segurança e qualidade o transporte secundário desta população, é prioritário a elaboração de normas de orientação clínica nos serviços de urgência pediátrica.

2. TRAJETÓRIA FORMATIVA: “DE GENERALISTA A ESPECIALISTA”

No âmbito do Curso de Mestrado em Associação, com a finalidade de ser elaborado um relatório final de estágio de natureza profissional, para discussão pública e aprovação, foi solicitado a construção de um projeto inicial norteado por uma área de interesse específica ajustada a uma linha de investigação de forma a dar resposta às competências de Mestre e de EEESCJ. O projeto foi entregue, conforme solicitado no dia 15 de novembro de 2017 aos Serviços Académicos juntamente com o impresso modelo T-005, resumo, plano e cronograma (Apêndice 1) e declaração do orientador. Além disso foi preenchido o requerimento à Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem-Estar para avaliação do projeto, que após deliberação teve parecer positivo (Anexo 1).

Integramos como linha de investigação a “Segurança e qualidade de Vida” e o tema desenvolvido foi a segurança da criança no TIP, problemática esta que motivou a construção do enquadramento conceptual e que serviu de orientação para os resultados em aprendizagem na avaliação, desenho e implementação de projetos de intervenção. Importa referir que este fio condutor não se cingiu à performance como futuro especialista na referida área temática, foram trabalhadas todas as competências, em todos os contextos proporcionados, onde a criança/jovem e família/pessoa significativa estavam presentes, de forma a responder globalmente à realidade pediátrica e dar continuidade ao aprendido durante a parte curricular do curso de mestrado.

É indispensável realizar uma reflexão crítica sobre a prática clínica, evidenciando o desenvolvimento das competências em estágio e analisar a implementação dos projetos de intervenção em serviço realizados neste percurso formativo. Ao longo da componente teórica do curso foram adquiridos conhecimentos, aptidões e competências. No Estágio I foram desenvolvidas em cenário real dos cuidados, numa perspetiva predominantemente direcionada para a maximização da saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento, intervenções junto da criança/jovem e família em contexto de cuidados de saúde primários. Enquanto que no Estágio Final, as intervenções deram lugar, predominantemente, ao desenvolvimento da competência de cuidar da criança/família nas situações de especial complexidade, em contexto de cuidados de urgência/emergência e intensivos pediátricos.

Na prática, os estágios apresentaram um total de 38 *European Credit Transfer System* (ECTS) aos quais corresponderam 517h de Ensino Clínico, das quais 460h foram de contacto e as restantes

57h para orientação tutorial. No 1.º Ano – 2.º Semestre foi realizado o Estágio I que decorreu entre 2 de maio de 2017 a 16 de junho de 2017 (com pausa de 29 de maio a 4 de junho) num total de 129h em contexto de cuidados de saúde primário. No 2.º Ano – 3.º Semestre o Estágio Final foi subdividido em dois estágios, um primeiro realizado no período de 18 de setembro de 2017 a 03 de dezembro de 2017 em contexto de urgência pediátrica (243h) e um segundo estágio realizado entre 4 de dezembro de 2017 e 27 de janeiro de 2018 numa unidade de cuidados intensivos pediátricos integrando em simultâneo a equipa do TIP do INEM (145h).

No presente capítulo, pretende-se explicitar os objetivos delineados em cada contexto de estágio, seguindo, o ramo da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e a linha de investigação integrada no projeto. Vamos caracterizar de forma breve os locais de estágio e realizar uma reflexão crítica sobre as aprendizagens, intervenções em serviço e competências adquiridas, inerentes ao EEESCJ. Estes contextos de estágio foram articulados entre si, espelhando a diversidade de atividades e a sua crescente contribuição no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados.

2.1 Estágio I – Promover a Saúde e o Desenvolvimento Saudável da Criança/Jovem em Parceria com a Família

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), são reconhecidos como a primeira linha do SNS que serve a população numa política de proximidade (ICN, 2008). A sua importância foi reconhecida há mais de 40 anos na Declaração de Alma-Ata e foram organizados em Portugal em 1971. Desde então os CSP foram alvo de várias reformas de reestruturação no sentido de aumentar a eficiência de gestão de recursos na resposta às necessidades das famílias (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2016). Na atualidade os CSP abrangem “um conjunto de cuidados de saúde que englobam a prevenção e prestação na doença, a promoção da saúde, a continuidade de cuidados de saúde e a articulação com outros serviços de saúde” (ERS, 2016, p. 7).

A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF), surgiu no seguimento da Reforma de 2005 dos CSP. Esta reforma reorganizou localmente os cuidados com a criação das USF e os Centros

de Saúde passaram a fazer parte de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o desaparecimento da estrutura intermédia das quais faziam parte as Sub-Regiões de Saúde (Miguel & Sá, 2010). Foi com a publicação do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio que ficou definido USF, como uma unidade que tem “a missão de prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.” (ERS, 2016, p. 19). De uma forma geral e simples, da carteira básica de serviços das USF devem constar: consultas Médicas e de Enfermagem (hipertensão, diabetes, saúde de adultos), consultas abertas (doença aguda), saúde infantil (vigilância da criança desde o nascimento até aos 18 anos), saúde da mulher (planeamento familiar, rastreios, saúde materna), tratamentos de enfermagem e visita domiciliária (Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro do Ministério da Saúde, 2007).

Inserida no contexto dos CSP encontramos a essência dos cuidados, fazendo dos enfermeiros o principal grupo de profissionais nesta área (ICN, 2008). É exigido aos enfermeiros de CSP que estabeleçam uma ponte entre os indivíduos, famílias e comunidades com o SNS, prestando cuidados em equipa multidisciplinar e de forma autónoma na promoção da saúde e prevenção da doença (ICN, 2008).

Os CSP na área da saúde infantil e juvenil seguem as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), cuja reformulação baseada em evidências científicas atualizadas e a sua aplicabilidade sistemática tem garantido ganhos consideráveis em saúde na população pediátrica (DGS, 2013). É neste palco que podemos apreciar a importância do EEESCJ que trabalha em parceria com a criança/jovem e a sua família/pessoa significativa assistindo na maximização da sua saúde e promovendo o desenvolvimento infantil (OE, 2010b), à luz do PNIJ.

Foi em consciência e conhecimento da importância dos CSP, que decorreu o Estágio I.

2.1.1 Caracterização do local de estágio

O estágio foi realizado numa USF inserida no ACES do Alentejo Centro, em funcionamento desde 01/09/2011, sob orientação de uma enfermeira EESCJ, a desempenhar funções como responsável da equipa de enfermagem, constituída por cinco elementos, entre os quais duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A restante equipa

multidisciplinar é constituída por cinco médicos com especialidade em Medicina Geral e Familiar (MGF), sendo um deles o Coordenador da unidade e sete Assistentes Técnicos.

A população inscrita ronda os 7405 utentes, que têm acesso a serviços médicos e de enfermagem nos dias úteis das 9h às 21h e aos fins de semana e feriados das 9h às 15h (Administração Regional de Saúde [ARS] Alentejo, 2011).

Está patente nesta USF a necessidade de cuidar da família de uma forma integral e em proximidade, ou seja, realizar as intervenções em saúde tendo como alvo a unidade familiar. O trabalho do enfermeiro na USF segue a metodologia do Enfermeiro de Família, com reconhecimento pela “sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.” (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde, 2014, p. 4070). Importa por isso dizer que a enfermeira orientadora acumula funções como Enfermeira de Família assumindo a responsabilidade, com um médico de família, pela prestação de cuidados globais às famílias inscritas, ao longo de todo o ciclo vital.

As consultas de saúde infantil e juvenil são realizadas duas vezes por semana num gabinete físico na USF e em duas extensões de saúde da área geográfica de atuação que serve maioritariamente uma população envelhecida. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017), a população Portuguesa com 65 anos de idade ou mais aumenta todos os anos, prevendo-se atingir 3,3 milhões em 2080, e por outro lado a população jovem (menos de 15 anos) tende a decrescer, prevendo-se atingir 0,5 milhões em 2080. Esta tendência surge associada ao saldo migratório positivo, diminuição do número de nascimentos e redução de mulheres em idade fértil (INE, 2017). Acrescenta-se ainda o facto de a região do Alentejo apresentar uma “população residente consideravelmente mais envelhecida que a média nacional, dado o peso acentuado da faixa etária acima dos 65 anos e os pesos reduzidos das camadas etárias mais jovens” (Mateus, 2005, p. 20). Esta realidade teve especial impacto durante o estágio evidenciando-se um número restrito de crianças/jovem que recorriam ao Centro de Saúde e compareciam às consultas de saúde infantil e juvenil. Por outro lado, foi notório um fraco investimento em projetos na área da saúde da criança e do jovem nesta USF, provavelmente devido ao reduzido número de nascimentos e de crianças existentes na população.

2.1.2 Análise reflexiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESJ

Foram definidos como objetivos para este estágio: assistir a criança/jovem na maximização da sua saúde; promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; implementar e gerir um plano de saúde promotor da parentalidade e da saúde; diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco que afetem a vida/qualidade de vida da criança/jovem e de desenvolvimento da criança/jovem.

O principal foco neste contexto foi sem dúvida a maximização da saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil em parceria com a criança/jovem e família que se encontra extremamente enraizado em cuidados de saúde primários e organizado no PNSIJ, no qual tivemos oportunidade de participar ativamente. Em consciência da potencial oportunidade para desenvolver competências nesta área e responder aos objetivos propostos, foi realizada uma preparação teórica prévia, com o estudo e revisão do novo PNSIJ que entrou em vigor a 1 de junho de 2013, e que engloba as idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias de vida. Da mesma forma se procedeu com a revisão do Programa Nacional de Vacinação (PNV) de 2017, que neste campo de estágio demonstrou estar articulado, sempre que possível, com as datas das consultas nas idades chave planeadas pelo PNSIJ, em resposta às linhas mestras do que foi normalizado pela DGS.

Não existindo uma consulta de enfermagem independente da consulta médica, a metodologia de trabalho instituída englobava uma consulta multiprofissional simultânea e com cuidados centrados na família, negociando e envolvendo a participação da criança/jovem e da família. Desta forma, o trabalho de enfermagem estava mais centrado na avaliação e registo dos parâmetros: peso; comprimento; índice de Massa Corporal (IMC)/percentil; perímetro cefálico; dentição; visão; audição; vacinação; exame físico; desenvolvimento; relação emocional/comportamentos (perturbações); risco de maus tratos e segurança do ambiente. E o médico, mais focado nos cuidados antecipatórios, embora com a participação ativa da enfermagem, abordava as atividades de vida diárias da criança/jovem com vista à promoção de um desenvolvimento saudável e harmonioso, como por exemplo no que diz respeito aos hábitos de alimentação, higiene, relação emocional, hábitos de sono, dependendo da idade chave em causa. Esta organização da consulta, com funções pré-definidas, foi desenvolvida pela USF de forma a evitar repetição de informação e proporcionar uma avaliação em conjunto e complementada pelas duas disciplinas. Importa referir que era notório um ambiente de partilha de opiniões e estratégias a planear para atingir o objetivo comum de ajudar a criança/jovem e família a assumir os seus papéis em saúde, proporcionando elevados níveis de bem-estar e

autocuidado. A par com a promoção de autonomia da criança/jovem e *empowerment* da família, todos os exames complementares e avaliações por outras consultas de especialidade eram prontamente solicitados após serem detetados desvios à normalidade. Relativamente às consultas com pré-adolescentes e adolescentes, sentimos a necessidade de realizar uma consulta de enfermagem em separado com o adolescente e a sua família ou apenas com o adolescente, assegurando a privacidade e confidencialidade, que têm maior impacto nestas idades, procedimento este que surgia habitualmente por iniciativa da enfermagem e que era bem acolhido pela equipa médica. A comunicação com a criança/jovem e família foi sempre um foco ao qual prestámos atenção de forma a adequar a linguagem, e as restantes estratégias para transmitir todas as informações necessárias, de acordo com o estágio de desenvolvimento e os aspetos culturais, o que foi ao encontro do critério de avaliação E1.1.2. da unidade de competência E.1.1. do regulamento de competências específicas do EEESCJ (OE, 2010b).

A avaliação do desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social da criança ao longo do seu ciclo de vida, para darmos respostas às suas necessidades específicas, foi um dos aspetos que nos despertou maior interesse durante as consultas de saúde infantil e juvenil. Esta avaliação permitiu-nos adquirir e aperfeiçoar a capacidade de observação crítica da criança/jovem durante todo o tempo da sua presença em consulta e durante a conversa com os pais. Importa referir que são objetivos da vigilância de saúde infantil e juvenil nos CSP: “a avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade e no sucesso educacional e integração social da criança” (DGS, 2013, p. 57). Estes objetivos cruzam-se com as competências específicas do EEESCJ, nomeadamente com o definido na alínea c) do n.º 1 do Artigo 4.º: “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (OE, 2010b, p. 2). A observação crítica da criança e jovem foi realizada com base numa avaliação clínica informal e por testes *standard* de rastreamento. Um dos instrumentos mais utilizados foi a escala de *Mary Sheridan*, que foi aplicada para as crianças com idades entre 1 mês a 12 meses e dos 18 meses aos 5 anos. Com esta ferramenta de trabalho, disponibilizada no PNSIJ, e com base em outras avaliações, foi possível identificar desvios da normalidade, diagnosticar precocemente alterações ao desenvolvimento com impacto negativo na qualidade de vida da criança/jovem e proceder ao encaminhamento para outros profissionais de outras áreas de especialidade. Conseguimos desta forma diagnosticar e encaminhar precocemente os desvios da normalidade, doenças comuns ou situações de risco que podiam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, como é esperado na intervenção competente do EEESCJ (OE, 2010b).

Todos os dados avaliados em contexto de consulta eram prontamente registados num sistema de informação da saúde, o SClínico® implementado recentemente na USF. Este sistema de informação foi inserido pela estratégia do Ministério da Saúde (MS) para a área de informatização clínica do SNS. Mais uma vez foi necessário proceder a um estudo sobre a operacionalização da ferramenta de trabalho, recorrendo por isso ao manual existente no serviço, seguindo as indicações da enfermeira orientadora e explorando os campos aplicados aos registos de enfermagem ao longo do estágio. O referido sistema traz múltiplas vantagens, sendo as mais relevantes para a prática, a utilização da linguagem suportada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), responsável por melhorar os cuidados prestados aos doentes a nível global, concebida de forma a facilitar a comunicação entre enfermeiros e a proporcionar uma documentação padronizada dos cuidados (ICN, 2015). Este sistema de informação informatizada permitiu-nos também seguir a escala de *Mary Sheridan* de uma forma integrada, auxiliando o profissional a relembrar os exercícios a efetuar com a criança e os padrões de normalidade em resposta a estes, para os reconhecer ou não na criança que está em avaliação. Além do registo informático procedia-se ao preenchimento dos dados das referidas consultas no Boletim Individual de Saúde das crianças/jovens, o que nos permitiu ficar familiarizados com o documento, cuja informação é essencial para que todos os profissionais envolvidos no atendimento tenham informação cronológica dos acontecimentos relacionados com a saúde da criança/jovem, quer se tratem de episódios de consulta, urgência ou internamento. Além disso o Boletim contém várias informações relevantes na promoção da saúde que ajudam os pais a relembrar os cuidados antecipatórios na vigilância do desenvolvimento saudável dos seus filhos, antecipando possíveis complicações, as quais serviam de complemento aos ensinamentos realizados durante a consulta.

Embora a metodologia das consultas de saúde infantil e juvenil na USF (consulta de enfermagem em simultâneo com a consulta médica) e do tempo de duração das mesmas, onde foi realizado o estágio tenha limitado um pouco o desenvolvimento da capacidade, enquanto enfermeiro, de avaliar a criança e o jovem de uma forma individual e particular na sua dimensão familiar e social e com pouco espaço para o aprofundamento de todos os aspetos do desenvolvimento psicomotor, foi possível colmatar esta limitação, complementando o desenvolvimento de competências do EEESCJ, com a realização de um Estudo de Caso (EC). Este trabalho foi realizado no contexto do Estágio I e integrou um dos elementos avaliativos. Os estudos de caso, segundo Galdeano, Rossi, & Zago (2003), constituem um método que permite realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do doente, família e comunidade, com a possibilidade de elaborar estratégias para solucionar ou reverter as problemáticas encontradas. Desta forma o Processo de Enfermagem assume grande importância como foco principal do trabalho do enfermeiro, respondendo de forma sistematizada aos cuidados à

criança/jovem e família com a elaboração de um plano de cuidados que contempla as suas necessidades (Alves, Chaves, Freitas, & Monteiro, 2007).

A criança e família alvo deste estudo foi selecionada a partir das famílias sob a responsabilidade da enfermeira orientadora que presta cuidados globais às mesmas, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade, no âmbito da atividade do enfermeiro de família (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde, 2014). Além desta premissa a criança foi aconselhada pela sua enfermeira de família (enfermeira orientadora), por apresentar necessidades urgentes em matéria de aquisição de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente relacionadas com a obesidade infantil, com potencial de intervenção para a melhoria da sua qualidade de vida e desenvolvimento esperado na idade escolar.

Com a realização do e EC foi possível: analisar e descrever uma situação real de saúde de uma criança em idade escolar no seu contexto sociofamiliar, construir um plano de cuidados que respondeu às necessidades identificadas na criança e sua família e adquirir conhecimentos e experiência na tomada de decisão aplicando o processo de enfermagem. Foram consideradas as especificidades e exigências próprias desta fase do ciclo de vida e procurámos responder de forma eficaz na maximização do potencial de desenvolvimento da criança em estudo de forma a termos um jovem e adulto saudável no futuro, aproveitando por isso a oportunidade de desenvolver algumas das unidades de competência enquadradas na competência 3 do Anexo I do regulamento de competências específicas do EEESCJ (OE, 2010b). Para atingir os objetivos do trabalho, o EC partiu inicialmente de um aprofundamento de conhecimentos no âmbito do desenvolvimento da criança na idade escolar, nomeadamente nas perspetivas do desenvolvimento biológico, psicossocial, emocional, cognitivo, moral, linguístico, social e sexual. O conhecimento pormenorizado das características do desenvolvimento, nesta faixa etária, permitiu a realização de uma avaliação completa e planear as respetivas intervenções, no sentido da otimização do crescimento, desenvolvimento e saúde da criança em idade escolar. Este processo foi feito sempre com a consciência que o desenvolvimento, ao contrário do crescimento, não é facilmente mensurável, contudo o desejável é que ocorra de forma multidimensional, integral e contínua, acompanhado de padrões únicos de interação (Brazelton & Greenspan, 2002).

Tendo em conta que um dos problemas já diagnosticados pela enfermeira orientadora, da criança/família em estudo, eram os padrões alimentares comprometidos que se manifestavam em obesidade infantil, foi realizado um aprofundamento da matéria e feita uma revisão dos conteúdos

teóricos do curso. As causas da obesidade infantil são objeto de intensa e complexa investigação. De acordo com a OMS (2016), a principal causa para esta problemática encontra-se no desequilíbrio entre as calorias consumidas e as calorias gastas. A criança em estudo, revelou claramente esta evidência, inserida num ambiente com exposição a comida, densa em termos energéticos e pobre em nutrientes, sem uma prática de atividade física adequada, dentro e fora da escola, optando por atividades sedentárias e sujeita à influencia de comportamentos parentais igualmente desajustados em termos de hábitos de vida saudáveis.

Após esta preparação teórica foi realizada uma avaliação inicial de enfermagem, para dar início ao raciocínio científico inerente ao processo de enfermagem. Nesta fase foi feita uma colheita de dados que foram posteriormente analisados para a elaboração do diagnóstico de enfermagem e plano de cuidados, como é defendido por Potter & Perry (2006). Para dar resposta a esta fase foi elaborado um instrumento de colheita de dados que pode ser apreciado no Apêndice 2. Este instrumento é constituído por duas secções, sendo que a secção (A) corresponde à avaliação da criança e a secção (B) à avaliação da sua família. O referencial adotado na estrutura da seção (A) teve por base as indicações do PNSIJ para a idade chave entre os 4 e os 9 anos de idade e o referencial adotado na estrutura da secção (B) foi o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF). O MCAF possibilitou avaliar a forma como a família se organizava em termos de subsistema individual, subsistema familiar e suprassistema (Figueiredo & Martins, 2010) e por outro lado permitiu avaliar a estrutura familiar em três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Christoffel, Pacheco, & Reis, 2008). Para completar a avaliação estrutural da família em análise, foi construído um Genograma, “utilizado como instrumento auxiliar (...), permitindo uma visão ampliada dos padrões e relações familiares que envolvem o processo saúde-doença.” (Borges, Costa, & Faria, 2015, p. 133), e um Ecomapa, que representa graficamente os contactos dos membros da família com outros sistemas, dos quais podem fazer parte os recursos sociais, culturais e económicos (Nascimento, Rocha, & Hayes 2005). A elaboração deste instrumento de colheita de dados permitiu direcionar a realização das nossas observações e registos para os aspetos mais importantes evitando possíveis falhas e omissões, como é defendido por Galdeano et al. (2003).

Com base nos dados recolhidos por esta avaliação inicial de enfermagem, demos continuidade à sistematização e organização da prática de cuidados com a definição dos diagnósticos que corresponde à segunda fase do processo de enfermagem. Segundo Almeida (2011, p. 57), “Esta fase dá significado aos dados que o enfermeiro recolheu e organizou durante a apreciação inicial”. Ao diagnosticar o enfermeiro identifica os problemas do indivíduo e da família que afetam a sua saúde e

que têm potencial de resolução ou melhoria (Potter & Perry, 2006). Utilizamos a CIPE[®], para a construção dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados para a criança e a família em análise. Desta forma fomos ao encontro da Ordem dos Enfermeiros, que como entidade licenciadora da CIPE[®] em Portugal, defende a sua utilização e disponibiliza toda a documentação necessária no seu site oficial. Para a construção dos diagnósticos de enfermagem para este EC, foram seguidas as orientações na utilização dos 7 Eixos da CIPE[®]. Deste modo foi incluído necessariamente para cada diagnóstico um Eixo do Foco e um Eixo do Juízo (ICN, 2015). Após identificados os diagnósticos de enfermagem, foram planeadas as intervenções a executar, tendo em conta os resultados esperados que no final foram alvo de avaliação.

Este processo exigiu-nos o desenvolvimento de competências ao nível do estabelecimento de prioridades, definição de metas e formulação de resultados esperados sempre em colaboração com a família e em articulação com a rede de recursos comunitários de suporte, e que estão em consonância com as competências específicas do EEESCJ, nomeadamente na Unidade de competência E1.1. (OE, 2010b). Todas as intervenções planeadas podem ser apreciadas na tabela em Apêndice 3. Algumas das intervenções foram alvo de uma breve fundamentação teórica, o que foi ao encontro de Almeida (2011), que refere a necessidade de consulta de literatura pertinente para dar consistência, credibilidade e rigor científico ao processo de enfermagem. A construção das intervenções de enfermagem, na utilização dos 7 Eixos da CIPE[®], incluiu um termo do eixo da ação e pelo menos um termo alvo (termo de qualquer eixo exceto do juízo), como está protagonizado (ICN, 2015). Além disso foram ainda utilizados enunciados «pré-coordenados» pelo ICN que documentam intervenções que não são possíveis de compor com os conceitos individuais dos 7 Eixos (ICN, 2015). Tendo em conta que a resposta às necessidades da criança e da família, no âmbito da saúde e dinâmica familiar, são o desígnio do EEESCJ (OE, 2010b), foi considerado relevante incluir a relação entre as intervenções e as competências específicas do EEESCJ. Competências estas que estão regulamentadas e definidas segundo termos com significado atribuído pela CIPE[®] 1.0 (OE, 2010b).

O processo de enfermagem foi complementado pela fase de avaliação de enfermagem, onde foi estimado o prognóstico dos resultados que a criança e a sua família conseguiram obter nos ganhos em saúde após a implementação do plano de cuidados, indo ao encontro de Alminhas, 2007 citada por Almeida (2011). Segundo Potter & Perry (2006), durante o processo de enfermagem o enfermeiro deve avaliar as respostas do cliente às suas intervenções. Foi deste *feedback* que se entendeu a proximidade com os resultados esperados para cada diagnóstico definido. Na prática conseguimos melhorar significativamente o padrão alimentar da família com resultados diretos na criança, através de ações

de educação quer em contexto de consulta quer em visitação domiciliária, explorando em família a realização de uma dieta equilibrada adequada às suas condições socioeconómicas. Apoiados nesta educação em hábitos de vida saudável por acréscimo abordamos de uma forma individual ao pai da criança os malefícios do álcool relativamente ao impacto direto na saúde e indireto nas relações familiares e efeitos negativos sobre a parentalidade efetiva. As questões identificadas potenciadoras da crise familiar foram encaminhadas para a assistente social e psicóloga da UCC que deu continuidade aos trabalhos nesta área. Após implementação de algumas medidas planeadas contribuímos para um desenvolvimento infantil saudável minimizando os riscos e que apreciamos nas consultas subsequentes, com a diminuição aparente dos níveis de tristeza da criança, aumento da sua participação nos cuidados e uma comunicação mais aberta/espontânea com a equipa. Foram igualmente abordadas de forma adaptada à compreensão da criança os cuidados a ter com a sua higiene oral e utilização dos cheques dentista entregues nas consultas do PNSIJ pela médica de família, assim como foram mobilizados esforços de forma a incutir na criança comportamentos seguros, nomeadamente adesão a precauções de segurança nas suas atividades domésticas e lúdicas. Segundo (Ramos, 2012, p. 59) “(...) não concebemos ambientes livres de risco, assim como não concebemos ambientes totalmente seguros.”, no entanto está ao nosso alcance tentar minimizar os riscos identificados, educando a criança/jovem e sua família a ultrapassar dificuldades e saber agir perante ambientes adversos ameaçadores da sua segurança. O ensino sobre regras de circulação em bicicleta na via pública e a utilização de proteções de segurança (capacete, joelheiras cotoveleiras), foi um dos exemplos de medidas utilizadas no EC.

Perante a complexidade desta família e a necessidade de dar uma continuidade gradual ao planeamento dos cuidados, com respeito pelo estabelecimento de padrões relacionais facilitadores de aprendizagem, e o tempo limitado em ensino clínico, todo o planeamento do EC foi entregue à enfermeira orientadora e equipa da USF para ser aplicado nesta perspetiva.

No final do trabalho tomamos consciência que maximizar a saúde da criança e sua família é um processo complexo que envolve uma grande organização e conseqüentemente inúmeras variáveis. “Quanto maior a organização, maiores as variáveis que influenciam o modo como o cuidado é prestado” (Potter & Perry, 2006, p. 154). Foi igualmente perceptível que embora a avaliação final seja a última fase do processo de enfermagem, avaliamos necessariamente ao longo de todas as fases, ou seja, durante a consecução dos objetivos face às ações junto da criança e sua família (Taylor & Taylor, 2001, citados por Almeida, 2011). No EC ficou igualmente patente a consciencialização que este processo é evolutivo e tem uma forte condição dinâmica com tendência a ser continuamente revisto,

dependendo dos diagnósticos de enfermagem, das inúmeras variáveis e das respostas da criança e sua família. É a avaliação dos cuidados que determina a sua qualidade (Potter & Perry, 2006). A avaliação de enfermagem constitui assim um elemento fundamental e indispensável, que vai ao encontro da melhoria contínua de qualidade que se tem colocado como desafio em todas as organizações que prestam cuidados de saúde (Dias, 2014).

A par das consultas, participámos ativamente no PNV, que dá resposta ao direito fundamental de acesso à vacinação, com elevados padrões de qualidade, adaptado à realidade Portuguesa e continuamente atualizado e fundamentado na evidência científica (DGS, 2016). Desta forma foi possível, divulgar junto da família a importância da vacinação como medida eficaz na prevenção e controle de doenças infetocontagiosas, fazendo alusão à ideia que “as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico” (DGS, 2016, p. 5). Além disso o envolvimento no processo permitiu consolidar conhecimentos relativos ao esquema de 2017: tipos de vacinas; esquema cronológico; precauções; contraindicações, falsas contraindicações; locais e vias de administração, reações pós-vacinais e tratamentos de reações anafiláticas. As questões com as reações pós-vacinais e o seu impacto na rotina familiar foram as dúvidas mais frequentes manifestadas pelos pais. Para além desta parte técnico-educacional e científica foi possível desenvolver capacidade de gestão em termos logísticos, no armazenamento e respetivos pedidos para a farmácia em conjunto com a enfermeira orientadora.

Acompanhando o PNV e na realização do ato de vacinar, deparamo-nos sempre com a dor da criança neste procedimento invasivo e com a agustia dos pais. Diagnosticados estes problemas de enfermagem, foi necessário planear intervenções no alívio da dor da criança e na diminuição da ansiedade dos pais. No que diz respeito ao controlo da dor durante o procedimento foram utilizadas as orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), que correspondem à Orientação n.º 022/2012 da DGS. Deste modo, e utilizando uma comunicação apropriada à idade e estágio de desenvolvimento da criança/jovem e nível de escolaridade/cultura do elemento familiar, eram transmitidas informações sobre os procedimentos que se planeavam realizar e eram selecionadas as intervenções não-farmacológicas mais adequadas. Este processo foi feito em conjunto com a enfermeira orientadora, que se mostrou desde logo disponível para a implementação das medidas, em parceria com a família e a criança. De entre as técnicas normalizadas pela DGS as mais utilizadas foram a amamentação durante o procedimento, a distração com a utilização de vídeos e histórias e a administração de glicose a 30% (no primeiro ano de vida). Ao abordarmos a dor da criança foi notório um alívio da ansiedade por parte dos pais e um

aumento da sua satisfação em relação aos cuidados de saúde que era muitas vezes verbalizada. Perante pais com maior nível de ansiedade e angústia, foi disponibilizado pontualmente um tempo de relaxamento com exercícios respiratórios e transmissão de algumas informações para desmistificar medos e esclarecer dúvidas. Num caso particular de uma criança de 5 anos enfrentámos especiais dificuldades na realização do procedimento devido à sua agitação o que exigiu mobilizar técnicas como a distração com recurso a bolas de sabão antes e durante o procedimento e que revelou ter sucesso. Esta gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e família vai ao encontro da unidade de competência E2.2. definida no regulamento de competências específicas do EEESCJ (OE, 2010b). Após a vacinação as crianças/jovens ficavam em vigilância para o aparecimento de possíveis reações durante cerca de 30 minutos e procediam-se aos registos de enfermagem. As vacinas eram registadas ainda no Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), e programavam-se a próxima vinda à USF articulando a consulta de saúde infantil e juvenil com a vacinação.

Além do envolvimento mais direcionado para as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil e PNV, mantivemos estreita colaboração nas restantes atividades da carteira de serviços da USF, nomeadamente a consulta aberta e o atendimento em urgência. A consulta aberta da USF corresponde ao “período de consulta com marcação presencial ou telefónica só no próprio dia” e o atendimento em urgência corresponde ao “ato de assistência prestado (...) a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.” (Missão para os Cuidados de Saúde Primários [MCSP], 2007, p. 1, 2). Neste contexto foram atendidas e encaminhadas várias crianças em situações de especial complexidade como por exemplo, crianças com dificuldades respiratórias, intoxicações, traumatismos dos tecidos moles e dores abdominais. Perante estes quadros agudos e guiados por protocolos de atuação em urgência, as crianças/jovens eram devidamente estabilizadas com os recursos disponíveis e posteriormente encaminhadas. Como exemplo, relembramos uma pré-adolescente que recorreu à USF acompanhada pelos pais por intoxicação medicamentosa voluntária, que foi prontamente atendida com realização de lavagem gástrica, administração de carvão ativado, soroterapia, vigilância de estado de consciência e sinais vitais, após contacto prévio com o Centro de Informação Antivenenos (CIAV). Após a estabilização da condição clínica a pré-adolescente foi encaminhada para o Serviço de Urgência Pediátrica da área de residência devidamente acompanhada por uma equipa de bombeiros. Importa referir que foram mobilizados os recursos do Centro de Saúde de forma a ser prestado o apoio emocional à pré-adolescente e sua família pela psicóloga da UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) que se encontrava de serviço.

Deste modo foi possível desenvolver competência na mobilização de recursos para cuidar da criança/jovem e família em situações específicas utilizando as abordagens e terapêuticas adequadas em complementaridade com a prescrição médica, ações autônomas e interdependentes. Esta oportunidade em estágio veio dar resposta às unidades de competência da alínea b) do ponto 1 do Artigo 4.º do Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ (OE, 2010b).

O EEESCJ “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2010b, p. 2), como competência específica. Neste sentido a elaboração do EC ganhou especial destaque pois possibilitou o aprofundamento de conhecimentos, com base na aplicação do processo de enfermagem, a uma criança/jovem inserida no seu contexto sociofamiliar, respondendo às suas necessidades específicas. As competências clínicas especializadas do EEESCJ são operacionalizáveis com base na detenção de “conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.” (OE, 2010b, p. 1). Desta forma a performance do especialista na promoção do mais elevado estado de saúde possível, durante todas as etapas de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, depende da sua capacidade de mobilizar recursos de suporte à família. Esta mobilização sistematizada de conhecimentos e recursos é realizada na prática com recurso ao processo de enfermagem, aprofundado e aplicado em estudos de caso. Segundo (Martins & Fonseca, 1992), com a metodologia de EC, é possível uma maior correspondência entre a teoria e a prática, que em fase de ensino leva ao aprofundamento do conhecimento científico dos problemas identificados e por sua vez a definição de ações. Constitui ainda, segundo Galdeano et al. (2003), uma forma de manter um ensino humanista, colocando a criança/jovem e família no centro dos cuidados com respeito pelas suas características únicas e individuais em todas as suas dimensões.

Ao longo do Estágio I foi mantida uma postura de participação e envolvimento em atividades no âmbito da Educação Para a saúde, nomeadamente em contexto de intervenção em programas da saúde escolar, aproveitámos assim a oportunidade de desenvolver um dos critérios da Unidade de Competência E1.1. que corresponde ao E1.1.8. do Regulamento de Competências Específicas do EEESCJ (OE, 2010b). Segundo Laverack (2004), a educação para a saúde e a promoção da saúde são indissociáveis e funcionam em simbiose. Educar significa informar as pessoas de forma a influenciar tomadas de decisão para seguirem hábitos de vida saudáveis.

Estas atividades foram planeadas pela UCC do Centro de Saúde onde foi realizado o estágio e embora a tutoria tenha sido realizada na USF, foi possível integrar o grupo de trabalho da UCC de forma

a desenvolver mais competências como especialista. Desta forma, participámos ativamente no planeamento e realização de sessões de educação para a saúde nas escolas da área de atuação da UCC sobre o tema “Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros”, cuja apresentação pode ser apreciada no Apêndice 4, que foi adaptada linguisticamente às idades do pré-escolar e complementada com um vídeo de animação. Este tema surgiu enquadrado no âmbito das áreas de promoção de saúde e estilos de vida saudáveis consideradas prioritárias pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015a) e que foi ao encontro da linha de investigação “segurança e qualidade de vida” escolhida para os ensinamentos clínicos. A prevenção de acidentes vem manifestar uma especial importância com benefícios diretos para a morbidade e mortalidade infantil e indiretos em termos de custos para a sociedade, como é defendido pela *World Health Organization* (WHO, 2008). A literatura indica que apesar dos esforços desenvolvidos, os acidentes em Portugal continuam a ser responsáveis por 24% do total de mortes de crianças e adolescentes, sendo maior que todas as outras causas de morte quando consideradas no seu todo, o peso dos acidentes na mortalidade infantil e juvenil é superior em Portugal, do que no resto da Europa (Associação de Cuidados de Saúde [ACS] & Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2011).

Como medidas de prevenção, abordadas nas sessões de formação às três escolas inseridas no projeto, transmitimos aos profissionais de ação educativa (professores e auxiliares) em conjunto com as turmas a importância de ensinar e alertar as crianças para os riscos, para que elas possam desenvolver a noção do que é o perigo e do que são comportamentos perigosos para se poderem defender evitando-os. Procurámos transmitir que

“A criança até aos cinco anos de idade, ainda não tem a perceção de perigo completamente desenvolvida, o que implica a necessidade de ser acompanhada neste sentido, por cuidadores despertos para os perigos, que promovam e tenham comportamentos de segurança que protejam as crianças dos riscos associados ao ambiente em que se desenvolvem.” (Ramos, 2012, p. 36).

Neste sentido procurámos negociar a participação das crianças e dos profissionais na prevenção de acidentes, rumo à independência e bem-estar, fazendo novamente o cruzamento com as competências do EEESCJ, nomeadamente da unidade de competência E1.2.8. (OE, 2010b). Como exemplo disso, ensinámos a criança a atravessar a rua em segurança com a supervisão de um adulto, para mais tarde a criança demonstrar capacidade de autonomia.

Foi possível ainda criar um espaço de formação aos professores e assistentes operacionais para o esclarecimento de dúvidas em primeiros socorros, na forma correta de ativar o SIEM e foram fornecidas algumas indicações e contactos para utilizarem em caso de acidentes, como o número europeu de emergência 112 e o número do CIAV.

De forma a enriquecer as experiências clínicas, além de termos realizado as atividades programadas para o Estágio I, no desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESCJ, surgiu no decorrer do ensino clínico a oportunidade de assistir a uma conferência organizada por entidades locais e nomeadamente pela Equipa Local de Intervenção Precoce, com o tema “Colados ao Ecrã – o impacto da dependência das novas tecnologias na infância”, cujo programa pode ser apreciado no Anexo 2 e o certificado de participação no Anexo 3. Procurámos desta forma atualizar conceitos e adquirir novos conhecimentos associando o tema aos possíveis riscos para a segurança das crianças e dos adolescentes.

Com a participação neste seminário tomámos conhecimento que a utilização das novas tecnologias associadas aos equipamentos dotados de ecrã com possibilidade de acesso à *internet*, podem ser perspectivadas de forma positiva no desenvolvimento de capacidades cognitivas e de forma negativa associada a riscos, tal como é defendido por (Facer, Furlong, Furlong, & Sutherland, 2003). Os riscos identificados associados à *internet*, prenderam-se com a pornografia e atividades de caráter sexual que despertam a atenção de pedófilos e predadores sexuais, o *cyberbullying*, responsabilizado por causar dano psicológico pela divulgação de conteúdos ofensivos e de ridicularização e as atuais comunidades virtuais inseguras, fontes de ameaça a jovens que demonstram insegurança e problemas psicológicos e que podem agudizar o estado depressivo imprimindo comportamentos de risco. Estes aspetos potenciaram a nossa atuação em contexto de vigilância de saúde infantil e juvenil, dando bases para trabalharmos com a criança/jovem e sua família no sentido de os sensibilizar sobre os riscos de violência, consequências e prevenção no âmbito dos perigos da utilização da *internet*. Esta sensibilização dos pais, transmissão de conhecimentos relativos à segurança da criança/jovem e identificações de situações de risco vêm ao encontro das competências que se esperam do EEESCJ (OE, 2010b).

Um dos aspetos mais marcantes do Estágio I foi sem dúvida o trabalho em parceria com a criança e sua família/pessoa significativa, como base para a promoção do mais elevado estado de saúde possível (OE, 2010b). Em CSP foi possível, utilizando em todos os momentos um olhar focado no binómio criança-família, prestar cuidados à criança/jovem na saúde, na doença, educando-a e dando

suporte à sua família. É esta perspetiva que define o processo de cuidar em pediatria, e que permite ao EEESCJ construir a sua ação na base dos cuidados centrados na família. Segundo Brazelton & Greenspan (2002), é a família que melhor conhece a criança e como tal, o enfermeiro tem de capacitar a família para incutir mudanças na criança para seguir hábitos de vida e comportamentos saudáveis. O modelo dos cuidados centrados na família, estabelece a família como alvo dos cuidados (Casey, 1993). Desta forma reconhecemos que este modelo de cuidados é a base da qualidade dos cuidados em pediatria ao qual demos continuidade no Estágio Final e na prática profissional dos cuidados.

No cumprimento do desígnio de implementação de intervenções em serviço relacionados com a nossa linha de investigação e após um diagnóstico de situação realizado com a enfermeira orientadora, detetamos a necessidade de promover a segurança da criança relativamente a situações de especial complexidade, nomeadamente em situação de paragem cardiorrespiratória.

De forma a dar resposta a esta necessidade identificada, propusemo-nos a elaborar um plano de ação de educação para a saúde aos pais, professores e auxiliares de ação educativa sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP) e realização de uma ação de formação em serviço aos enfermeiros e médicos do Centro de Saúde em SAVP.

No que diz respeito à formação em SBVP e após reunião com a enfermeira orientadora, determinámos que a população alvo de intervenção mais urgente seriam os professores e auxiliares de ação educativa de uma das escolas de educação pré-escolar, da área de atuação do referido centro de saúde, com maior número de crianças inscritas e onde já se verificaram situações com necessidade de conhecimentos em SBVP. Desta forma, foi construído um plano de sessão de educação para a saúde (Apêndice 5), cujos conteúdos foram adaptados às características cognitivas e culturais dos formandos e onde foram definidos os métodos de ensino e as formas de avaliação da sessão. Este planeamento foi apresentado à direção da escola alvo que aceitou no imediato a sua realização, evocando a grande pertinência do tema e a motivação dos profissionais. A escola prontificou-se a divulgar a sessão aos seus colaboradores e foi marcada a data e a hora da sua realização. Para a preparação da apresentação, foi realizada antecipadamente uma pesquisa bibliográfica relacionada com o tema, procurando as fontes de informação mais atualizadas, nomeadamente as *Guidelines* em reanimação cardiorrespiratória de 2015 do *European Resuscitatio Council* (ERC). A apresentação foi elaborada num suporte de apresentação em PowerPoint®, para a exposição dos conteúdos, de forma a esquematizar a informação a transmitir e que pode ser apreciada no Apêndice 6. De forma a cativar a atenção da plateia, exemplificando os algoritmos em SBVP e desobstrução das vias aéreas, foi possível recorrer à

utilização de manequins, requisitados à corporação de bombeiros voluntários do concelho, e que foram colocados à disposição dos formandos para treino prático e aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Para avaliar a sessão, foi entregue um documento antes da sessão designado pré-teste (Apêndice 7) e outro no final da sessão designado pós-teste (Apêndice 8), constituídos pelas mesmas 8 questões essenciais e que permitiram apreciar o sucesso da sessão e os aspetos a melhorar. Consultando os resultados da análise do pré e pós teste no Apêndice 9, verificamos uma evolução de 27% para 90% em respostas certas o que confirmou em traços gerais o sucesso da ação de educação para a saúde. No final da sessão foram entregues aos participantes os respetivos certificados de presença (Apêndice 10), previamente elaborados de forma a motivar os professores e auxiliares de ação educativa e a salientar a sua importância dinamizadora como elementos chave na promoção da segurança dos seus alunos, no âmbito do SBVP.

Relativamente à formação em SAVP, esta intervenção surge após um diagnóstico de necessidades formativas no âmbito do plano de formação contínua da USF com vista a identificar oportunidades de melhoria, selecionar estratégias e elaborar orientações em práticas seguras e de qualidade. Deste modo, e reconhecendo aqui também a oportunidade de desenvolver a competência comum dos enfermeiro especialista que “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010a, p. 6), foi planeada uma formação a todos os profissionais do Centro de Saúde com interesse no tema em questão.

A necessidade em rever conceitos de reanimação surge devido às alterações em algoritmo que sofrem atualizações a cada cinco anos, emanadas pela *American Heart Association* (AHA) e pela ERC. Defendemos por isso que o processo de formação contínua dos enfermeiros é cada vez mais imprescindível e desafiante. A formação em serviço não é importante apenas para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, mas também para colmatar as necessidades de formação de uma equipa e de uma forma sistémica, das organizações, permitindo adaptações e melhoria qualitativa dos seus serviços (Sousa, Frade & Mendonça, 2005). Além disso, percebemos em reunião com a médica coordenadora e com a enfermeira responsável que o centro de saúde tinha um monitor desfibrilhador Lifepack 12® mas que não estava em aplicação por falta de conhecimentos na sua utilização e manuseamento.

Aproveitando a motivação dos profissionais e a oportunidade de trabalhar na linha de investigação sobre a segurança e qualidade de vida, da criança/jovem, foi realizada uma pesquisa bibliográfica prévia para reunir a fundamentação científica mais atual sobre a matéria e foi elaborado um plano de sessão (Apêndice 11). A divulgação da sessão foi realizada através da afixação de um cartaz no *hall* de entrada do Centro de Saúde (Apêndice 12). Para preparar a apresentação tivemos em consideração que a formação de adultos não deve ser centrada no formador, o foco de atenção deve passar para o formando. A metodologia planeada seguiu por isso a perspetiva de Gatti-Petito et al. (2013), que procura dar primazia à componente experimental, abordando problemas do quotidiano, que necessitem resolução premente para os formandos. Assim, criam-se elos de ligação entre a componente teórica e a prática clínica (Gatti-Petito et al., 2013). Desta forma a sessão foi construída com uma vertente teórica, onde foi realizada uma exposição da temática, com base em algoritmos e associada ao manuseamento do monitor desfibrilhador e uma vertente prática, onde os formandos tiveram oportunidade de manusear o equipamento, resolvendo casos clínicos simulados. Os algoritmos e conteúdos temáticos foram expostos em PowerPoint® utilizando uma apresentação previamente elaborada que pode ser apreciada no Apêndice 13. Para dar consistência ao método demonstrativo foram utilizados dispositivos médicos reais: adjuvantes básicos e avançados da via aérea (tubo orofaríngeo, tubo nasofaríngeo, máscara laríngea e tubo endotraqueal); agulha intraóssea pediátrica; insuflador manual pediátrico e respetivas máscaras faciais. Recorremos ao monitor desfibrilhador do Centro de Saúde e a um manequim cedido pela corporação de bombeiros voluntários do concelho para práticas simuladas e demonstrativas.

Com o objetivo de promovermos uma melhoria contínua, foi realizada no final da sessão uma avaliação da atividade formativa com base no *feedback* dos formandos, utilizando uma grelha contruída para o efeito (Apêndice 14). A avaliação da formação permitiu aferir a eficiência e eficácia dos recursos utilizados, se estes permitiram uma melhoria no desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, se tiveram impacto a nível organizacional e social. Concluído o processo de avaliação, com análise da reação dos formandos, foi realizada uma reunião formal com a enfermeira responsável (orientadora), de forma a dar-lhe conhecimento dos resultados obtidos. Consultando os resultados da avaliação da atividade formativa (Apêndice 15) e em traços gerais, a sessão de formação teve uma adesão representativa com duas enfermeiras da UCC, três enfermeiras da USF, dois médicos do Centro de Saúde e uma estudante de enfermagem de 4º ano e teve uma avaliação global muito positiva, inclusivamente com a recomendação de serem realizadas mais atividades formativas com o tema apresentado. À semelhança da ação de educação para a saúde sobre o SBVP foi entregue a todos os participantes os respetivos certificados de participação (Apêndice 16).

Ao realizar esta atividade formativa tive a oportunidade de participar ativamente na política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, que consta no Regulamento n.º 515/2014 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010c).

Importa ainda acrescentar o importante papel do trabalho conjunto com a professora e enfermeira orientadora em todo o processo de aprendizagem, suportando e orientando a tomada de decisão. Esta dinâmica potenciou momentos indispensáveis e oportunos para reflexão em grupo e para autoavaliação relativamente ao desenvolvimento das atividades focadas nos objetivos definidos e na procura de resultados consistentes.

2.2 Estágio Final – Cuidar da Criança/Jovem e Família em Situações de Especial Complexidade

A prestação de cuidados ao doente crítico em idade pediátrica insere-se habitualmente em contexto hospitalar, nomeadamente nos serviços de urgência pediátrica e nas unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPed). O doente crítico é definido como “aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OM & SPCI, 2008). Esta caracterização leva a que estes doentes estejam sujeitos a transportes frequentes entre salas de emergência e UCIPed, do mesmo hospital ou para outras instituições hospitalares. É neste âmbito que surge a importância do transporte inter-hospitalar pediátrico, que garante o acesso da criança/jovem a cuidados de saúde com recursos humanos e técnicos em tempo oportuno que não estão disponíveis no hospital de origem, ficando a continuidade dos cuidados assegurada (OM & SPCI, 2008).

Por outro lado, tendo em conta a regionalização e centralização das especialidades médicas em pediatria a nível nacional, é espetável que o TIP assuma um papel de destaque quer a nível do doente crítico em idade pediátrica quer da criança/jovem com necessidade de acompanhamento, cuja condição clínica, requer avaliação por uma especialidade ou para realização de um exame complementar de diagnóstico e/ou terapêutica, não disponível no serviço ou na instituição, onde a criança/jovem se encontra. Perante este palco de cuidados, o EEESCJ assume, à semelhança de outros

contextos como os CSP, um papel de extrema importância na prestação de cuidados de nível diferenciado, garantindo um ambiente seguro de cuidados à criança/jovem em parceria com a família/pessoa significativa. Compete ao EEESCJ, nesta área, “mobilizar recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias” (OE, 2010b, p. 4).

Em urgência pediátrica, unidades de cuidados intensivos ou durante uma transferência inter-hospitalar, habitualmente a criança/jovem exige uma resposta eficaz e eficiente da equipa de saúde. Dentro da equipa multiprofissional, o enfermeiro generalista deve estar dotado de competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao doente e sua família (OE, 2015). Por outro lado, do enfermeiro especialista espera-se um aprofundamento destes cuidados gerais, possuindo conhecimentos num domínio específico do seu campo de intervenção, com elevados níveis de raciocínio crítico, julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010a).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros incute aos seus profissionais uma atualização contínua de conhecimentos, de forma a promover uma disciplina com bases fortes em conhecimento técnico-científico com respeito pela dignidade humana e garantido uma melhoria de cuidados de enfermagem à população (OE, 2015). Foi com base nesta premissa e da necessidade de evoluir no sentido de alcançar as competências comuns e específicas de EEESCJ que realizámos o estágio final.

2.2.1 Caracterização dos locais de estágio

O Estágio Final foi organizado em dois campos de estágio: Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) e UCIPed. Importando esclarecer que dentro da UCIPed foi possível integrar a equipa da Ambulância TIP que se encontra a funcionar na mesma instituição hospitalar e cujos recursos humanos (médicos e enfermeiros) são partilhados entres os dois serviços em escala própria.

2.2.1.1 Unidade de Urgência Pediátrica

As primeiras dez semanas do Estágio Final decorreram no período de 18 de setembro de 2017 a 03 de dezembro de 2017, numa Unidade de Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar, cuja missão, segundo informação disponibilizada no site da instituição, está centrada na promoção da

saúde da população infantil e juvenil, prestação de cuidados com respeito pelas suas particularidades e estimular o desenvolvimento profissional dos colaboradores.

O departamento de pediatria que inclui a UUP, Serviço de Internamento (SI), Consulta Externa de Pediatria e Neonatologia, é constituído por 18 médicos, 69 enfermeiros, 43 assistentes operacionais e 7 assistentes técnicos. De entre os enfermeiros a equipa conta com pelo menos 10 EEESCJ, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A UUP fica localizada no piso 0 do edifício central e recebe crianças/jovens desde o nascimento até aos 18 anos menos um dia. A admissão é feita pelos familiares/pessoa significativa, por referência do Serviço de Saúde 24, por encaminhamento de outros serviços de saúde ou quando socorridos e transportados pelas equipas de emergência pré-hospitalar. Segundo o Relatório de Atividades e Contas do Centro Hospitalar ao qual pertence o referido serviço, no ano de 2013 registou-se um aumento de +2,3% em número total de crianças/jovens que recorreram à UUP, com um atendimento médio de 112 crianças por dia. Os motivos que levam a criança/jovem e família a recorrer a esta UUP e os diagnósticos de alta coincidem com os resultados de um estudo de Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso (2016). Segundo estes autores, a “noção de potencial doença grave e urgente, local de atendimento mais próximo e preferência por avaliação por pediatra”, constituem os motivos mais frequentes de recorrer a um serviço de urgência pediátrico e entre os principais diagnósticos de alta temos a “nasofaringite aguda, gastroenterite de origem infecciosa presumível e amigdalite aguda” (Freitas et al., 2016, p. 137).

Os cuidados de enfermagem são chefiados pelo Chefe de Enfermagem e na sua substituição por um segundo elemento, neste caso uma Enfermeira Responsável. O modelo utilizado como linha condutora para os cuidados prestados à criança/jovem e família/pessoa significativa é o modelo de Anne Casey, que valoriza os cuidados centrados na família. Esta autora reconhece que a família/pessoa significativa são quem melhor conhece a criança, e o enfermeiro deve por isso prestar cuidados à unidade familiar, incluindo-os como parceiros no cuidar, para promover o desenvolvimento físico, social e emocional de ambos (Casey, 1993).

Na UUP os cuidados de enfermagem são prestados em várias áreas de atuação que constituem postos de trabalho: sala de triagem, sala de emergência e reanimação, balcão de observação, sala de pequena cirurgia, Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), sala de tratamentos e sala de aerossóis.

É importante destacar a organização e a dinâmica de serviço em termos de equipa de enfermagem pela sua motivação e capacidade dinamizadora com enfoque na prestação de cuidados autónomos e interdependentes com os restantes profissionais, sempre na ótica da preservação da segurança e na melhoria contínua da qualidade. Estas particularidades do serviço e com a orientação da Enfermeira EESCJ, a desempenhar funções como chefe de equipa, possibilitou desenvolver e alcançar os objetivos de aprendizagem de uma forma metódica e harmoniosa.

2.2.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos/Ambulância TIP

As últimas seis semanas do Estágio Final foram realizadas numa UCIPed de um hospital central diferenciado que integra desde 2007, em conjunto com outro hospital público, um Centro Hospitalar. Esta instituição, além da missão em prestar cuidados diferenciados e altamente especializados aos cidadãos dentro das suas capacidades, incorpora a vertente da inovação, preocupado com o desenvolvimento científico e apostando na investigação. Mais uma vez, revelou ser um campo de estágio com visão privilegiada sobre a qualidade, a segurança, a mudança e diferenciação o que sustenta os objetivos de aprendizagem e linha de investigação.

A UCIPed do referido centro hospitalar, caracteriza-se por ser uma unidade de referência na prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico em idade pediátrica. É constituída por seis camas de cuidados intensivos (funcionando uma das camas como isolamento) e duas camas de cuidados intermédios, que dadas as circunstâncias atuais, pela necessidade crescente de vagas, funcionam a maior parte das vezes como camas de cuidados intensivos. Todas as unidades dos doentes são dotadas de equipamentos avançados em suporte ventilatório assistido invasivo e não invasivo, de monitorização contínua e registo automático para o sistema de informação de registos, equipamentos para administração de medicação/fluídos e todos os outros que são expectáveis numa unidade com estas características.

Importa ainda referir que esta UCIPed pertence a um dos Centros Hospitalares considerado como um Centro de *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), disponibilizando todo o equipamento necessário e profissionais qualificados para possibilitar a sua utilização em crianças/jovens e adultos, permitindo a sua sobrevivência com o máximo de qualidade de vida possível, em situações onde o prognóstico é muito reservado (Abecassis, 2014). A UCIPed é ainda considerada um centro de referência em traumatologia, o que motiva o encaminhamento das crianças/jovens vítimas de trauma com necessidade de cuidados intensivos, para esta unidade.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos pediatras com subespecialidade em cuidados intensivos, internos de pediatria, enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas, assistentes operacionais de ação médica e assistentes técnicos. Relativamente á equipa de enfermagem, esta é formada por um total de 21 enfermeiros. Parte desta equipa de enfermagem (11 elementos), assim como alguns médicos, têm formação em transporte do doente crítico neonatal e pediátrico e integram a equipa da Ambulância TIP do INEM que se encontra sediada na UCIPed e que será caracterizada mais à frente.

A metodologia de trabalho que se aplica a esta UCIPed é o método individual que permite aos enfermeiros realizarem um planeamento estruturado dos cuidados a prestar às crianças/jovens que lhes foram atribuídos no turno, e fazem uma gestão personalizada das suas necessidades individuais (Mendes, 2012). Devido à impossibilidade, pela mudança de turnos, do enfermeiro ficar 24 horas com o mesmo doente, não se consegue desenvolver um método de trabalho de enfermeiro de referência puro. Apesar do aparente foco dos cuidados estar direcionado para a criança/jovem cuja condição clínica exige permanentemente cuidados de grande complexidade, a equipa procura envolver os pais nos cuidados explorando e aproveitando os benefícios deste trabalho em parceria.

O estágio na UCIPed decorreu sob a orientação de uma Enfermeira EESCJ com funções de chefia de equipa, formadora na área do transporte do doente crítico neonatal e pediátrico e a desempenhar funções na Ambulância TIP.

A Ambulância TIP é um meio do INEM que desenvolve a sua atividade na área do transporte de recém-nascidos e doentes críticos em idade pediátrica entre instituições de saúde. Estes meios funcionam com base numa gestão conjunta de meios com o SNS seguindo o Despacho n.º 1393/2013 de 23 de janeiro. Este serviço dispões a nível nacional apenas de quatro meios sediados em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais.

A UCIPed, onde decorreu o Estágio Final, reúne condições em recursos humanos altamente especializados com experiência em cuidados intensivos e formação em transporte neonatal e do doente crítico o que motivou o INEM a atribuir uma das Ambulâncias TIP a nível nacional a esta unidade, que é partilhada em conjunto com outra equipa, com as mesmas características, embora mais especializada em cuidados intensivos neonatais, de outro hospital da região. Cada uma destas instituições em conjunto, procura assegurar todos os transportes neonatais e pediátricos 15 dias por mês (a tripu-

lação da Ambulância TIP alterna de duas em duas semanas entre estas duas intuições) numa organização conjunta relativamente à gestão de equipamentos e consumíveis (Abecassis & Correia, 2017). Esta ambulância serve uma vasta área de atuação que inclui a região de Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo e segundo o Relatório TIP de 2014 realizou um total de 552 transportes com uma média diária de 1,5 sendo as causas mais comuns a insuficiência respiratória, a cardiopatia e a sépsis (INEM, 2015).

Este subsistema do INEM presta cuidados a prematuros em risco e crianças/jovens gravemente doentes e tem como objetivo a estabilização antes do transporte conjugando esforços com as equipas dos hospitais de origem e realiza o transporte secundário para unidades de cuidados intensivos neonatais e/ou pediátricas ou outras especialidades. Fazem parte da tripulação, um médico, um enfermeiro e um técnico de emergência. Excecionalmente a equipa constituída por médico e enfermeiro podem ter de utilizar o helitransporte para se deslocarem (INEM, 2015). As ambulâncias estão dotadas de todos os equipamentos necessários à prestação de cuidados de Suporte Avançado de Vida, para avaliação, reanimação e estabilização clínica, de forma a garantir que o nível de cuidados à criança/jovem, durante o transporte, não seja inferior ao verificado no serviço de origem como é defendido pela OM & SPCI (2008).

No contexto do Estágio Final, tivemos a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora em alguns turnos neste meio diferenciado, partilhando a missão de estabilizar clinicamente recém-nascidos e/ou crianças gravemente doentes e acompanhá-las para a unidade de saúde mais adequada.

2.2.2 Análise reflexiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESCJ

Para o Estágio Final foram definidos como objetivos: diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco que afetem a vida/qualidade de vida da criança/jovem; prestar cuidados específicos ao longo do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem e desenvolver, mobilizar e integrar competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Responder à complexidade de uma situação de urgência/emergência, exige que o EEESCJ mobilize em tempo útil recursos, abordagens e terapias com benefícios imediatos na condição clínica da

criança/jovem e de forma a ajudar a família/pessoa significativa a adaptar-se às mudanças que esta crise provoca na dinâmica familiar (OE, 2010b). Foi com consciência destes princípios que decorreu o estágio final, numa primeira fase em urgência pediátrica e finalizando numa unidade de cuidados intensivos pediátricos com a Ambulância TIP.

Ambos os estágios foram antecidos de uma revisão bibliográfica com atualização de conceitos e de protocolos de atuação à criança/jovem em situação crítica. A preparação teórica e científica de forma a promover o autoconhecimento foi ainda complementada com dois momentos de formação que enriqueceram as experiências clínicas e trouxeram largos benefícios para as aprendizagens do estágio final. Neste sentido frequentámos e concluímos o IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico com organização conjunta das equipas do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico do Centro Hospitalar Lisboa Norte (TIP-CHLN) e do Sistema de Emergências Médicas Pediátricas Vall d'Hebron (SEMP-VH) de Barcelona, reconhecido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP), Sociedade Española de Neonatologia (SEN) e da Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SE-CIP). Com este curso foi possível incorporar conhecimentos, habilidades e atitudes assim como trocar experiências relativamente ao tema das crianças e recém-nascidos em estado crítico com necessidade de transporte inter-hospitalar, assim como conhecer os aspetos fisiopatológicos, operacionais e de organização. Foi um curso teórico-prático intensivo, cujo programa pode ser consultado no Anexo 4, composto por um corpo docente de pediatras, enfermeiros e técnicos das equipas TIP-CHLN e do SEMP-VH com experiência clínica e de ensino em recém-nascidos e crianças de risco ou gravemente doentes. A metodologia de ensino deu destaque para os cenários de simulação onde foi treinada a metodologia do TIP e conceitos de trabalho em equipa e liderança. A primeira parte da formação foi não presencial, onde foram estudados os manuais do curso e os materiais didáticos complementares e uma parte presencial que decorreu nos dias 11, 12 e 13 de outubro de 2017. O curso foi concluído com aproveitamento, cujo certificado pode ser apreciado no Anexo 5.

O segundo momento formativo foi realizado no final da primeira parte do estágio final em urgência pediátrica, na fase de transição e em preparação da segunda parte em cuidados intensivos pediátricos com a participação na II Reunião de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos, organizado pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria que decorreu no dia 24 de novembro de 2017, cujo programa pode ser consultado no Anexo 6 e o certificado de participação no Anexo 7. Neste seminário foi possível atualizar conceitos e tomar conhecimento de protocolos de atuação em contexto de cuidados intensivos pediátricos. De entre as temáticas, tivemos a oportunidade de recolher informações pertinentes em matéria de boas

práticas em cuidados intensivos pediátricos, nomeadamente em: suporte extracorporal; morte cerebral, doação de órgãos e segurança do doente numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Relativamente às boas práticas em cuidados intensivos pediátricos no caso do ECMO, ficámos a conhecer a evolução desta técnica desde 1971 até à atualidade com notável progresso em termos de segurança, portabilidade e biocompatibilidade. Conhecemos ainda o seu campo de aplicação em resgate extra-hospitalar, paragem cardiorrespiratória e doença pulmonar crónica, foram esplanados os cuidados com a monitorização, controlo de infeção, detenção precoce e resolução de complicações com o doente e com o equipamento. A morte cerebral e a doação de órgãos em recém-nascidos foi um tema abordado com base nas técnicas que permitem atualmente confirmar morte cerebral, foram explicados os aspetos técnico-legais, critérios do doador de órgãos e os cuidados de enfermagem a prestar à criança/jovem doador (manutenção das suas funções endócrinas, cardiovasculares e prevenção de úlceras de pressão) e sua família (apoio emocional e psicológico). Um tema particularmente interessante foi a segurança do doente na UCI, sobretudo relacionada com a prevenção da extubação acidental que corresponde a um indicador de qualidade e é uma responsabilidade do enfermeiro, que deve por isso conhecer as suas causas e estabelecer estratégias de prevenção. Além da prática dos cuidados, foi possível conhecer a perspetiva em termos de gestão desta tipologia de serviço e dos seus custos. Tivemos a oportunidade de conhecer a perspetiva de um elemento de enfermagem com funções de gestão que deu a conhecer uma visão integrada marcada pela interseção entre a qualidade dos cuidados prestados e a garantia da segurança do doente e por um equilíbrio entre os direitos e os deveres do cliente, dos profissionais e das organizações. Ficámos com a consciência dos custos na procura de cuidados de excelência e das atuais barreiras político económicas. As competências do enfermeiro em cuidados intensivos foi debatida em termos de necessidade em formação específica no desenvolvimento de competências na abordagem de questões éticas. Foram enunciados neste ponto alguns pressupostos: existência de uma ética pediátrica; foco de atenção no binómio criança-família; promoção da autonomia; responsabilidade ética nos cuidados; procura de equilíbrios e plasticidade do enfermeiro. Estes pressupostos exigem do EEESCJ um padrão ético capaz defender o superior interesse da criança, munido-o da capacidade de apresentar opções facilitadoras no processo de decisão. Em UCIPed ficou a noção que nem sempre o que é tecnologicamente possível é considerado a opção mais correta. Este tema fez a ponte para outro espaço reservado às questões relacionadas com os cuidados paliativos e cuidados centrados na família e o dilema da decisão de não reanimação em pediatria.

Toda esta preparação surge da necessidade do contínuo aperfeiçoamento de competências teóricas que se torna vital para uma intervenção prática com qualidade, tornando-se por isso “prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática

profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família e comunidade” (Fonseca, 2015, p. 1). Da mesma forma foram consultados os procedimentos de serviço e normas de orientação clínica consideradas mais relevantes para a prática dos cuidados em cada contexto de estágio.

Relativamente à UUP tivemos a oportunidade de em parceria com a enfermeira orientadora e de forma gradualmente autónoma, de prestar cuidados à criança/jovem e família em todas as áreas do serviço. Tendo em conta que a enfermeira orientadora acumulava funções como chefe de equipa, e nomeadamente na gestão dos recursos humanos e materiais do turno em que estava de serviço, foi possível desenvolver aprendizagens neste âmbito. Foi perceptível a importância de conhecer as competências dos elementos da equipa, assim como as suas motivações e áreas de interesse para realizar a distribuição pelos postos de trabalho. Esta função exige uma grande sensibilidade, experiência e capacidade de conjugar, com base em metodologia de trabalho, os recursos às necessidades de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta experiência foi apreciada de forma semelhante na UCIPed, onde a gestão dos recursos era da responsabilidade da enfermeira chefe de equipa de turno, com a função acrescida de fazer uma pequena reunião com o chefe de turno da equipa médica na discussão de casos clínicos e de gestão de altas e admissões, sempre que necessário. Além disso participámos ativamente nos processos de logística a nível de pedidos de medicação, reparação de equipamentos e no que respeita à gestão de conflitos.

O atendimento na UUP à criança/jovem e família tem início com a sua admissão seguida de uma avaliação da condição clínica prévia no posto da triagem, onde é estabelecida uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e não num diagnóstico. No serviço em causa, não está ainda em utilização o sistema de Triagem de Manchester ou do *Canadian Paediatric Triage Acuity Scale* como está definido no Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro da DGS. Apesar disso, a nível organizacional é reconhecida a sua importância, tendo sido implementado um sistema com base em cores com níveis de prioridade e protocolos de serviço que permitem identificar precocemente a criança/jovem que necessita de atendimento urgente. A triagem é por isso considerado nesta UUP um dos postos de trabalho mais exigentes em termos de competências técnico-científicas o que condiciona a seleção do elemento de enfermagem mais capacitado para assumir essa responsabilidade, por norma o chefe de equipa de turno. Oportunamente, na grande maioria dos turnos na UUP assumimos estas funções o que permitiu detetar e priorizar condições clínicas instáveis em termos de funções vitais e com risco de morte e posteriormente encaminhar para a área de cuidados de enfermagem mais apropriados. Este facto cruza-se com a unidade de competência E2.2. que consta no regulamento

das competências específicas do enfermeiro especialista da criança e do jovem (OE, 2010b). Além disso, e no seguimento do estágio anterior, foram utilizadas, técnicas de comunicação apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e cultura da criança/jovem e sua família. Uma vez mais, o trabalho em parceria com a família revelou ser o pilar para alcançar níveis elevados de compreensão das manifestações particulares de cada criança/jovem e na promoção de comportamentos adequados para a colaboração com os procedimentos ministrados.

A revisão de protocolos com fundamentação científica e os cursos de formação em conjunto com a apreciação/acompanhamento do raciocínio clínico da enfermeira orientadora, foram três elementos essenciais para o desenvolvimento desta competência. Em termos práticos foi possível aprimorar o sentido clínico principalmente para sinais e sintomas relacionados com as síndromes de dificuldade respiratória, estados de desidratação e dor na criança/jovem. Foi importante treinar o reconhecimento de sinais de gravidade para dar respostas antecipatórias prevenindo perturbações em outros sistemas fisiológicos e contribuir para a melhoria clínica e para o bem-estar das crianças/jovens e suas famílias.

O ambiente altamente complexo da UCIPed exigiu de forma contínua, em todos os momentos de contacto com o doente em idade pediátrica, capacidades de avaliação da estabilidade hemodinâmica. Este treino teórico-prático iniciado na UUP é complementado de uma forma mais específica na UCIPed, onde a rápida identificação da origem da instabilidade é fundamental para se ajustarem respostas antecipatórias na prevenção do agravamento clínico e em última instância de uma paragem respiratória ou cardiorrespiratória.

Durante ambos os estágios deparamo-nos com situações de peri-paragem e instabilidade hemodinâmica que motivaram a mobilização de conhecimento e habilidade em suporte avançado de vida pediátrico, indo ao encontro do critério de avaliação E2.2.2. presente no regulamento de competências específicas do EEESCJ (OE, 2010b). Na UCIPed desenvolvemos esta competência de uma forma menos pontual que na UUP, dada a complexidade de situações clínicas que exigiam uma grande concentração de esforços, principalmente no momento da admissão, de forma a garantir o funcionamento dos órgãos vitais para a sobrevivência da criança durante o tempo necessário para o tratamento da causa subjacente. O algoritmo do SAVP que foi trabalhado no Estágio I, revisto e simulado no IV curso de transporte neonatal e pediátrico foi aplicado na prática clínica na UCIPed com grande segurança.

No decorrer destas situações limite, contactamos com casos de sucesso com completa recuperação da criança/jovem, no entanto também nos deparamos com o insucesso das manobras. A este facto acrescentou-se ainda situações com prognósticos reservados, nomeadamente um caso de uma síndrome hemolítica urémica (SHU) de um adolescente e um caso de ilhéus paralítico de um latente que resultou em oclusão intestinal e conseqüentemente em morte. Perante esta situação irreversível, e dentro de um contexto onde a família é o foco da nossa intervenção em todos os momentos, deparamo-nos com a necessidade de aplicar conhecimentos e desenvolver competência no processo de luto parental. Esta necessidade surge aliada à competência do EEESCJ que “aplica conhecimentos e capacidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto” (OE, 2010b, p.4). Segundo Barbosa & Neto (2010), o luto é a maior crise pessoal a uma perda significativa real que se manifesta por respostas afetivas cognitivas e comportamentais. A perda de um filho é habitualmente vivenciada pelos pais como uma situação de crise manifestada por grande sofrimento e sentimentos fortes de angústia e desespero. Sentimos também que esta condição constitui igualmente um desafio para os profissionais de saúde que se encontravam vinculados e em proximidade com a criança/jovem a quem foram investidos recursos para garantir a sua segurança, conforto e qualidade de vida, tal como é defendido por Bowlby (1998). Perante um prognóstico reservado, a equipa da UCIPed, nomeadamente a enfermeira chefe de equipa no turno, manifestou uma grande capacidade de olhar o problema com seriedade e preparar o processo de luto parental por potencial perda antecipada da criança/jovem, planeando a criação de um espaço físico e temporal para permitir a expressão de sentimentos da família e oferecer apoio com respeito pelas diferenças individuais e culturais. Esta atitude mostrou-nos que é possível em todos os contextos, incluindo aqueles que estão à priori mais focados no doente crítico, olharmos para as necessidades globais da criança/jovem e sua família, em vida, mas também na morte.

No estágio da UUP desenvolvemos ainda a realização de várias ações de educação para a saúde informais e de forma pontual às crianças/jovens e família, nomeadamente no que diz respeito a medidas segurança, primeiros socorros e aquisição de comportamentos e hábitos de vida saudáveis. Podemos dar o exemplo de um caso particular de uma criança intoxicada por ingestão involuntária, com um produto tóxico armazenado numa garrafa de água que depois de prontamente assistida foi criado um espaço para educar a mãe da criança sobre medidas de segurança no armazenamento dos produtos químicos de uso doméstico, medidas de primeiros socorros a iniciar no local e a forma correta de ativar o SIEM pelo contacto com o CIAV. Mesmo perante um ambiente onde o tempo tem de ser gerido de modo a responder de forma rápida e eficiente às urgências e emergências, sempre que possível a equipa de enfermagem toma uma atitude formativa de maneira a complementar a sua atuação e a

prevenir a ocorrência de novos incidentes. Como exemplos podemos referir a prevenção de acidentes com os sistemas de retenção de crianças em transporte, alertando para a utilização correta dos cintos de segurança e retenção. Inúmeras vezes foram dadas recomendações na ocorrência de febre, vômitos, diarreia e convulsões suplementadas com a entrega de folhetos informativos ou indicando fontes de consulta de informação credível. Os familiares eram muitas vezes elucidados sobre a forma como devem contactar a assistência, medidas de suporte básico de vida e desobstrução das vias aéreas e que podem fazer toda a diferença na vida da criança/jovem. Em contexto real acompanhámos um latente que deu entrada na UUP em paragem respiratória por obstrução da via aérea com leite, que poderia ter sido evitada com manobras de desobstrução realizadas no local da ocorrência. Esta situação comprovou a importância da formação em SBVP que foi planeada e realizada no Estágio I como estratégia de promoção da segurança da criança/jovem e garantir a sua qualidade de vida.

Os serviços de urgência/emergência são muito solicitados aquando da necessidade de atendimento na dor da criança/jovem. Segundo Gonçalves, Holz, Maagh, Pires, & Mairan (2013), a avaliação da dor na criança é de grande exigência para os profissionais, pela forma particular e variável que as crianças têm de manifestar este sinal. Por outro lado, “o controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemática, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças(...)” (DGS, 2010, p. 4). Este facto foi perspectivado em contexto de estágio, onde foi desenvolvida e aperfeiçoada a competência na realização de uma gestão diferenciada da dor, assim como do bem-estar da criança/jovem, com base no conhecimento dos vários estádios de desenvolvimento e comportamentos próprios da infância/adolescência, no sentido de otimizar as respostas. Esta unidade de competência (E2.2.), permite ao EEESJ reunir um conjunto de capacidades e estratégias farmacológicas e não farmacológicas, baseadas e adaptadas ao conhecimento da dimensão física, psicossocial e espiritual da criança/jovem, que lhe permitem combater a dor (OE, 2010b). Na UUP o alívio da dor com recurso a medicamentos de primeira linha está devidamente protocolado, facilitando a atuação interdependente dos enfermeiros, que por outro lado recorrem em complementaridade com a aplicação autónoma de medidas não farmacológicas de alívio da dor, com base nas mais recentes normas emanadas pela DGS. Na prática, sempre que a dor na criança/jovem era identificada, habitualmente durante a avaliação inicial na triagem ou em qualquer procedimento invasivo, eram aplicadas as medidas analgésicas necessárias. A avaliação e reavaliação da dor, como indicador de qualidade a trabalhar na UUP, era realizado de forma metódica com a aplicação das diversas escalas, adaptadas às idades da criança e disponíveis na Orientação n.º 014/2010 da DGS, entre as quais: FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*); FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*); EVA (Escala Visual Analógica) e a EN (Escala Numérica). Na UCIPed a apreciação da dor na criança/jovem, pela presença de recém-nascidos de termo,

veio complementar a avaliação com utilização da escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*). Em cuidados intensivos deparámo-nos com a necessidade de sedo-analgésia em perfusão contínua e que motivou a aquisição e aplicação de conhecimentos a este nível, quer na avaliação quer na administração e vigilância. Constatámos neste contexto, como já tinha sido interiorizado na componente teórica do curso, que a dor do RN não deve nunca ser subvalorizada pelo facto do seu sistema nervoso ser imaturo, o que foi ao encontro de Reis (2009). Como tal todos os procedimentos invasivos como por exemplo punção venosa para colheita de sangue ou realização de glicémia capilar, eram previamente planeados incluindo intervenções de alívio da dor como por exemplo administração de sacarose ou glucose a 30% por via oral. A dor na criança/jovem assumiu ainda outra dimensão quando a presenciámos na criança com doença oncológica na UCIPed. Nestes casos a eficácia das medidas analgésica farmacológica revelou especial importância perante crianças/jovens com dor previsível e cronicamente repetida, facilitando os ganhos de confiança do vínculo doente-enfermeiro e na prevenção da ansiedade da criança/jovem e sua família. Outro aspeto que foi muitas vezes considerado e que é partilhado por Paixão (2009), é o impacto negativo que a subvalorização do alívio da dor tem no processo de luto parental, “O trajecto de morte de uma criança, especialmente se os pais acreditam que a criança sofreu, influencia diretamente a capacidade dos pais continuarem a sua vida e funções durante e após a morte da criança” (Paixão, 2009, p. 81).

A revisão e pesquisa bibliográfica acompanhou na prática a procura de evidências científicas na resposta a patologias menos comuns, de forma a mantermos um papel dinamizador na manutenção de cuidados seguros e de qualidade. Em alguns momentos deparámo-nos com vários diagnósticos médicos diferenciais até se conseguir esclarecer o diagnóstico final, nomeadamente perante doenças raras como algumas doenças metabólicas em contexto de urgência pediátrica. Na UCIPed foi igualmente realizado um estudo mais aprofundado de algumas patologias em crianças internadas durante o período que decorreu o ensino clínico, consideradas doenças raras, como foi o caso de uma criança com Deficiência da desidrogenase de acetil-CoA de cadeia média (MCAD), cuja vigilância teve por base o estado de consciência, glicémia, sinais vitais e equilíbrio ácido base pelo risco de hipoglicémia, encefalopatia, síndrome de Reye-like e morte súbita. Neste caso particular a família expressou muitas vezes sentimentos positivos quando o diagnóstico foi determinado o que lhes permitiu aliviar os níveis de angústia e da impotência perante o desconhecido, sentimentos estes que vão ao encontro de um estudo de Zurynski, Frith, Leonard, & Elliott (2008). Esta realidade, vivenciada em estágio, levou ao conhecimento da existência da estratégia integrada para as doenças raras 2015-2020 da DGS, que baseada numa cooperação entre setores e instituições do SNS, procura conjugar esforços com o objetivo de promover a saúde das pessoas que sofrem de doenças raras, nomeadamente na melhoria do acesso

e qualidade aos cuidados de saúde e condições de tratamento baseadas nas evidências científicas mais atualizadas (DGS, 2017).

O contacto com diferentes realidades no estágio final ofereceu a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem na área da saúde infantil e pediátrica à criança/jovem com doença crónica, oncológica e síndromes de deficiência/incapacidade, planeando as intervenções com recurso ao indispensável papel familiar. Tal como foi referido no caso das patologias raras, as doenças crónicas também constituem uma situação de *stress*, com alterações na vida da criança/jovem e forte impacto na família que leva a alterações da sua rotina diária, novas exigências, mudanças de vida e readaptações frequentes (Santos, 1998). O diagnóstico de uma doença crónica é por isso um momento crítico com efeitos a nível financeiro, pessoal, profissional e sobre a dinâmica familiar. Ao enfatizarmos as capacidades e potencialidades da criança e sua família, em termos de cuidados de saúde, podemos minimizar o impacto negativo da doença crónica. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), as estratégias a implementar devem centrar-se no *coping* familiar, e no *empowerment* da família de forma a promover a adaptação da criança/jovem e família. É neste quadro que entram as competências do EEESCJ que tem a responsabilidade de assistir a família a readaptar-se a uma nova dinâmica, encarada como positiva. Na UUP podemos dar como exemplo um caso clínico de cetoacidose diabética (CAD) de um adolescente que deu entrada na urgência manifestando um estado hemodinâmico descompensado com alteração do estado de consciência e que com a nossa participação, foi prontamente assistido na sala de reanimação. Após estabilização ficou internado na UICD acompanhado pelos pais, a quem foi dado conhecimento do diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 1. Perante esta situação foram diagnosticados vários problemas provenientes da necessidade que o adolescente e a família manifestaram no esclarecimento de dúvidas sobre a doença em si, mas também relativamente ao meios de apoio comunitários. Em conjunto com as enfermeiras da UUP responsáveis pela dinamização do Processo Assistencial Integrado (PAI) da diabetes, reunimos os conceitos e as estratégias mais atuais para inserirmos no planeamento das intervenções ao adolescente e família. Desta forma foram criados vários momentos informais de educação para a saúde sobre o processo da doença, ensinamentos sobre o tratamento com insulina, vigilância de sinais e sintomas que podem motivar recorrer à urgência, promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis e informações sobre contactos de instituições de suporte na comunidade. Além disso prestámos apoio emocional, com recurso a estratégias em relação de ajuda de forma a promovermos a autoestima e a autodeterminação deste adolescente nas escolhas futuras para a sua saúde, indo ao encontro da unidade de competência E3.4. do regulamento de competências específicas do EEESCJ (OE, 2010b). Tendo em consideração que o tempo de permanência na UICD é de

um máximo de 24h e perante um vasto conteúdo informativo, articulámos a continuidade dos cuidados com as colegas do serviço de internamento de pediatria, para onde o adolescente foi transferido. Este exemplo prático vivenciado em ensino clínico comprovou por um lado o potencial que as intervenções do EEESCJ têm, adotando a filosofia de cuidados centrados na família, na melhoria do bem-estar físico, psicológico e social da unidade familiar e por outro possibilitou o desenvolvimento da unidade de competência E2.5. (OE, 2010b).

Na UCIPed tivemos a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora em alguns dos seus turnos na Ambulância TIP dedicada ao transporte secundário de recém-nascidos, crianças e adolescentes, mediante critérios de ativação predefinidos para casos de necessidade de uma equipa diferenciada para estabilização e transporte. O TIP revelou ser outro contexto onde a presença da criança/jovem e família requer o mais elevado estado de saúde possível e como tal seria indispensável a presença de EEESCJ com formação específica em transporte neonatal e pediátrico. A participação neste ambiente de cuidados foi um ponto culminante do nosso percurso formativo, onde foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos, nomeadamente no IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico. Desta forma tivemos a oportunidade de conhecer a equipa de trabalho, a sua dinâmica e metodologia de trabalho extremamente dirigida para um trabalho em complementaridade entre o enfermeiro, o médico e o técnico de emergência. Percebemos que o sistema organizacional é essencial para assegurar a qualidade de assistência, que passa pela coordenação entre o hospital que solicita o transporte, a equipa da Ambulância TIP e o hospital que tem vaga para receber a criança/jovem. Na prática e em conjunto com a enfermeira orientadora, ao recebermos uma ativação, reunimos com os restantes elementos da equipa para planear toda a logística necessária para uma determinada situação em particular, como por exemplo de um recém-nascido cianótico com suspeita de cardiopatia congénita. Perante este quadro preparámos a incubadora de transporte verificando todos os equipamentos acoplados: ventilador, aquecimento, monitor de sinais vitais, seringas e bombas perfusoras. Além disso foram calculadas as doses de medicação, com base no peso do recém-nascido, dos fármacos de reanimação e outros possivelmente necessários para a situação, assim como foram reunidos todos os dispositivos médicos necessários adaptados à idade e peso do recém-nascido: material de via aérea básica, avançada, sondas e cateteres. Esta preparação revelou ser crucial em ganhos de tempo no serviço de origem. Foram realizados os cálculos das necessidades de oxigénio tendo em conta o tempo de transporte, função habitualmente do técnico de emergência, mas com o qual tivemos a oportunidade de aprender e praticar.

Durante a viagem para o local foi realizada uma revisão dos protocolos de atuação relacionados com a situação em causa em conjunto com o médico da equipa com quem tivemos oportunidade de recolher algumas aprendizagens e partilhar experiências. Já na unidade hospitalar onde o recém-nascido se encontrava foram reunidos esforços entre a nossa equipa e a equipa do serviço de origem na estabilização e preparação para o transporte. Durante o transporte foram prestados em colaboração com a enfermeira orientadora e o médico todos os cuidados necessários de vigilância, terapêutica e conforto necessários para manter as funções vitais até à chegada à unidade de cuidados intensivos. O nível de cuidados em transporte é equiparado aos cuidados prestados na UCIPed o que requer capacidades de antecipação, estabilização, conhecimentos científicos, habilidades técnicas em pediatria e em SAVP de forma a garantir a segurança, neste caso do recém-nascido.

No contexto do TIP vivenciámos a angústia de separação entre os pais e os seus filhos e percebemos o potencial desestabilizador que o processo de transporte tem na dinâmica familiar. No entanto, em conjunto com a tripulação da Ambulância TIP procurámos estratégias para tentar apaziguar a ansiedade dos pais, nomeadamente procurando esclarecer as suas dúvidas e dar algum espaço para manifestarem os seus sentimentos. A comunicação de informações pela equipa de transporte surgiu como uma necessidade muito apreciada pelos pais, como é defendido por (Joyce, Libertin, & Bigham, 2015). Estas informações devem ser convenientes, acessíveis e atualizadas (Macnab, Richards, & Green, 1999). Os pais revelaram sentir a necessidade de saber que a criança continuava viva durante o transporte, como tal, foi explorada a possibilidade de manter o contacto com os pais via telemóvel. Este desejo que os familiares têm quer em tempo para exporem as suas preocupações, quer em explicações acessíveis, enaltece a importância de suportar a abordagem nos CCF. A interação com famílias em crise, com necessidades psicológicas, não pode ser descurada pelas equipas de transporte, e a transmissão de informação adequada pode contribuir para a redução da angústia de separação (Macnab et al., 1999). Por outro lado, e no caso particular dos recém-nascidos, a enfermeira orientadora valorizou e elucidou-nos para a importância de darmos continuidade à vinculação entre pais e filhos, dentro das possibilidades, mesmo quando estão gravemente doentes ou com necessidades especiais, o que vai ao encontro da unidade de competência E3.2. do regulamento de competências específicas do EEESCJ. De entre as estratégias utilizadas em contexto do TIP utilizámos a promoção de esperança realista e a promoção do contacto físico dos pais com o RN durante o percurso em maca/incubadora até à ambulância. Perante esta situação, colocamos a questão à equipa sobre a hipótese de ser permitido aos pais acompanharem a criança durante o transporte, no entanto as opiniões não foram unânimes e careceram de fundamentação científica. Este facto despertou o nosso interesse em aprofundar esta matéria que será discutida mais à frente (ponto 2.2.4).

Além das intervenções especializadas, foram seguidas as linhas regulamentadas que dão fundamento à prática autónoma do exercício profissional e que constam no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), assim como os padrões de qualidade dos cuidados as competências do enfermeiro de cuidados gerais e o Código Deontológico do Enfermeiro. Tivemos por isso consciência que a promoção de projetos de saúde em enfermagem apenas é possível com o conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente à prática de enfermagem. Desta forma, enquanto futuros EEESCJ, e no sentido de desenvolver a unidade de competência E2.4., tomámos conhecimento das terapias complementares na nossa prática, fundamentadas na evidência científica, para nortear a tomada de decisão, estabelecimento de diagnósticos, prescrição de intervenções e avaliação sistemática para oferecer à criança/jovem e família.

Nos contextos de estágio focados na prestação de cuidados à criança/jovem em situação de urgência/emergência e potencialmente em condição crítica existem vários quadros mais ou menos complexos para os quais o enfermeiro está preparado para responder, responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica, respeitando os limites impostos pela área de competência (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, 1998). Foram por isso aplicadas várias técnicas comuns como por exemplo aspiração de secreções da nasofaringe, orofaringe e tubo endotraqueal, canalização de acessos venosos periféricos, estratégias em relação de ajuda e educação para a saúde. Por outro lado, foram utilizadas terapias denominadas como complementares, que foram usadas em associação aos tratamentos convencionais como as técnicas não farmacológicas do alívio da dor, referidas anteriormente e técnicas de relaxamento com exercícios respiratórios aplicadas aos familiares em situações de maior ansiedade e angústia. Na prática clínica de enfermagem, algumas das técnicas complementares são mencionadas na CIPE® e acrescentam recursos aos quais o enfermeiro tem a competência de utilizar e pode recorrer para promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual da criança/jovem e família (Parecer n.º 18/2011 do Conselho de Enfermagem “Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseadas na CIPE?,” 2011).

As características específicas em cuidados diferenciados dos campos de estágio deste ensino clínico final, centrados na criança/jovem e família que necessitam de cuidados em situações de urgência/emergência, focou a nossa atenção para o cuidar nas situações de especial complexidade. Este facto não negligenciou o desenvolvimento das competências do EEESCJ no que diz respeito à importante maximização contínua da saúde da criança/jovem e família nem das respostas específicas a dar às necessidades do seu desenvolvimento. A atenção constante por uma abordagem educativa durante

a prestação de cuidados coincidentes com momentos privilegiados no ensino de hábitos de vida saudáveis e a preocupação com o estabelecimento de uma comunicação apropriada ao desenvolvimento e aspetos culturais da criança/jovem e sua família, foram exemplos deste facto.

2.2.3 Projeto de Intervenção - Guia Orientador para o Planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

No sentido de dar cumprimento a um dos requisitos para aquisição do grau de mestre e atribuição do título de especialista, pela Ordem dos Enfermeiros, foi realizado um projeto de intervenção em serviço, que começou a ser organizado no início do Estágio I, com pesquisa bibliográfica e foi desenvolvido no Estágio Final. Desta forma, aproveitando os contributos e as oportunidades dos três contextos de estágio sequenciais e articulados entre si, recorreremos à metodologia de trabalho de projeto após identificação de uma problemática inserida na linha de investigação da segurança e qualidade de vida da criança.

Enquadrado na promoção da segurança da criança em idade pediátrica foi realizada uma conceptualização em redor do tema do TIP, para o qual tínhamos particular interesse e motivação no sentido de contribuir para a promoção da melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação e desta forma colaborar no desenvolvimento da disciplina de enfermagem e no desenvolvimento de competências especializadas. Após a análise do estado da arte, percebemos que devido à limitação de meios especializados para o TIP em Portugal, cada instituição deve adotar internamente esquemas organizativos que garantam a segurança e ausência de complicações, resultantes do transporte de doentes, como é defendido pela OM & SPCI (2008). A literatura, prática profissional e os ensinamentos clínicos demonstraram que a maioria das vezes, o transporte secundário é realizado por equipas inexperientes e sem assistência por normas adequadas de planeamento em práticas de gestão de risco.

Propusemos por isso, estudar esta problemática com recurso à metodologia de trabalho de projeto, que tem por base uma "(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência" (Ruivo et al., 2010, p. 2). Está centrada na resolução de

problemas como principal objetivo, permitindo neste processo adquirir competências e capacidades perante um contexto real. É um processo de transformação que ligada à investigação permite prever uma mudança (Ruivo et al., 2010).

Tendo em conta que o Estágio Final coincidiu com o ensino clínico mais longo em termos temporais e que esta problemática está presente habitualmente em serviços de urgência pediátrica que devem manter uma estreita colaboração com o INEM, na assistência ao direito que a criança/jovem tem de acesso aos cuidados de saúde mais adequados através do transporte secundário, o projeto de intervenção acompanhou o estágio na UUP culminando com os importantes contributos finais do estágio da UCIPed e da Ambulância TIP.

Para avançar com o projeto de intervenção foi solicitada permissão, junto das entidades pertencentes ao conselho de administração da instituição hospitalar onde o contexto de estágio em urgência pediátrica estava inserido. Foi elaborado um documento (Apêndice 17) para o efeito onde foi explicado o âmbito da realização do projeto, os objetivos, os participantes, os recursos a mobilizar assim como as garantias éticas e deontológicas inerentes a trabalhos de investigação e os nossos contactos. Após o parecer positivo do Conselho de Administração recebemos um documento do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Hospital que confirmou a autorização para se avançar com o estudo. O projeto foi igualmente submetido aos Serviços Académicos da Universidade de Évora e à sua comissão de ética que deu aprovação (Anexo 1).

O tema em análise partiu de um possível problema institucional empiricamente identificado com repercussões na qualidade dos cuidados de saúde à população pediátrica, e por conseguinte, teve de necessariamente ser investigado e diagnosticado no contexto dos campos de estágio. A confirmação de estarmos perante uma problemática partilhada pelos elementos de equipa da UUP constituiu o primeiro passo do projeto, seguindo-se a definição dos objetivos, planeamento de intervenções, execução e numa avaliação.

Em metodologia de trabalho de projeto, o diagnóstico de situação corresponde à fase inicial. Esta fase é caracterizada pelo desenho cognitivo do problema identificado sobre a temática em estudo. Segundo Ruivo et al. (2010), estamos perante um processo contínuo suscetível a ser renovado de uma forma dinâmica, implicando em primeira linha ter presente que esta metodologia tem como objetivo fulcral a satisfação das necessidades identificadas.

Seguindo as indicações de Ruivo et al. (2010), após a pesquisa da informação, analisámos as necessidades da equipa de enfermagem da UUP que nos permitiu posteriormente traçar um plano estratégico de implementação de medidas para suprimir as necessidades identificadas. Estas estratégias devem ter sempre em consideração os meios disponíveis, onde os recursos humanos são o principal componente (Brissos, 2004). Ruivo et al. (2010), deixa bem presente o papel importante do trabalho em equipa que, especialmente em contexto de serviços de saúde, é obrigatório para que os benefícios produzidos possam ser praticados com motivação, de forma contínua. Partindo destas premissas procurámos incluir todos os elementos da equipa de enfermagem do serviço, que se encontravam motivados e que mostraram disponibilidade em participar na investigação ação.

O diagnóstico de situação foi dividido em algumas etapas que vão ser pormenorizadamente analisadas já de seguida.

A metodologia de trabalho de projeto está intimamente ligada com a investigação, e em qualquer investigação, como afirma (Fortin, 2009), a problemática é o ponto de partida. A primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto consiste na **definição geral do problema**. O problema diagnosticado exige ser explicado para transpor de um nível insatisfatório para um contexto desejável. Segundo Ruivo et al. (2010), um problema pode ter origem em factos verificáveis como uma gestão pouco eficiente dos recursos, factos estes que são validados pelo seu amplo reconhecimento.

A formulação do problema do nosso projeto de intervenção foi identificada com base numa pesquisa temática inicial seguindo-se uma pesquisa bibliográfica mais aprofundada. em periódicos indexados em sistemas agregadores de bases de dados, B-on, SciELO e EBSCO usando como limite inferior o ano de 2000 e limite máximo o ano de 2017. Foram usados os seguintes descritores: *paediatric transport, transport services, emergency medical services, inter-hospital intensive care*, com as seguintes combinações e booleanos: *paediatric transport AND nursing care; paediatric transport AND scores*.

Com a pesquisa bibliográfica foi possível perceber que as problemáticas do transporte inter-hospitalar são abordadas maioritariamente no contexto do cuidado ao doente crítico adulto. Foram identificadas algumas sugestões dos investigadores para trabalhos posteriores, identificando-se a necessidade de sistematizar e uniformizar abordagens ao transporte inter-hospitalar pediátrico. Tentou-se desta forma, seguindo as orientações de Guerra (1994) citado por Ruivo et al. (2010), fazer

uma análise da evolução do problema no passado e perspetivar a sua continuidade na atualidade, ou seja, a sua estabilidade temporal.

Desta forma, embora ainda precoce e com déficit de fundamentação pela ausência da análise de necessidades do serviço alvo da investigação-ação, definiu-se empiricamente que a problemática em questão estaria relacionada com possível ausência ou deficiente uniformização de práticas no planeamento das transferências inter-hospitalares pediátricas com repercussões na qualidade dos cuidados e na segurança da criança/jovem.

Esta problemática foi considerada pertinente por ter potencial de melhoria, ser uma realidade atual e com existência de recursos para ser estudada, o que foi ao encontro das condições a considerar por Almeida & Freire (2007) citado por Ruivo et al. (2010).

Para validarmos a problemática recorreremos a duas ferramentas de investigação e uma ferramenta de gestão para análise da situação.

Segundo Ruivo et al. (2010), o ponto de partida para qualquer análise de situação é a observação dos intervenientes na sua interação com o meio. A observação pode ser processada genericamente de duas formas, direta e indireta, dependendo da informação que se quer obter. Tendo em conta que a problemática escolhida estava inserida nos serviços de urgência pediátrica, tivemos em consideração algumas particularidades deste tipo de atividade, na seleção das ferramentas diagnósticas. Sendo habitualmente um local com grande fluxo de doentes e múltiplas atividades em curso que exigem constante atenção dos enfermeiros, reconhecemos, ser mais indicado a utilização de uma observação indireta. Segundo Ruivo et al. (2010), este tipo de observação permite obter respostas a determinadas questões para se fazer inferências através de questionários ou entrevistas. Os enfermeiros podem assim, dentro da sua disponibilidade e privacidade, responder às questões num prazo estabelecido.

A população alvo selecionada para o estudo e recolha de informação foi a equipa de enfermagem da UUP e a equipa de enfermagem do SI. Optamos por alargar a investigação aos enfermeiros do internamento de pediatria por apresentarem características comuns (Fortin, 2009) e pelo facto da possibilidade de ocorrência de preparações para transportes secundários, embora eletivos, neste serviço. Em termos metodológicos permitiu-nos por outro lado aumentar a nossa amostragem.

Para a colheita de dados à população em estudo elaborámos um questionário misto com perguntas fechadas e abertas (Apêndice 18) com o respetivo consentimento informado (Apêndice 19). As questões fechadas foram formuladas numa lista pré-estabelecida e dentro destas foram apresentadas questões dicotómicas e de escolha múltipla. Segundo Fortin (2009, p. 384), “As *questões fechadas* têm por principais vantagens serem simples de utilizar, permitir a codificação fácil das respostas e uma análise rápida e pouco dispendiosa e também poderem ser objecto de um tratamento estatístico.” No entanto têm igualmente desvantagens nomeadamente na despersonalização das respostas. Importou por isso salvaguardar que os inquiridos podiam responder através de uma escala gradual de intervalos e por conseguinte foram utilizadas as escalas de *Likert*. Segundo Carvalho (1993) citado por Ruivo et al. (2010), com a utilização destas escalas, os inquiridos respondem de uma forma mais expressiva em intensidade a um determinado assunto, não se limitando apenas a respostas de sim/não. No final do questionário foram colocadas questões abertas sem categorias de resposta, nomeadamente para recolher críticas e sugestões, servindo assim “para obter precisões complementares sobre certos aspetos da investigação” (Fortin, 2009). Desta forma o questionário foi estruturado em três partes: uma primeira que caracteriza a equipa de enfermagem, uma segunda para conhecer a perceção/opinião da equipa relativamente ao procedimento de transporte secundário em vigor na instituição e uma terceira parte para recolher sugestões de melhoria.

O questionário elaborado foi sujeito a uma apreciação inicial da professora e da enfermeira orientadora e após esta revisão foi aplicado um pré-teste (Apêndice 20) numa pequena amostra da população. Segundo Fortin (2009, p. 386), “Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário(...)”. Desta forma foram entregues seis questionários pré-teste cujos resultados podem ser graficamente consultados no Apêndice 21. Concluído o pré-teste foram feitos reajustes e correções consideradas necessárias, com base nas sugestões dos inquiridos e prosseguimos com a colheita de dados.

Os questionários foram entregues em suporte papel nos dois serviços envolvidos no estudo e distribuídos pelos enfermeiros para diagnosticar a pertinência que a problemáticas do transporte inter-hospitalar pediátrico tem na sua prática, e os dados recolhidos foram trabalhados graficamente em Excel®. A equipa de enfermagem da UUP conta com 24 elementos e a equipa de enfermagem do SI conta com 16 elementos, incluindo a chefia, como se pode verificar no gráfico 1. Desta forma, foram entregues o mesmo número correspondente de questionários (gráfico 2), e estabelecido um período de duas semanas para o seu preenchimento. Dos 40 questionários entregues foram recolhidos um total de 24, cerca de 60%. A caracterização dos enfermeiros inquiridos mostrou uma equipa

maioritariamente feminina com 88% contrastando com apenas 12% de elementos do género masculino (gráfico 3). No que diz respeito às idades, o grupo mais representativo é o que corresponde às idades entre os 30 a 39 anos (gráfico 4).

Gráfico 1 - n.º de Enfermeiros

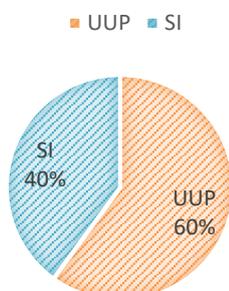


Gráfico 2 - n.º de Questionários

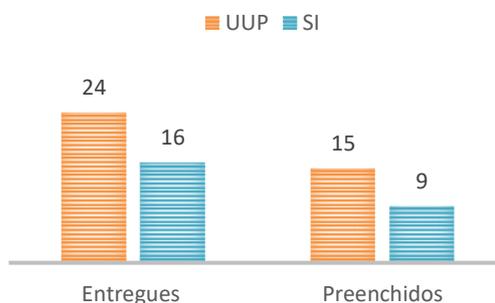


Gráfico 3 - Género

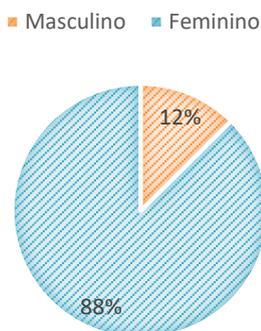
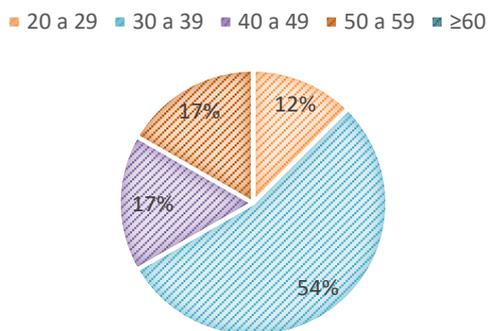


Gráfico 4 - Idade



Foi realizada uma divisão em cinco intervalos temporais para caracterizar os anos de experiência profissional dos inquiridos. Como se pode concluir do gráfico 5, o intervalo dos 10 a 14 anos de experiência profissional correspondeu ao grupo mais representativo, seguindo-se com 25% o intervalo dos 20 ou mais anos de experiência. Desta forma foi possível concluir que a amostra dos enfermeiros revelou elevada experiência profissional (75%). Relativamente aos anos de experiência profissional na área pediátrica (gráfico 6), o grupo mostrou ter 50% de elementos com experiência em pediatria entre os 10 a 19 anos, 38% de elementos com experiência em pediatria até aos 9 anos e apenas 12% de elementos com mais de 20 anos de experiência em pediatria.

Gráfico 5 - Anos de Experiência Profissional

0 a 4 5 a 9 10 a 14 15 a 19 ≥20

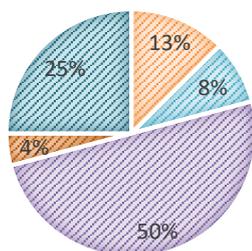
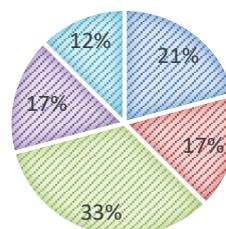


Gráfico 6 - Experiência Profissional em Pediatria

0 a 4 5 a 9 10 a 14 15 a 19 ≥20



Pela análise do gráfico 7, é facilmente perceptível o grau de diferenciação académica que os inquiridos detêm no geral. Dos 24 enfermeiros que responderam aos questionários, 10 são especialistas, e deste grupo, 8 são especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem, 2 deles com mestrado integrado. É de salientar que o grupo está fortemente capacitado com formação complementar na área da urgência/emergência, destacando-se que dos 24 enfermeiros, 83% tem formação em SAV Pediátrico (gráfico 8).

Gráfico 7 - Habilitações Académicas

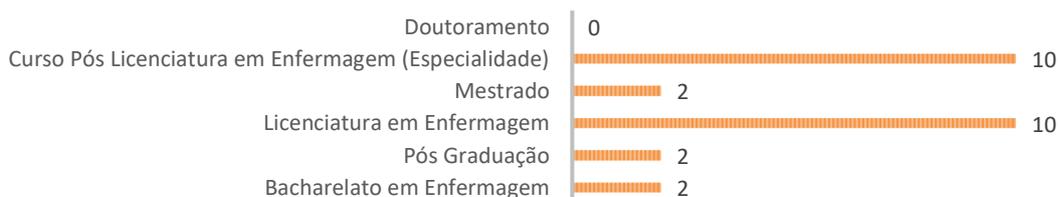
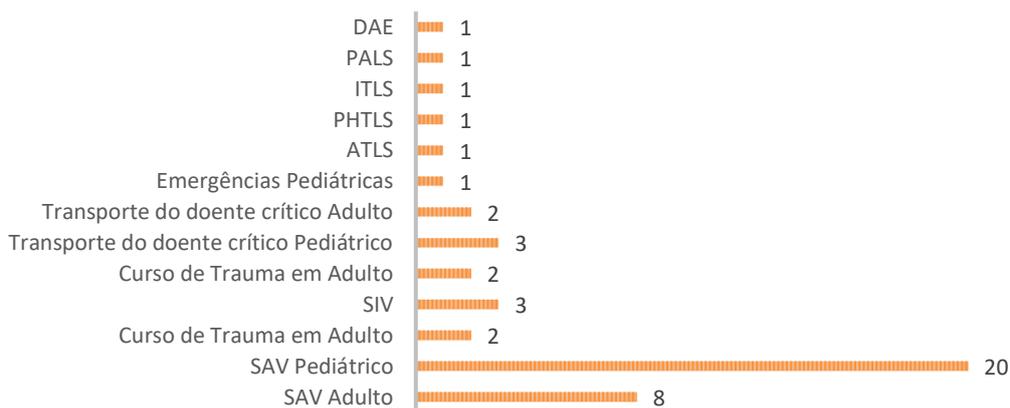


Gráfico 8 - Formações Específicas



Após a consulta dos protocolos e procedimentos de serviço, verificámos que na UUP e no SI, o planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico estava a ser realizado segundo orientação de um procedimento de transporte secundário de doentes em estado crítico, utilizado em todos os serviços da instituição, independentemente das idades do doente (Anexo 8). O que motivou a necessidade de auscultar a opinião dos enfermeiros da área pediátrica relativamente a este procedimento.

Na questão 1. (gráfico 9) da segunda parte do questionário, 75% afirmou que conhece o procedimento geral sobre o transporte secundário, elaborado pelo Grupo de Transporte do Doente Crítico do Centro Hospitalar, apenas 25% referiu não ter conhecimento. O grupo que tinha conhecimento da existência do procedimento (gráfico 10), assinalou que obteve essa informação maioritariamente através de um colega (37%) ou pela consulta do portal interno do centro hospitalar (20%). Foi também consensual pela maioria dos inquiridos que o procedimento geral do transporte se encontrava disponível para consulta em suporte informático nos serviços (74%).

Gráfico 9 - Questão 1: Tem conhecimento do procedimento geral?

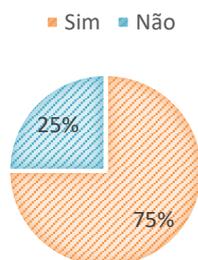
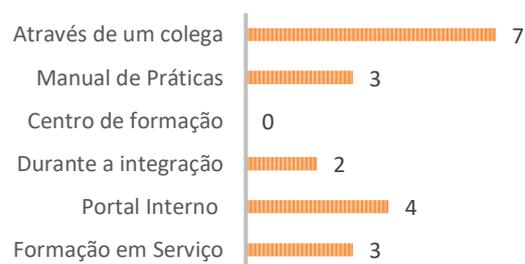


Gráfico 10 - Questão 2.1.: Como teve conhecimento do procedimento geral?



O último bloco de questões da segunda parte do questionário teve como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros inquiridos relativamente ao transporte inter-hospitalar pediátrico e ao procedimento geral em vigor nos serviços, através de uma escala gradual com níveis de concordância de *Likert* (1 - Discordo Totalmente, 2 - Discordo, 3 - Não concordo nem discordo, 4 - Concordo, 5 - Concordo Totalmente), cujos resultados estão representados no gráfico em Apêndice 22.

No que diz respeito ao transporte inter-hospitalar pediátrico, 100% dos inquiridos concordou totalmente com a realização de um planeamento com consciência das necessidades específicas e os riscos inerentes à pediatria. Dos inquiridos, 67% concordou totalmente e 29% concordou que este planeamento deve ser feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço referente (hospital de

origem). O nível de concordância mantém-se elevado (58% de nível 5 e 38% de nível 4) quando se considera que o transporte inter-hospitalar pediátrico é uma extensão dos cuidados do hospital de origem, cabendo ao serviço que envia a criança/jovem as responsabilidades técnicas e legais do planeamento. Apenas 4% discordaram ou não tiveram opinião, respetivamente, nestas duas últimas questões. Revelou ser extremamente representativa, com 79%, o nível 5 de concordância e com 21%, o nível 4, a opinião que relaciona a qualidade dos cuidados e a segurança da criança/jovem durante a transferência com a forma como o transporte é planeado.

Quando confrontados com o procedimento geral para o transporte secundário dos doentes em idade pediátrica em vigor nos serviços, os inquiridos apresentaram na generalidade níveis de concordância inferiores ou iguais a 3. Os enfermeiros discordaram totalmente em 46% e discordaram em 33% que o procedimento geral está adaptado à realidade pediátrica, 21% não tiveram opinião.

O procedimento geral em vigor nos serviços utiliza uma grelha para avaliação do transporte secundário (Anexo 9) que permite definir o nível de gravidade do doente a ser transportado e conseqüentemente determina a necessidade em recursos humanos (constituição da equipa de transporte) e em recursos materiais (meios de monitorização e equipamentos), desta forma os inquiridos foram desafiados a darem a sua opinião em nível de concordância relativamente a estes aspetos. No que diz respeito à forma segura de determinar o nível de gravidade do doente em idade pediátrica, 46% discordou totalmente, 33% discordou, 4% concordaram e 25% não concordou nem discordou. Da mesma forma destacaram-se maioritariamente níveis de concordância baixos relativamente à forma segura de determinar a composição da equipa de acompanhamento para o transporte da criança/jovem e à determinação segura dos meios adequados de monitorização e equipamento. Objetivamente, o nível 1 e 2 é representado respetivamente com uma percentagem de 38% e 33% na alínea g) que por sua vez tem uma percentagem de 38% e 20% na alínea h), apenas 4% concordaram, em ambas as questões. No que diz respeito à determinação da composição da equipa 25% não manifestou opinião e na determinação dos recursos materiais 38% também não concordou nem discordou. Quando confrontados com o facto do procedimento geral de transporte secundário de doentes, ter consideração pela previsão de complicações possíveis e formas de prevenir em contexto pediátrico, 45% dos inquiridos revelou discordar totalmente, 20% discordou e 38% não concordou nem discordou.

Pela análise dos resultados foi facilmente perceptível que o procedimento geral não responde de forma significativa às exigências da pediatria, facto este reforçado pela resposta representativa de

79% onde os inquiridos referiram concordar totalmente na necessidade de adaptar o procedimento de transporte secundário à realidade pediátrica.

Na alínea I) os inquiridos tiveram de dar a sua opinião de concordância se consideravam o EEESCJ, o enfermeiro de referência no planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico. Objetivamente, 46% dos inquiridos concordaram totalmente, 33% concordaram, 17% não concordaram nem discordaram e apenas 4% discordaram desta afirmação. É igualmente representativo o nível de total concordância (58%) e nível de concordância (38%) dos inquiridos relativamente à formação em SAVP que os enfermeiros devem necessariamente ter para integrar a equipa de transporte inter-hospitalar pediátrico. Para concluir, os enfermeiros responderam com um nível de total concordância de 79% e um nível de concordância de 17%, na opinião relativa à integração de enfermeiros com experiência na área pediátrica, na escala de prevenção de enfermeiros que apoia os serviços de acordo com e estipulado pelo Regulamento da Escala de Prevenção de Enfermeiros existente na instituição.

A terceira e última parte do questionário foi reservada para um espaço com sugestões de melhoria através de uma questão de resposta aberta. Tendo em conta a saturação de dados, em relação ao tipo de sugestões dadas, as respostas limitaram-se a quatro aspetos principais (Apêndice 23): procedimento de transporte inter-hospitalar específico para a pediatria; grelha de avaliação do transporte baseada nos parâmetros vitais em pediatria; equipas de transporte constituídas por enfermeiros de pediatria, preferencialmente especialistas e com formação em SAVP; Formação em transporte inter-hospitalar pediátrico.

De entre as sugestões de melhoria a que se destacou com maior representatividade foi a construção de um procedimento de transporte inter-hospitalar específico para a pediatria, seguindo-se a sugestão de constituir equipas de TIP com enfermeiros da área pediátrica preferencialmente especialistas e com formação em SAVP. Destacou-se ainda a importância dada à necessidade de formação nesta área do transporte inter-hospitalar e em adequar uma ferramenta de avaliação onde estejam patentes os valores de parâmetros vitais adaptados à pediatria.

Nos serviços de saúde, partilhando a opinião de Brissos (2004), a dinâmica da equipa é fundamental para dar continuidade aos projetos, no entanto deve existir uma seleção sustentada das necessidades que compete à chefia. Desta forma a análise de qualquer problema deve ser feito em parceria com o chefe o que motivou a realização de uma entrevista individual semidirigida com o chefe

do serviço de urgência pediátrica, cujo guião pode ser consultado no Apêndice 24. Como refere Ruivo et al. (2010), a entrevista permite uma relação direta, recolhendo informação e opiniões livres sobre o tema e de certo modo conhecer o grupo de trabalho. Segundo Fortin (2009, pp. 376-377), “A entrevista semidirigida é principalmente utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes”. A entrevista foi aplicada apenas a um elemento o que contornou a desvantagem de ser uma abordagem dispendiosa a nível de tempo e permitiu complementar o método de colheita de dados anterior. Na entrevista com o chefe de enfermagem percebemos como na prática os enfermeiros realizam o planeamento do transporte secundário, guiando-se pelo procedimento geral. Esta responsabilidade compete ao chefe de turno, que procede ao preenchimento da grelha de avaliação do transporte secundário, cujos parâmetros a avaliar (Exemplo: Frequência Respiratória), não correspondem aos valores de referência para a pediatria, levando a *scores* incorretos e consequentemente a definição de recursos humanos e materiais desajustados. De imediato o chefe manifestou especial interesse no tema revelando o descontentamento da equipa pela inexistência de um procedimento adaptado às características específicas das crianças/jovens, que por um lado compromete a segurança da criança/jovem e a qualidade dos cuidados e por outro leva a conflitos entre as equipas de turno e as equipas de transporte. Além disso o chefe, mostrou interesse em utilizar este tema para a valorização dos EEESCJ, concordando com uma reestruturação a nível da determinação da constituição da tripulação que acompanha a criança no transporte, colocando o enfermeiro mais qualificado com o doente mais grave, aliando a gestão dos recursos humanos e a qualidade dos cuidados. Após o *feedback* positivo do chefe de enfermagem e da sua elevada expectativa com o projeto, reunimos com duas enfermeiras da equipa de enfermagem da UUP que já tinham demonstrado interesse nesta problemática. Estes dois elementos serviram ao longo do projeto de intervenção como enfermeiras de referência com quem mantivemos contacto informal próximo na recolha de sugestões e contributos, manifestando-se sempre disponíveis.

Para completar e finalizar o diagnóstico de situação foi aplicada uma análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT). Tratando-se de um estudo em cuidados de saúde que procura garantir a segurança do doente em idade pediátrica através do planeamento sistematizado do transporte inter-hospitalar pediátrico, logicamente é imperativo fazer um diagnóstico organizacional de forma a identificar as fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. Segundo Santos, Sobreiro, & Calca (2007, p. 7), “Este exercício proporciona, por um lado, a reflexão sobre factores positivos de que um sistema beneficia (forças e oportunidades) e, por outro, a reflexão sobre os factores negativos com que o sistema se defronta (debilidades e ameaças)”. Com a aplicação sintetizadora da análise SWOT

(Apêndice 25), concluiu-se que o transporte inter-hospitalar pediátrico é uma problemática presente e com potencial de ação de melhoria. É possível encontrar no grupo e no contexto concreto onde o problema se insere, oportunidades para fortalecer os pontos fracos, como exemplo disso temos uma equipa de enfermagem cujos elementos, são na sua grande maioria, especialistas em saúde da criança e do jovem e com formação em SAVP, motivados para uniformizar práticas de planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico.

Recorrendo a estes instrumentos de avaliação, perspetivou-se a identificação das necessidades da população alvo para se delinear objetivos e definir a ação com atividades de resolução.

Tendo por base as recomendações nacionais encontradas da OM & SPCI (2008), verificámos que o próprio planeamento como fase intercalar no transporte inter-hospitalar tem em conta os seguintes aspetos: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação.

Neste sentido os **problemas parcelares da problemática** foram ao encontro destes, identificados como:

- A necessidade de utilizar uma ferramenta de avaliação de risco para determinar os requisitos mínimos no acompanhamento do doente em idade pediátrica. De forma a providenciar os recursos humanos e materiais para uma transferência inter-hospitalar pediátrica segura;
- A necessidade de constituição de equipas especializadas, nomeadamente enfermeiros com formação adequada;
- Necessidade de recorrer a uma escala de previsão das complicações possíveis. Importante para equacionar os riscos de possíveis acidentes/complicações e tomadas medidas para a respetiva prevenção e posteriormente para servir de controlo de qualidade em auditorias;
- Necessidade de sistematizar e uniformizar procedimentos para o planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico.

A **definição de prioridades**, é segundo Guerra (1994), citado por Ruivo et al. (2010), uma das principais etapas da identificação dos problemas. Para o projeto de intervenção foram estabelecidas as seguintes prioridades:

1. Motivar a instituição/serviço de origem para que o planeamento do transporte do doente em idade pediátrica respeite normas de boas práticas para uma transferência inter-hospitalar segura e de qualidade;
2. Elucidar sobre a importância da qualificação técnica dos profissionais de enfermagem com formação específica em transporte inter-hospitalar pediátrico, nomeadamente em SAVP, como garantia da segurança durante o transporte;
3. Existência de uma ferramenta de avaliação de risco para determinar os requisitos mínimos (recursos humanos/recursos materiais) no acompanhamento e de uma *checklist* para promover a uniformização de procedimentos e sistematização das tarefas a cumprir na fase de planeamento;

Por sua vez os **objetivos são definidos** com base nos resultados que se pretendem atingir. Segundo Barbier (1996) citado por Ruivo et al. (2010), antecipam a ação e são construídos para resolver o problema previamente delimitado.

Os objetivos do projeto de intervenção foram definidos em dois níveis: geral e específicos. Os objetivos gerais descrevem os resultados esperados e devem ser formulados de acordo com os conhecimentos e capacidades que se devem adquirir (Ruivo et al., 2010). Por outro lado, ajudam a traçar a metodologia que deve ser aplicada.

Para o projeto de intervenção, planear um transporte inter-hospitalar pediátrico seguro de forma sistematizada, constituiu o **objetivo geral**.

Da subdivisão de um objetivo geral temos como resultado os **objetivos específicos**. Segundo Mão de Ferro (1999) citado por Ruivo et al. (2010), a solidez de um objetivo geral permite a sua fragmentação em objetivos especificamente mais concretos, e quanto mais complexo for maior é o número de objetivos específicos.

Estes objetivos devem ser definidos de forma rigorosa para orientar a ação e por outro lado facilitar o momento da sua avaliação, desta forma têm de ser claros, precisos, concisos, realizáveis e passíveis de serem medidos (Gouveia, 2002).

Tendo por base estas indicações, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Elaborar um guia orientador para assistir os enfermeiros a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico;
- Realizar sessão de formação sobre o planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico e divulgar o guia orientador;
- Avaliar a aplicabilidade do guia orientador de planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico depois de ser validado.

Estes três objetivos foram encadeados por ordem de prioridade e pensados de forma a serem os mais exequíveis, admissíveis pelo serviço e acessíveis em termos de recursos humanos e materiais.

Após serem traçados os objetivos da investigação é essencial dar consistência ao projeto com a elaboração de um **plano de ação**. Segundo Hungler et al. (2001) citado por Ruivo et al. (2010), esta fase caracteriza-se pela logística necessária à realização do projeto, com o levantamento dos recursos, das limitações e condicionantes, pela definição das atividades a desenvolver, pelos métodos de pesquisa e por fim pelo desenho do cronograma.

A escolha das atividades, meios e estratégias foi condicionada pelos objetivos definidos de forma a estarem diretamente relacionados. Para Miguel (2005) citado por Ruivo et al. (2010), as atividades têm uma duração, um custo e necessidade de recursos previstos e podem ser subdivididas em tarefas. Para que as tarefas sejam realizadas de forma eficiente têm de se delinear estratégias de investigação que utilizam de forma eficaz os recursos (Fortin, 2009).

Um dos recursos essenciais utilizado foi a pesquisa bibliográfica onde foram utilizadas estratégias que garantiram a especificidade e fidelidade da informação, como é defendido por Fortin (2009). A realização das tarefas esteve sempre dependente do fator tempo e como tal tivemos de realizar uma gestão temporal.

Foi imprescindível selecionar os meios que se adaptavam aos objetivos do projeto, que segundo Chase & Aquilano (1995) citado por Ruivo et al. (2010), estão organizados em recursos humanos, técnicos, materiais e financeiros. Importa referir que foram considerados todos os contributos individuais dos elementos de equipa que quiseram participar no projeto, nomeadamente a ajuda insubstituível e inessável da enfermeira orientadora de estágio e da professora orientadora.

Para uma melhor esquematização do planeamento do projeto de intervenção em serviço, foi elaborada uma tabela que pode ser apreciada no Apêndice 26, onde é possível correlacionar cada objetivo específico com as atividades/estratégias a desenvolver, recursos e indicadores de avaliação. Para além da divisão do trabalho em tarefas foi indispensável fazer uma boa gestão em termos temporais, impondo prazos a cumprir, como defende Fortin (2009). A representação do tempo para o projeto de intervenção está esquematizada no gráfico do Apêndice 27, que corresponde ao cronograma de atividades, baseado na tipologia de gráficos de *Gantt*.

A **execução do projeto** colocou a professora e a enfermeira orientadora de estágio numa posição de extrema importância o que permitiu o acesso a dados importantes quer no contexto onde se desenvolveu o ensino clínico quer em âmbito teórico. Este aspeto é igualmente defendido por Nogueira (2005), que considera os orientadores como elementos ativos na investigação e na procura de respostas aos problemas levantados, motivando os participantes a empenharem-se no processo de execução e conseqüentemente a desenvolver as competências esperadas.

Segundo Nogueira (2005), esta fase tem potencial para o desenvolvimento de competências e exigência de capacidade de resolução de problemas perante possíveis dificuldades. Desta forma assumimos sempre uma postura espectral de possíveis contratempos e reformulações ao plano inicial.

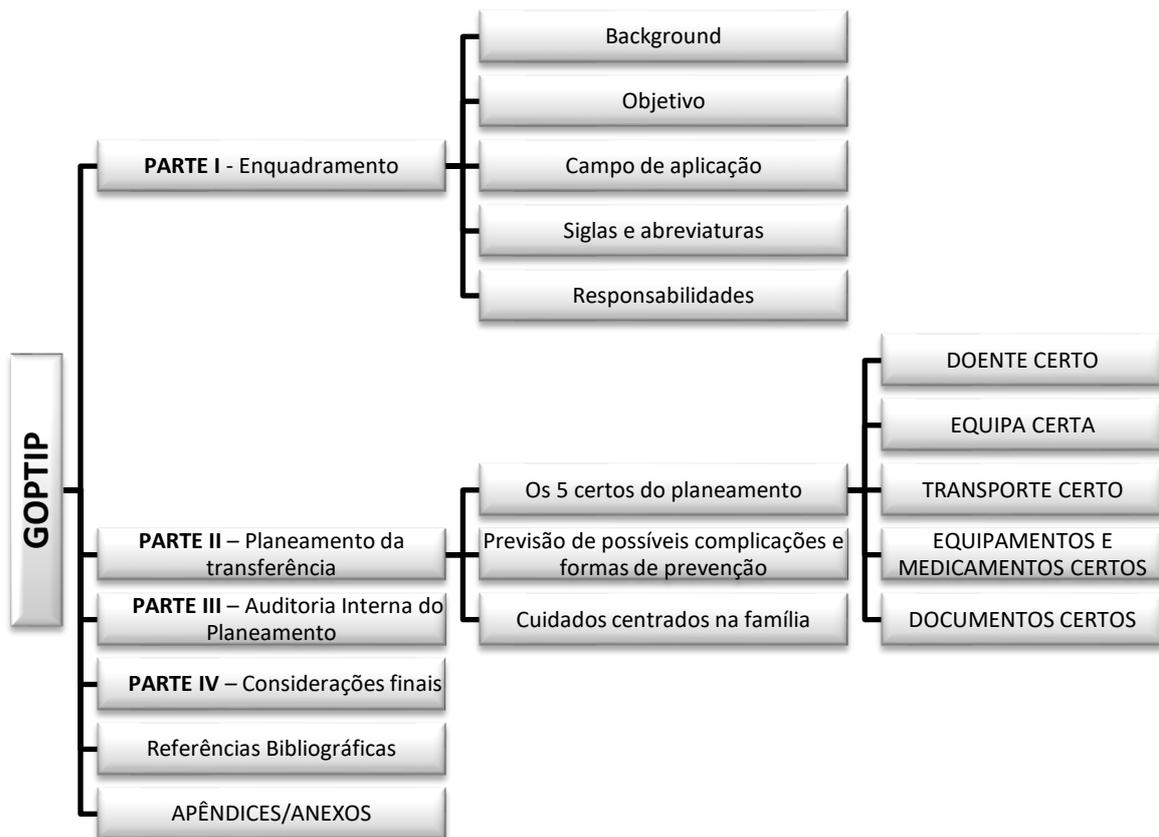
Seguindo a nossa metodologia de projeto, tentamos colocar em prática as intervenções planeadas de forma a alcançarmos os objetivos definidos para eliminar ou minimizar a problemática diagnosticada na UUP, elevando assim os níveis de satisfação da equipa de enfermagem e garantindo a segurança da criança/jovem e a sua qualidade de vida.

2.2.3.1 Elaborar um guia orientador para assistir os enfermeiros a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico;

A construção do GOPTIP revelou ser um trabalho árduo, mas bastante proveitoso e pode ser apreciado integralmente no Apêndice 28. Para a sua realização reunimos todas as aprendizagens, pesquisas, cursos de formação e contributos ao longo dos ensinios clínicos e foi um trabalho partilhado entre todos os participantes envolvidos tendo sempre por base as opiniões sugestões e necessidades da equipa de enfermagem da UUP/SI.

O documento elaborado teve por base a formatação estrutural de um procedimento de serviço, potenciando a possibilidade de facilmente ser adaptado como tal, apesar de ter sido sempre pensado como uma ferramenta de trabalho prototípica com necessidade de ser aceite, analisada, avaliada e validada antes da sua implementação. Desta forma o GOPTIP como podemos visualizar na Figura 1, foi estruturalmente dividido em quatro partes: Enquadramento; Planeamento da transferência; Auditoria Interna do Planeamento e Considerações Finais.

Figura 1 - Estrutura do GOPTIP



Desta forma, na Parte I enquadrámos o tema do TIP abordando a sua importância como um serviço altamente necessário na defesa do direito que assiste as crianças com condição clínica estável ou instável ao acesso em cuidados de saúde adequados e em tempo útil. Perante uma realidade nacional onde as especialidades pediátricas e os serviços com maior diferenciação, na abordagem do doente crítico, se encontram regionalizados, nomeadamente nos grandes centros urbanos, o TIP permite quebrar estas barreiras geográficas reduzindo a morbimortalidade. Tendo por base as recomendações do transporte pela OM & SPCI (2008), único documento em Portugal que visa a implementação de normas de boas práticas no transporte do doente crítico, foram igualmente descritas as fases do transporte. Importa por isso referir que o GOPTIP está centrado apenas na fase de Planeamento uma vez que é uma etapa cuja responsabilidade é compartilhada pela equipa médica e de enfermagem do serviço de origem. Foram ainda nesta parte descrito o objetivo, campo de aplicação e definidas as responsabilidades.

A Parte II foi estruturalmente construída de forma a dar resposta aos problemas parcelares que compõem o problema geral da UUP/SI no qual se pretendeu intervir. Deste modo, da necessidade implícita de se efetuar uma avaliação da condição clínica da criança/jovem que se quer transferir, e da necessidade de determinar os requisitos em recursos humanos e materiais mínimos para garantir a segurança da criança/jovem, surgiu o conceito dos 5 certos do planeamento. Este conceito deriva mnemonicamente do mesmo objetivo utilizado pela DGS com os “9 certos da administração de medicamentos”, no seu esforço de promover a segurança na utilização de medicação. Neste caso, procurou-se desta forma sistematizar mentalmente os cinco aspetos a não descuar quando se pretende planejar um transporte seguro de uma criança/jovem: doente certo; equipa certa; transporte certo; equipamentos, medicamentos certos e documentos certos.

Para determinar os recursos humanos e materiais adequados às necessidades da criança/jovem a transferir para outra instituição, devemos avaliar a sua condição clínica após uma estabilização inicial, exceto se o tratamento definitivo é urgente e não está disponível no serviço de origem (Abecassis & Correia, 2017). Ter o doente certo corresponde a ter uma avaliação da condição clínica da criança/jovem estabilizada. Desta forma, “o doente deve ser sempre estabilizado antes de iniciar o transporte” (Abecassis & Correia, 2017, p. 21).

De forma a sistematizar a avaliação da condição clínica do doente em idade pediátrica, sem negligenciar nenhum parâmetro importante, foi construído o IMPRESSO A – Avaliação da Condição Clínica da Criança/Jovem (Apêndice 29). Este documento foi organizado seguindo uma avaliação

metódica por ordem de prioridades com base na mnemónica ABCDEF (A – *airway*; B – *breathing*; C – *circulation*; D – *disability*; E – *exposure*; F – *family*). Foi a metodologia escolhida por estar enraizada na prática profissional e por permitir identificar os problemas que ameaçam a vida estabelecendo as medidas para as resolver ou minimizar (Abecassis et al., 2012). Além disso foi introduzida a letra “F” que corresponde à abordagem centrada na família, indissociável da área pediátrica, com o objetivo de mantermos a família envolvida no processo e devidamente esclarecida. Esta ferramenta de planeamento permite organizar toda a informação mais relevante, alusiva à condição clínica da criança/jovem assim como todo o suporte técnico e farmacológico aplicado até ao momento e as suas repercussões hemodinâmicas.

Para dar seguimento ao planeamento, após a estabilização possível, e avaliação da criança/jovem, o próximo passo será a tradução desta condição clínica num determinado *score* correspondente a um nível de gravidade. Nível de gravidade este que por sua vez determina o tipo de veículo, equipa, monitorização e equipamento. Esta metodologia foi adotada a partir das recomendações da OM & SPCI (2008), onde podemos encontrar uma grelha para avaliação do transporte secundário (Anexo 10), adaptada de Etxebarria et al., (1998), que foram os primeiros autores a desenvolver este particular *score* de risco no transporte inter-hospitalar de doentes, realizando um estudo que permitiu construir o *Risk score for transport patients* (Anexo 11) que comprovou a sua utilidade prática. Estes autores, preocupados com a gestão de recursos, procuraram restringir a utilização de profissionais de saúde, dos serviços de origem, apenas para os doentes que precisam de acompanhamento diferenciado de forma a prevenir/controlar complicações adicionais. Concluíram que o uso desta metodologia permite atribuir os recursos humanos e técnicos que são necessários para garantir a segurança do doente perante os riscos que um transporte secundário envolve, “Com esses recursos, a maioria das complicações podem ser solucionadas durante a transferência evitando a deterioração da condição clínica do doente” (Etxebarria et al., 1998, p. 17).

Após a pesquisa de evidência nesta área, realizamos uma análise crítica da referida grelha de avaliação de risco e concluímos que os parâmetros contemplados para cálculo do *score* estavam intimamente ligados a uma avaliação da condição clínica do adulto. Desta forma encontrámos uma abordagem pouco direcionada aos achados mais comuns e particulares do doente em idade pediátrica, nomeadamente no que respeita aos valores de frequência respiratória, estado hemodinâmico e estado neurológico. Na escala inicial, Etxebarria et al., (1998), contemplaram apenas a prematuridade no ponto 10 como parâmetro a considerar no caso da população pediátrica, parâmetro este que foi descartado pela grelha da OM & SPCI (2008), colocando o foco exclusivamente no adulto.

Com as recomendações de 2008 da OM & SPCI, algumas intuições hospitalares adotaram esta linha de pensamento, como foi o caso do Centro Hospitalar ao qual pertence o serviço de urgência pediátrica onde decorreu o estágio final, elaborando o Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico (Anexo 8), utilizado no serviço de urgência geral e na UUP. Com os resultados da aplicação das ferramentas do diagnóstico de situação, deste projeto de intervenção conseguimos comprovar e concluir a necessidade de adotar um procedimento para o planeamento do TIP adaptado às características diferenciadoras e particulares da população pediátrica com sensibilidade pelas várias etapas do desenvolvimento infantil.

No seguimento deste trabalho, optámos por seguir a mesma metodologia do referido procedimento, por um lado por estar comprovada a sua operacionalização e os seus benefícios elevando os níveis de qualidade dos cuidados na ótica da segurança do doente (adulto) e por outro lado por ser um método com o qual a equipa se encontrava já familiarizada no serviço. Desta forma procurámos realizar algumas configurações na escala da Avaliação para o Transporte Secundário (ATS) em utilização na UUP (Anexo 9) pertencente ao procedimento geral, na tentativa de responder às necessidades. Ao longo deste processo foi realizada uma pesquisa em periódicos indexados em bases de dados relativamente a ferramentas de planeamento para o TIP, no sentido de recolher o conhecimento científico mais atualizado e com potencial para provocar melhorias na nossa escala indo ao encontro do nosso objetivo. De entre os artigos analisados, selecionamos um estudo de Roland et al. (2016), intitulado *The Paediatric Observation Priority Score: A System to Aid Detection of Serious Illness and Assist in Safe Discharge*, onde foi desenhada e avaliada uma ferramenta de trabalho que consiste num método personalizado de determinação do nível de gravidade da condição clínica de uma criança/jovem, através de um sistema de pontuação observacional e fisiológico no atendimento em urgência/emergência pediátrica (Anexo 12). A *Paediatric Observation Priority Score* (POPS), teve por base evidências atuais e a experiência de médicos e de enfermeiros de emergências pediátrica no reconhecimento de crianças gravemente doentes, avaliando a criança em 8 domínios: saturação de oxigénio; estado de consciência; sinais de dificuldade respiratória; “pressentimento” do enfermeiro(a); antecedentes pessoais; frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e temperatura. O *National Health Service Litigation Authority* (NHSLA) do sistema de saúde em Inglaterra, que tem como principal missão promover a segurança dos doentes e profissionais de saúde, recomendou às intuições hospitalares a adoção de padrões de gestão de risco associados à deterioração da condição clínica dos doentes. Este facto motivou o *Lincolnshire Community Health Services* a adotar a POPS e a elaborar uma *guideline* para a sua utilização (Anexo 13), de forma a cumprir com as obrigações estabelecidas

pela NHSLA. Este facto revela a importância e o valor que esta nova abordagem tem em saúde infantil e pediatria.

Em analogia com a ATS, a POPS avalia os seus parâmetros com base numa pontuação de 0, 1 e 2, consoante os intervalos ou os critérios fisiológicos/observacionais onde a condição clínica da criança/jovem, que está a ser alvo de avaliação, se insere. Destas sub-pontuações obtemos um *score* total que determina posteriormente o nível de gravidade da criança/jovem ajudando a planear as intervenções. Esta particularidade técnica permitiu utilizar alguns dos parâmetros avaliados na POPS, como por exemplo os valores da frequência respiratória em pediatria em intervalos de idade, e enquadrá-los na ATS sem modificar a fórmula de cálculo. Todas as adaptações que foram realizadas tiveram em linha de conta as sugestões de melhoria recolhidas no questionário de diagnóstico de situação e do *feedback* de enfermeiros e alguns médicos que manifestaram as suas opiniões. Desta forma as principais modificações, além da FR, foram contemplados os valores de referencia em intervalos por idades da FC e da Tensão Arterial Sistólica (TAS) na determinação do estado hemodinâmico, a introdução da escala AVDS (A – alerta; V – reativo a estímulo verbal; D – reativo a estímulo doloroso; S – sem resposta a estímulos), que “permite uma avaliação rápida do estado neurológico e de consciência da criança” (Oliveira & Saraiva, 2017, p. 91), a introdução da doença crónica que em pediatria pode contribuir para agravar a condição clínica atual ou descompensar por esta, e voltámos a reintroduzir a avaliação da prematuridade no sentido de estender a ação da escala aos recém-nascidos. Ainda no que diz respeito à avaliação da prematuridade, entendemos alterar o limite mínimo de 1200g, como era contemplado na escala de Etxebarria et al., (1998) para 1500g como é defendido pela SPP, que considera “as crianças que nascem antes das 32 semanas ou com peso inferior a 1500 gramas (g)” as que apresentam maior gravidade pelo alto risco de aparecimento de sequelas de neurodesenvolvimento (Cunha et al., 2013, p. 2). Desta forma foi construída a escala de Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (ATIP) que constitui o IMPRESSO B (Apêndice 30) do GOPTIP.

Com a ATIP conseguimos disponibilizar uma ferramenta de planeamento que avalia a criança/jovem tendo por base os principais domínios definidos pela evidência científica e a opinião dos intervenientes no projeto de intervenção. Para completar a sua efetividade, foram estabelecidos quatro níveis de gravidade por ordem crescente e com base em cores de prioridade à semelhança de alguns sistemas de triagem (A – Verde; B – Amarelo; C – Laranja; D – Vermelho). A cada nível corresponde a tipologia do meio de transporte, da tripulação, da monitorização e equipamentos preferenciais. Comparativamente com a ATS, foi introduzido um nível intermédio (C – Laranja) uma

vez que numa política de gestão de recursos, indo ao encontro do referido na entrevista de diagnóstico de situação com o chefe de enfermagem, e tendo em conta as competências do EEESCJ, devemos colocar o enfermeiro certo com o doente certo. Desta forma o Nível B da ATS definido pela pontuação total no intervalo 3-6 (sem nenhum item com pontuação 2) foi subdividido na ATIP. Mantivemos a indicação que no intervalo 3–6 pontos (sem nenhum item com pontuação 2) a tripulação da equipa de transporte deve incluir um enfermeiro, no entanto passamos a considerar na ATIP que com uma pontuação igual a 3 (sem nenhum item com pontuação 2) a criança/jovem pode ser acompanhada pelo enfermeiro generalista enquanto que perante uma pontuação de 4–6 (sem nenhum item com pontuação 2) defendemos a desejável inclusão do EEESCJ para um acompanhamento mais diferenciado da criança/jovem. Outro aspeto a considerar, e que deverá estar sobejamente implícito é a formação de qualquer elemento da tripulação em SAVP, como é energicamente defendido pela OM & SPCI (2008). Para o Nível D mantivemos a mesma configuração em termos de pontuação, como acontecia na ATS, lembrando que este nível é o mais diferenciado exigindo a presença de um médico e desejavelmente um EEESCJ para o acompanhamento da criança/jovem determinado por uma pontuação total ≥ 7 ou < 7 com um item de pontuação 2.

Outro problema parcelar ao qual procuramos dar resposta foi a necessidade de previsão das complicações possíveis, de forma a prever os riscos de possíveis acidentes/complicações e tomadas medidas para a respetiva prevenção e posteriormente para servir de controlo de qualidade em auditorias. Neste sentido incluímos na parte II uma avaliação de riscos, que segundo a OM & SPCI (2008), consiste num processo dinâmico. As complicações durante o transporte podem por um lado ter origem em riscos associados à condição clínica da criança/jovem: incidentes fisiológicos cardiovasculares (instabilidade hemodinâmica) e incidentes fisiológicos respiratórios (dessaturação – hipóxia). Por outro lado, existem riscos associados à logística necessária (meio de transporte, equipa, monitorização e equipamentos). Todos estes aspetos são abordados com maior detalhe no GOPTIP onde foram adotadas algumas estratégias de prevenção destas complicações, como por exemplo a aplicação da mnemónica DOPES (D – Tubo endotraqueal **desconectado**; O – **obstrução** do tubo endotraqueal; P – Existência de **pneumotórax**; E – Falha do **equipamento**; S – tubo endotraqueal no **estômago**), utilizada por Azuero, Domínguez, & Calvo (2010), que pode ser empregue em casos de dessaturação de oxigénio, em crianças/jovens ventiladas, que permite a rápida identificação da causa subjacente. A estas estratégias associamos ainda o IMPRESSO C -*Checklist* pré-partida (Apêndice 31), de forma a ser assegurado que todos os aspetos importantes a planear para um transporte seguro da criança/jovem foram contemplados e estão garantidos. A utilização de listas de verificação (*Checklists*) nesta área surgiram em 2002 em Inglaterra implementadas pela ICS (*Intensive Care Society*) com o

objetivo de reduzir os riscos associados ao transporte, onde são verificados todos os aspetos necessários para a sua efetivação (OM & SPCI, 2008).

No final da Parte II do GOPTIP, foi criado um subcapítulo dedicado aos cuidados centrados na família. Onde defendemos que o transporte inter-hospitalar pediátrico deve centrar-se nas crianças sem negligenciar as necessidades dos seus familiares/pessoas significativas, em todo este processo que habitualmente constituem momentos de grande ansiedade e incertezas. Segundo, Masterson & Brenner (2016), os pais consideram ser de grande importância, a comunicação de informações atualizadas, pré-transferência, sobre a condição clínica dos seus filhos e a consciencialização das possíveis complicações durante a viagem.

A equipa responsável pelo planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico tem o dever de informar a família e de proporcionar o contacto direto com a criança/jovem em todo este processo. Para a OM & SPCI (2008), na verificação final pré-partida em qualquer transporte inter-hospitalar deve ser assegurado que os familiares ou representantes legais estão devidamente informados das razões da necessidade do transporte, nome do hospital e nome do serviço de destino. Tal como é defendido na Carta da Criança Hospitalizada, “As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão.” (International Association for Communication in Healthcare [EACH], 2009, p.16). Por outro lado sabemos por Berube, Fothergill-Bourbonnais, Thomas, & Moreau, (2014), que a ansiedade tem forte impacto na capacidade de processamento de informações dos pais, quando têm os filhos doentes. De forma a complementar a informação transmitida verbalmente, e como é defendido por Colville, Orr, & Gracey (2003), pode ser útil entregar um folheto informativo onde os familiares podem consultar a informação que não conseguiram reter. Este folheto informativo, que pode ser consultado no Apêndice 32, e foi elaborado de forma a ser visualmente apelativo, com linguagem simples e com um espaço de preenchimento com a identificação da equipa de transporte, identificação do hospital/serviço de destino assim como a morada e respetivos contactos.

O que procurámos deixar claro com esta abordagem foi a valorização do potencial dos pais no envolvimento dos cuidados e a possibilidade de serem dadas respostas, que satisfaçam as suas necessidades de informação permanente, com redução dos níveis de ansiedade, incerteza e insegurança.

Com a reunião de estratégias num novo guia de planeamento que possibilita equacionar os riscos de possíveis acidentes/complicações e tomadas de medidas preventivas assim como a

construção de ferramentas de avaliação de todo o processo, vimos potencial para estas servirem para o controlo de qualidade e auditoria. Deste modo na terceira parte do GOPTIP deixámos algumas sugestões acompanhando as recomendações já conhecidas da OM & SPCI (2008), que defendem a implementação de um programa de acompanhamento e auditoria ao transporte secundário de forma a garantir a qualidade e operacionalidade do planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico.

Partilhando da opinião da OM & SPCI (2008), o controlo de qualidade deve ser feito a partir da análise dos registos clínicos nos respetivos formulários, neste caso dos IMPRESSOS A, B e C. Importa clarificar que a auditoria deve incluir todas as fases do transporte: decisão, planeamento e efetivação. O GOPTIP contribui para analisar se os requisitos logísticos mínimos para a realização da transferência foram cumpridos de forma a garantir a segurança da criança/jovem e a qualidade dos cuidados.

Os resultados da auditoria devem ser relatados às entidades superiores (Diretor Clínico e Chefe de Enfermagem), para que sejam desenvolvidas as devidas correções. A OM & SPCI (2008), recomendam a existência de um sistema de acompanhamento e de auditoria local, onde os auditores devem socorrer-se de instrumentos de avaliação adequados (baseados em tabelas e em formulários de registo). Apenas desta forma é possível avaliar o nível de desempenho no respeito pelas boas práticas e implementar medidas corretivas.

O GOPTIP é encerrado na quarta parte onde tecemos algumas considerações finais, sobre as vantagens de seguirmos um planeamento sistematizado adaptado à realidade pediátrica, diminuindo os níveis de ansiedade, reduzindo a probabilidade de erro clínico elevando assim os níveis de qualidade em cuidados à criança/jovem doentes e família/pessoas significativas.

Os esquemas organizativos de transporte secundário são um caminho institucional a seguir. Reduzem as complicações inerentes aos riscos envolvidos no transporte de doentes e diminuem substancialmente a mortalidade e morbilidade (OM & SPCI, 2008).

2.2.3.2 Realizar uma sessão de formação sobre o planeamento do TIP e divulgar o GOPTIP

Com a construção do GOPTIP e para dar cumprimento ao segundo objetivo específico do projeto de intervenção em serviço, planeámos uma sessão de formação à equipa de enfermagem da UUP e do SI (Apêndice 33).

A sessão de formação foi marcada de acordo com a disponibilidade dos serviços, ficando agendada para um dia coincidente com outras apresentações no âmbito do plano de formação em serviço e foi divulgada para toda a equipa por intermédio da enfermeira responsável pela formação.

A apresentação foi elaborada com recurso ao programa PowerPoint® contando com 20 diapositivos e restantes hiperligações, que pode ser consultada no Apêndice 34, e foi reunida toda a documentação complementar para ser entregue aos formandos (Exemplares do GOPTIP, sessão de formação em papel e instrumentos de avaliação da sessão).

Realizámos um breve enquadramento teórico, complementado com pesquisa bibliográfica, sobre o planeamento do TIP, divulgámos o resultado do diagnóstico de situação realizado nos dois serviços, foi apresentada toda a estrutura do GOPTIP construída até ao momento e recolhidas mais opiniões, sugestões e críticas importantes para a realização de ajustes seguindo sempre um processo dinâmico. A forma como o GOPTIP foi construída possibilitou de forma simbiótica apresentar as fases do planeamento, presentes na evidência científica com os seus conteúdos e a sua operacionalização.

Durante a formação foi estabelecido um espaço para simulação de casos práticos no preenchimento dos impressos do GOPTIP. Esta simulação permitiu criar um ambiente de aprendizagem ativa. No final de cada simulação, o debate e aprofundamento possibilitou aos colegas refletir sobre a prática real dos cuidados e a forma como o GOPTIP pode ser utilizado para assistir e melhorar o planeamento do TIP no respetivo serviço. A experimentação, segundo Pimentel (2007), permite estabelecer a ligação entre a teoria e a prática, promovendo assim o desenvolvimento profissional. Este facto constituiu ainda uma oportunidade indispensável para a reunião de contributos na adaptação dos IMPRESSOS à prática em contexto real.

Aquando da realização do planeamento do projeto, equacionámos a dificuldade de ter a participação na formação de toda, ou grande parte da equipa de enfermagem do serviço como uma possível condicionante. No entanto esta limitação foi minimizada com a disponibilização de todos os materiais formativos e contactos para esclarecimento de dúvidas e recolha de sugestões. Por indisponibilidade do serviço não foi possível replicar a formação para outros elementos que não estiveram presentes.

No final da sessão foi entregue aos formandos um documento para avaliar a atividade formativa (Apêndice 14). Esta é uma estratégia essencial, intrínseca a qualquer processo de formação que nos permitiu medir os resultados e fazer uma análise crítica para imprimir melhorias em futuras

ações. Os resultados que podem ser consultados no Apêndice 35, mostram uma participação de 12 enfermeiros, incluindo o chefe de enfermagem e chefes de equipa, com uma atitude bastante participativa que motivou uma dinâmica de grupo, com momentos de “*brainstorming*”, onde foram encontradas formas de melhorar o processo com soluções alternativas e análise do impacto na prática real dos cuidados. Globalmente a ação de formação foi avaliada em 91,7% como totalmente satisfatória e foram tecidos vários comentários positivos, motivadores de reconhecimento do trabalho desenvolvido.

2.2.3.3 Avaliação do projeto

A avaliação do projeto constitui a última fase da metodologia de trabalho de projeto, no entanto este facto não significa que a avaliação é um momento pontual. A avaliação do nosso projeto de intervenção foi realizada com a consciencialização que estamos perante um processo de investigação altamente dinâmico exigindo uma avaliação permanente. Segundo Leite & Malpique (1989), a avaliação contínua é uma das características em metodologia de projeto permitindo analisar cada passo do processo e conseqüentemente a redefinição constante de objetivos, estratégias e resultados (Carvalho & Diogo, 2001). Esta avaliação contínua foi realizada com base nas várias discussões em equipa de trabalho, nos questionários de diagnóstico de situação e no debate, análise e avaliação da sessão de formação. Este tipo de avaliação é designada intermédia, é realizada simultaneamente com a fase de execução e segundo Castro & Ricardo (1993), oferece um momento introspetivo sobre o que foi construído até ao momento.

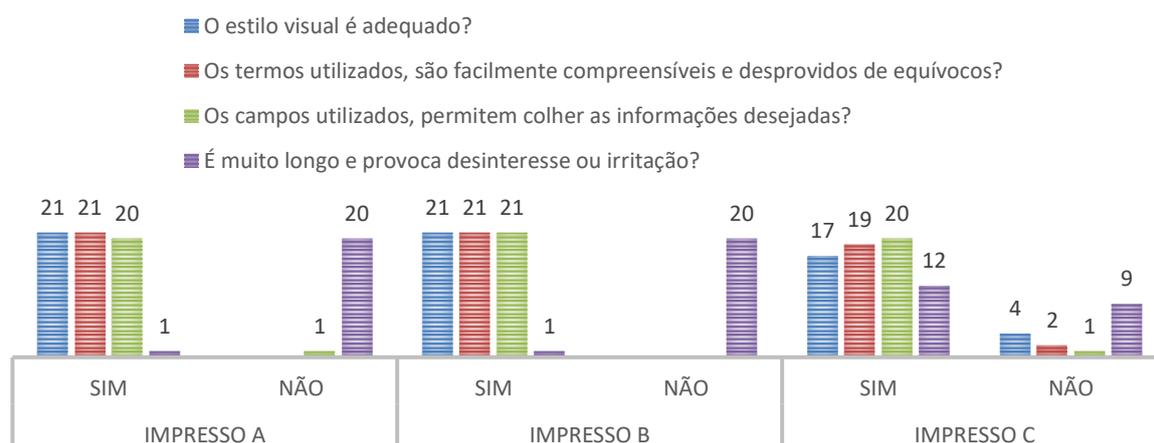
Ao longo da construção do GOPTIP e dos respetivos impressos, tivemos em conta a plasticidade técnica que a metodologia de projeto oferece na constante necessidade de resolução de problemas que surgem ao longo da sua execução. Por outro lado procurámos, desde o início, estabelecer um processo interativo com todos os elementos que de forma individual e livre aceitaram participar no projeto, sem a imposição de nenhum tema mas apresentando uma problemática diagnosticada, o que vai ao encontro do que é defendido por Ruivo et al. (2010) no que respeita aos aspetos pedagógicos do projeto.

Para além de uma avaliação contínua, a metodologia de trabalho de projeto pressupõe uma avaliação final do resultado obtido na tentativa de resolução do problema identificado de forma a ser eliminado ou minimizado. A avaliação global tem como finalidade avaliar o produto final (Leite & Malpique, 1989).

Na tentativa de continuar a encontrar respostas quer para dar continuidade a uma avaliação intermédia quer para chegar a uma avaliação global, e por impossibilidade do serviço de estabelecer um período de experimentação do GOPTIP em contexto real, foi elaborado um questionário de avaliação e aplicado à equipa de enfermagem da UUP e SI, após consentimento (Apêndice 19). Com questionário que podemos apreciar no Apêndice 36, recolhemos a opinião dos enfermeiros relativamente aos impressos com questões fechadas dicotómicas de sim ou não a cinco afirmações e uma questão aberta de resposta livre para registo de críticas e sugestões de melhoria dos impressos, numa primeira parte. Na segunda parte do questionário deixámos um caso clínico simulado para ser resolvido utilizando o IMPRESSO B de forma a serem determinados os requisitos mínimos em recursos humanos e materiais com base no nível de transferência determinado pela pontuação total da ATIP, assim como uma pergunta aberta para registo de dúvidas no preenchimento do IMPRESSO B.

Dos 40 questionários distribuídos pela equipa de enfermagem obtivemos 21 (52,5%) preenchidos. No que diz respeito à avaliação crítica dos três impressos (IMPRESSO A – Avaliação da condição clínica da criança/jovem; IMPRESSO B – Avaliação para o transporte inter-hospitalar pediátrico; IMPRESSO C – *Checklist* pré-partida), podemos visualizar os resultados no gráfico 11.

Gráfico 11 - Avaliação dos IMPRESSOS



Com a análise destes dados concluímos que as respostas relativamente ao IMPRESSO A e B foram consensuais, revelando que os inquiridos apreciaram estas ferramentas de planeamento de uma forma bastante positiva. Por outro lado, a *Checklist* Pré-partida foi o impresso com maiores críticas pelos inquiridos que manifestaram a sua opinião na questão aberta (Apêndice 37) e mostraram maior discordância nas questões de resposta fechada. O IMPRESSO C foi considerado muito longo provocando desinteresse no seu preenchimento com demasiada informação, embora a grande maioria

(20 inquiridos), considerassem que os campos utilizados permitiam colher a informação desejada. Esta avaliação motivou a reformulação de alguns aspetos estruturais e de conteúdo do referido impresso cuja estrutura inicial pode ser analisada no Apêndice 38 e o resultado final no Apêndice 31.

O caso clínico para a simulação do preenchimento do IMPRESSO B foi pensado em conjunto com a enfermeira orientadora de forma a incluir uma situação o mais semelhante possível com um possível contexto real. Foram disponibilizados ao longo do texto descritivo os dados necessários para a aplicação do impresso. Desta forma procurámos avaliar se perante o mesmo caso os inquiridos respondiam de forma igual ou diferente em termos de atribuição de uma pontuação total e consequentemente de um nível de transferência, dados estes que podemos visualizar no gráfico 12 e 13 respetivamente.

Gráfico 12 - Total de Pontos

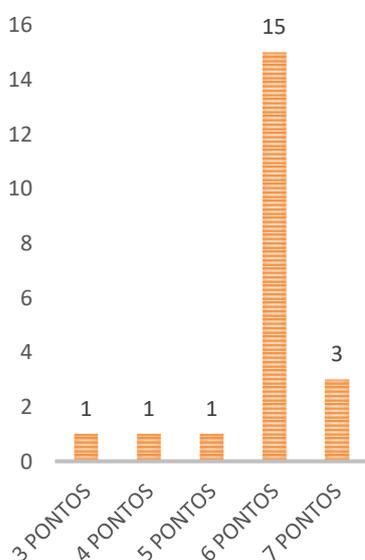
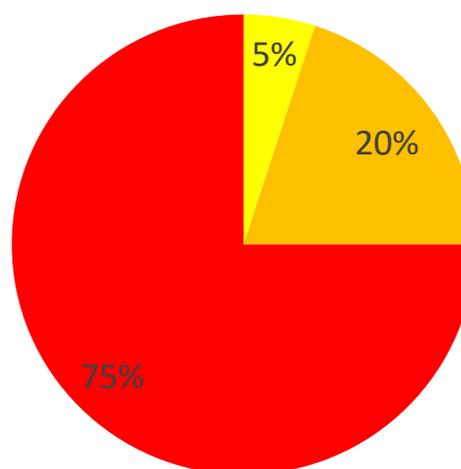


Gráfico 13 - Nível de Transferência



Pela análise do gráfico 12 podemos apreciar que 15 (71,4%) enfermeiros inquiridos que preencheram a ATIP (IMPRESSO B) chegaram a um resultado final de 6 pontos. Olhando para a ATIP ao intervalo de pontos entre 4-6 corresponde um nível de transferência C (Laranja), no entanto pela análise do gráfico 13 podemos verificar uma maior percentagem para o nível D (vermelho) do que em relação ao nível C (laranja) este facto está relacionado com uma ressalva importante da ATIP aquando da atribuição do nível D (vermelho). Este último nível mais diferenciado é atribuído no caso de termos uma pontuação total igual ou superior a 7 ou com uma pontuação inferior a 7 caso um dos 11 itens

seja classificado com pontuação 2. Desta forma podemos inferir que 3 dos 15 enfermeiros que obtiveram uma pontuação total de 6 pontos, não classificaram por um lado nenhum item com pontuação 2 ou por outro lado negligenciaram esta ressalva por falta de atenção. Este resultado final de 6 pontos com atribuição do nível D vermelho coincidiu com o resultado espetável para o caso clínico apresentado.

O resultado final de 75% de consensualidade para o nível D (Vermelho), numa amostra pouco representativa da população alvo não permite com grande evidência retirar conclusões fidedignas. Por outro lado, foi analisado apenas um caso clínico que pode não permitir avaliar integralmente as possíveis falhas da escala em apreciação. Existem obviamente inúmeras limitações, no entanto retirámos um pequeno exemplo da forma como a ATIP pode ser utilizada e do seu potencial para futuros projetos. Importa lembrar que o IMPRESSO B foi elaborado de forma a manter o mesmo padrão funcional das fontes que permitiram a sua construção, de forma a eliminar possíveis desvios. Obviamente surge a necessidade de realizar uma validação de nível superior, mais alargada, utilizando outro tipo de metodologias de investigação.

A estratégia apresentada permitiu o cumprimento do terceiro objetivo específico deste projeto de intervenção em serviço: avaliar a aplicabilidade do guia orientador de planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico depois de ser validado pela equipa.

Podemos concluir que o GOPTIP foi maioritariamente aceite pela equipa. O *feedback* manifestado pelo chefe de serviço, enfermeira orientadora, por dois chefes de equipa e pelas duas enfermeiras responsáveis pela área do transporte secundário da criança/jovem foi verbalizado numa breve reunião informal realizada após a sessão de formação sobre o GOPTIP. Além disso foi redigida à posteriori uma declaração pelo chefe de enfermagem e pela enfermeira responsável pela formação (Anexo 14) que atesta por escrito a opinião sobre este projeto de intervenção. Segundo Ruivo et al. (2010), apesar da avaliação de um projeto ser necessariamente objetiva, é importante que todos os participantes possam manifestar as suas apreciações, desta forma, estiveram reunidas as condições ideais, onde cada elemento deu um parecer bastante positivo com elevada satisfação e inclusivamente, segundo o chefe de enfermagem, com superação das expectativas iniciais. Foram colocadas na mesa várias propostas para se avançar com a construção de um procedimento de serviço, inserido no plano de ação da UUP/SI, tendo por base o GOPTIP acrescentando as fases de decisão e execução do transporte, incluindo um impresso de registo das intervenções e ocorrências durante o transporte, trabalho este ao

qual foi dada garantia da sua continuidade pelas enfermeiras responsáveis e dinamizadoras desta área de intervenção.

2.2.4 Revisão integrativa da literatura – Presença Parental no TIP

Ao longo do Estágio Final tivemos a oportunidade de estabelecer várias pontes com o tema do transporte inter-hospitalar pediátrico apreciando as suas potencialidades organizativas que permitem fazer desta atividade um dos elementos chave na cadeia de sobrevivência do neonato e da criança/jovem, garantindo o acesso desta população aos melhores cuidados de saúde possíveis. No entanto, como em todos os serviços podem surgir algumas problemáticas e o TIP não é exceção.

Associado ao transporte inter-hospitalar pediátrico, existe um elemento desestabilizador e fonte de angústia e *stress* familiar, relacionado com a questão da separação entre os pais e filhos e que vai ao encontro da opinião de (Lewis, Holditch-Davis, & Brunssen, 1997). Esta problemática foi abordada durante uma sessão interativa no último dia do IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico, onde as equipas de transporte do SEM-VH e do TIP-CHLN lançaram para debate algumas problemáticas para as quais ainda não existe uma prática consensual, nomeadamente e entre muitas outras, surgiu a questão da presença dos pais como acompanhantes durante o transporte. Foi discutida a ausência de legislação específica na Península Ibérica e os possíveis critérios da permissão/não permissão dos pais de acompanharem os seus filhos: estado emocional, gravidade do doente e segurança da equipa. Foi referido que, em Portugal é reconhecido na Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, que todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a um acompanhante, no entanto não existe alusão ao pré-hospitalar. Por outro lado, na Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, as crianças, com idade até 18 anos, têm direito a acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou pessoa significativa, quando internada. No entanto as equipas profissionais de transporte neonatal e pediátrico mostraram ter presente, que a criança tem o direito à não separação dos seus pais, como é clarificado no Artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989), e como tal procuram minimizar a angústia de separação utilizando algumas estratégias e guiando-se por critérios que variam de equipa para equipa.

Na prática esta problemática foi observada em primeiro plano, durante o estágio na Ambulância TIP sediada na UCIPed. Presenciamos as constantes solicitações das famílias,

principalmente os pais das crianças/jovens, para acompanharem os seus filhos na ambulância e as limitações na aceitação destes pedidos. Tivemos oportunidade de debater este assunto entre equipa durante a realização das transferências inter-hospitalares e apesar dos elementos da equipa em geral se esforçarem em ajudar os pais de forma a reduzir os seus níveis de ansiedade, não existia uma opinião consensual sobre a permissão da sua presença durante a viagem, notando-se alguma renitência dos profissionais a esta possibilidade, sem apresentarem possíveis vantagens. Durante a elaboração do GOPTIP, nomeadamente no espaço dedicado aos cuidados centrados na família, sentimos algumas lacunas em conhecimento científico para responder a esta questão de forma a darmos orientações relativamente a critérios a considerar quando se avalia a possibilidade de permitir a presença dos pais durante o transporte.

Com base neste diagnóstico de situação que oportunamente surgiu ao longo do percurso formativo, sentimos necessidade de pesquisar resultados da prática clínica baseada na evidência, no sentido de conhecermos as vantagens/desvantagens da presença parental no TIP na perspetiva das famílias e das equipas de transporte, o que motivou a realização de uma revisão integrativa da literatura (Apêndice 39), com o título: “Posso acompanhar? – Presença dos pais durante o transporte inter-hospitalar pediátrico. Segundo LoBiondo-Wood & Haber, (2017), a qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente está dependente do desafio na procura constante de conhecimento científico, utilizando os resultados da pesquisa da prática baseada na evidência. Foi com esta abordagem que procurámos reunir contributos para assistir a decisão da presença parental no transporte, com base na melhor e mais atual evidência sobre o tema. Para Galvão, Sawada, Amélia, & Mendes (2003), a tentativa de resolução de problemas do contexto real dos cuidados requer mestria na associação de resultados obtidos pela evidência científica, o que proporciona por outro lado uma oportunidade para o desenvolvimento desta competência.

Na procura, avaliação e síntese da evidência disponível sobre a presença dos pais como acompanhantes durante o TIP, utilizámos o método de revisão integrativa da literatura. Segundo (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008), a revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a síntese de todo o tipo de estudos, independentemente da metodologia, permitindo retirar conclusões gerais de uma determinada área de investigação.

A nossa revisão integrativa foi elaborada com base no protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e através da pesquisa de estudos nas bases de dados EBSCO e PubMed nos últimos 20 anos. Por sua vez a análise dos resultados seguiu os princípios do modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for*

Systematic Reviews and Meta-Analyses) através do qual foram selecionados 7 artigos. Os estudos sugeriram que a presença parental tem impactos positivos sobre a angústia de separação, no entanto, nem sempre estão reunidas condições para incluir os pais como passageiros, nomeadamente devido ao espaço físico limitado do meio de transporte, do desconhecimento de procedimentos de segurança e da possibilidade de o estado emocional dos pais interferirem nos cuidados à criança/jovem. Concluímos que a opinião das equipas sobre a presença dos pais durante o transporte é pouco consensual e que os pais expressam uma forte necessidade de envolvimento no processo de transporte, facto este que já tínhamos presenciado pontualmente em contexto real.

Entre as maiores limitações da nossa revisão consideramos um espaço temporal de pesquisa dos estudos bastante alargado, influenciado pela escassez de literatura atual sobre a temática e por outro lado para incluir publicações pioneiras na resposta à questão de revisão. Por outro lado trabalhámos com artigos com níveis de evidência baixos que de acordo com o JBI eram todos de nível 4.b. (JBI, 2015), facto este que limitou de alguma forma a realização de uma revisão integrativa ao invés de uma sistemática, de forma a ampliarmos o leque de possibilidades na abordagem da problemática em questão. A revisão sistemática inclui estudos de pesquisa experimental, originais e de grande rigor metodológico (Rother, 2007). Tendo em consideração esta premissa, o tipo e evidência dos estudos encontrados, optámos pela revisão integrativa, que também constitui um dos “pilares da prática baseada em evidência” (Rother, 2007, p. 10).

Apesar destas limitações, foi possível apreciar um conjunto de vantagens e desvantagens da presença parental durante o transporte inter-hospitalar pediátrico, que podem servir no futuro, como orientação para as equipas de transporte ponderarem a permissão da presença dos pais como acompanhantes.

A revisão confirmou a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos sobre esta questão. A nível nacional, percebemos que está presente na perspetiva das equipas uma especial preocupação com os direitos da criança, importando por isso, na nossa opinião, descrever e analisar em Portugal as atuais políticas e práticas relativamente à inclusão da presença parental no transporte inter-hospitalar pediátrico.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS INERENTES AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE

A trajetória formativa percorrida numa sequência de estágios articulados entre si e direcionados para áreas de atuação diferenciadas em diferentes contextos, permitiu assim, o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESCJ para a complexa abordagem da criança/jovem e suas famílias, numa perspetiva holística, científica e personalizada.

As competências, por definição, provêm da aquisição de conjuntos de conhecimentos que elevam a interpretação, compreensão e resolução de problemas a outro nível (Porto Editora, 2014), neste caso do enfermeiro, ajudando-o a ultrapassar dificuldades e a desenvolver a sua cognição e a posicioná-lo com uma atitude mais favorável a novas aprendizagens. Le Boterf (2003), entende a competência como a capacidade que o indivíduo manifesta na gestão eficaz de uma situação profissionalmente complexa, entendendo-se esta capacidade no campo do saber fazer e do saber ser/estar. O enfermeiro deve por isso, desenvolver estratégias nos vários contextos da sua prática utilizando as suas competências perante eventos de maior complexidade da sua área de especialidade. Através da competência especializada o enfermeiro consegue mobilizar os seus novos conhecimentos, de uma forma íntegra e equilibrada, tornando a sua atitude e capacidade de pensar adaptada a cenários mais exigentes (Le Boterf, 2003).

Neste âmbito, o modelo de prática reflexiva surge como autoincentivo intelectual para explorar as experiências realizadas e concretizar uma nova compreensão das competências adquiridas para serem integradas em crenças e normas de conduta (MacFarlane, 1998). Refletir em enfermagem é uma ferramenta indispensável para alargar o corpo de conhecimentos integrados na prática, assumindo maior vigor em contexto de estágio, permitindo fazer a ponte entre os conhecimentos teóricos adquiridos com momentos de tomada de decisão na prática real dos cuidados (Nuno Peixoto & Tiago Peixoto 2016).

O estágio é de extrema importância para o desenvolvimento da perícia e habilidade profissional fundamentados em conhecimento científico da disciplina de enfermagem. Esta premissa é defendida por Benner (2005), que considera a prática real como um palco para o desenvolvimento de conhecimento clínico e um processo responsabilizante na aquisição de experiência. No entanto, sem reflexão da ação seria impossível possibilitar uma mudança na prática (Collière, 2003). O processo

de cuidar exige pensamento crítico após a realização de estudos em investigação ação, para serem construídos novos significados (Watson, 2002). Segundo Johns (2004), refletir sobre as intervenções deve ser um ato espontâneo, e quando realizado metodicamente, leva à formulação de novas perspectivas.

Perante este contexto e de forma a evidenciarmos capacidade de reflexão crítica relativamente às competências adquiridas e desenvolvidas, dedicámos a terceira parte do presente relatório à análise deste processo, que complementa a descrição e análise crítica dos objetivos, atividades e intervenções inerentes ao EEESCJ, desenvolvidas nos estágios. No decorrer da prática clínica guiada pelas orientações, normas e em obediência à conduta disciplinar da Enfermagem, inseridos na área de saúde infantil e pediátrica, adquirimos e desenvolvemos competências comuns do enfermeiro especialista e competências de Mestre.

3.1 Desenvolvimento das Competência comuns do Enfermeiros Especialista

A Enfermagem como disciplina foi alvo da evolução em termos pedagógicos e do progresso contínuo em matéria de cuidados de saúde, que imprimiu uma gradual complexidade de atuação, aumentando o leque de possibilidades e estratégias especializadas, em virtude de proporcionar ganhos sociais consideráveis em qualidade de vida (Amendoeira, 2009). O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros reconhece que este progresso “torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde...” (OE, 2015, p. 97).

A Enfermagem profissionalizante ganhou assim o reconhecimento social pela sua intervenção autónoma estruturando-se em vários ciclos de estudos: formação pré-graduada (licenciatura), formação pós-graduada (Especialidade), Mestrado e Doutoramento (Amendoeira, 2009).

Deste modo é facilmente compreensível a importância da especialização em enfermagem de forma a estarmos capacitados para atuar em ambientes complexos e altamente diferenciados de cuidados de saúde. Cumprindo o ciclo de estudos, o enfermeiro de cuidados gerais aprofunda os seus domínios de competência numa determinada área de especialidade. Todos os enfermeiros

especialistas têm em comum um grupo de competências partilhadas aplicadas a cuidados de saúde primários secundários e terciários (OE, 2010a). Além disso destaca-se pela sua vertente educativa/formativa, orientação, aconselhamento, liderança e profunda contribuição para a evolução da profissão com base na investigação científica (OE, 2010a)

As competências comuns do enfermeiro especialista são enquadradas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal requer em primeiro lugar um conhecimento sustentado nos pilares da disciplina. Estes conhecimentos foram construídos ao longo de todo o percurso formativo e aprofundados no curso de mestrado em associação, onde tivemos a oportunidade de rever, diplomas, conceitos, regras e normas e conduta, nomeadamente na unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem.

A tomada de decisão é indissociável do pensamento ético e deontológico e determina uma prática segura. Ao longo dos ensinamentos clínicos atuamos em consciência destes pressupostos, avaliando sempre a criança/jovem e família de uma forma sistemática e aplicando com ponderação as intervenções ajustadas às suas necessidades e preferências. A realização do EC no Estágio I assim como todas as tomadas de decisão, guiadas mentalmente pelo processo de enfermagem no Estágio Final são exemplos da forma como em parceria com o doente tentámos resolver os seus problemas específicos, utilizando um leque alargado de opções. Tivemos consciência que este processo metodológico é a base da nossa autonomia da prática clínica, no julgamento a nível individual ou em equipa.

A compreensão da responsabilidade ética e deontológica diz respeito a todos os enfermeiros, tem uma função vinculativa, normativa e constitui um dos alicerces da sua prática (Nunes et al., 2005). Refletir sobre a prática com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados deve ter como ponto de partida o respeito pelos direitos dos cidadãos e a consciencialização do efeito que as nossas ações podem provocar no doente. Durante o ensino clínico tivemos sempre presente em qualquer contexto que o julgamento e a tomada de decisão podem afetar significativamente a vida da criança/jovem e família que têm o direito de receber cuidados de excelência, como tal, foi tomado em linha de conta

um juízo deontológico no cumprimento dos nossos deveres. Estes deveres “emergem em ligação à moral profissional e ao direito” (Nunes et al., 2005, p. 10). Desta forma, enquadrando conhecimentos jurídicos, nomeadamente o primado do Ser Humano (princípio da autonomia, justiça e beneficência), e normas de conduta adequadas, promovemos um exercício profissional suportado em decisões, princípios, valores e normas deontológicas.

O acompanhamento dos estágios sob orientação de um enfermeiro especialista da área de especialidade e com responsabilidades acrescidas de chefia de equipa, proporcionou a apreciação do seu papel de consultor. No estágio da UUP a enfermeira chefe de turno é o elemento de referência para em conjunto com a equipa multidisciplinar dar respostas fundamentadas a questões eticamente mais complexas e avaliar o resultado das suas decisões. Ao acompanhar estes comportamentos implícitos, percebidos de forma não verbal, tentámos absorver conscientemente este processo para o aplicarmos no futuro.

O princípio geral que exige respeito pelos direitos humanos presente na alínea b) do ponto 2 do Artigo 78.º de código deontológico do enfermeiro (Nunes et al., 2005) foi cumprido com uma postura de defesa destes direitos. Inseridos numa área de especialidade onde o foco do cuidar está assente no binómio criança/jovem e família, procurámos atender aos direitos da criança para um atendimento mais humanizado indo ao encontro das indicações do IAC que no nosso país promovem a concretização dos direitos emanados pela convenção dos direitos da criança (IAC, 2009). Perante a temática do transporte inter-hospitalar pediátrico, procurámos respeitar e alertar para o direito que a criança tem à não separação com os seus pais, como é clarificado no Artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989), quer na construção do GOPTIP quer na realização da revisão integrativa da literatura. Procurámos por outro lado promover o acesso dos familiares/pessoa significativa à informação sobre a condição clínica da criança e por outro lado protegemos a confidencialidade e a segurança dos dados. Primámos pelo respeito à privacidade e pelos valores e diversidade cultural. São exemplos disso a promoção da privacidade do adolescente na consulta de planeamento de saúde infantil e juvenil desenvolvida no Estágio I assim como o respeito pela autodeterminação e escolhas quer da família quer das crianças. Em várias ocasiões durante os ensinamentos clínicos nos deparamos com costumes e valores culturais diferentes, nomeadamente perante uma forte comunidade de etnia cigana durante o estágio na UUP, diferenças estas que foram aceites e respeitadas.

O direito à privacidade, confidencialidade e autodeterminação dos pares foi igualmente assegurado durante as fases do projeto de intervenção em serviço, onde garantimos o anonimato, recolhemos consentimentos e autorizações, no âmbito da investigação-ação.

Reconhecemos a necessidade de participar ativamente, seguindo a linha de investigação “segurança da criança e qualidade de vida”, na promoção de práticas de cuidados isentas de risco com enfoque na promoção da segurança, recorrendo a competências especializadas de forma a adotar medidas preventivas. Podemos dar como exemplo a identificação de ações antecipatórias a adotar especificamente no planeamento do TIP prevenido assim acidentes/complicações. O mesmo se aplica aos cuidados na UCIPed onde continuamente recolhíamos e analisávamos sinais hemodinâmicos com a finalidade de aumentar a segurança antecipando instabilidade fisiológica que poderia culminar numa paragem cardiorrespiratória.

3.1.2 Domínio da melhoria da qualidade

A melhoria dos cuidados de enfermagem é o resultado da definição dos padrões de qualidade pela Ordem dos Enfermeiros, que exige a constante implementação de sistemas de melhoria do exercício profissional (OE, 2001). Esta premissa deve por outro lado ser seguida pelas instituições de saúde e pela própria ordem profissional, assumindo-se um caminho multiprofissional organizado, simbiótico e interdependente. A satisfação das necessidades da comunidade em cuidados de saúde e a satisfação profissional com acesso a recursos adequados devem ser abordadas em paralelo.

Colaborámos em todos os campos de estágio na participação, conceção e concretização de projetos com planeamentos mais ou menos complexos na área da qualidade. Podemos dar como exemplo o desenvolvimento de uma ação de formação em SAVP na USF com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde, que participaram, a melhorar a sua performance no que diz respeito ao cumprimento do protocolo em reanimação e ao manuseamento do monitor desfibrilhador. Colaborámos na mesma USF no cumprimento do registo de dados e avaliações de enfermagem referentes aos indicadores de qualidade definidos institucionalmente e o mesmo aconteceu na UUP, nomeadamente na apreciação do indicador de avaliação/reavaliação da dor na criança/jovem.

A análise e planeamento estratégico para a construção do GOPTIP teve por base a promoção da segurança do doente em idade pediátrica que constitui um dos pilares da qualidade dos cuidados

de saúde. Partimos de uma avaliação diagnóstica de possíveis falhas com comprometimento da qualidade numa área específica e com base nesses resultados procurámos conceber um projeto para eliminar ou minimizar a problemática identificada. Promovemos assim um esquema dinamizador organizativo, na área do transporte secundário que impulsionou a construção de um caminho, fundamentado em conhecimentos avançados e diretivas de forma a alcançar possíveis ganhos em qualidade dos cuidados prestados. O GOPTIP foi elaborado de forma a ser adaptado a um procedimento de serviço potenciando a sua utilização no enquadramento do manual de acreditação do serviço. Conseguimos, identificar oportunidades estabelecer prioridades e selecionar estratégias de melhoria culminando com a elaboração de um guia orientador de boas práticas no planeamento do TIP. Além disso foram previstos indicadores para medição da qualidade, como por exemplo a determinação dos recursos humanos e materiais mínimos a partir de uma classificação em 4 níveis e uma lista de verificação para confirmar o cumprimento destes requisitos, que podem ser utilizados para auditar o processo. Importa referir que este projeto de melhoria foi liderado por uma equipa de trabalho e nunca de forma individual.

No que respeita à gestão do risco em saúde, sabemos que a adoção desta metodologia fundamentada pela OMS e adotada por vários países como Portugal, contribuiu em larga escala na redução dos eventos ou circunstâncias com potencial para causar dano ao doente (Susana & Trindade, 2011). Assumimos esta responsabilidade ao longo da componente de estágio reunindo esforços para a promoção e aplicação de medidas de prevenção de incidentes. Estas medidas envolveram a prevenção de riscos ambientais, organizando ergonomicamente o posto de trabalho e planeando mentalmente as intervenções de forma a prevenir riscos ambientais e a reduzir a probabilidade de erro humano. Podemos dar o exemplo da administração terapêutica tendo por base as orientações da DGS no que respeita à segurança na administração da medicação, aconselhando a utilização dos “9 certos na administração segura de medicamentos”. Além disso participámos na manutenção e implementação de medidas preventivas protocoladas na prevenção e controlo da infeção, nomeadamente no cumprimento das orientações de boas práticas para a higiene das mãos nas unidades de saúde, de acordo com o modelo proposto pela OMS e adotado pela DGS: “cinco momentos” (DGS, 2010a).

Durante o estágio na UCIPed tivemos ainda a oportunidade de participar na operacionalização do Sistema de Relato de Incidentes (SRI), o que permitiu desenvolver um mecanismo formal na participação de incidentes. Este sistema, segundo Susana & Trindade (2011, p. 18), tem como objetivo

“promover a comunicação sistemática de incidentes e a analisar fatores contributivos, com vista à definição de um plano de melhoria de forma a prevenir a sua ocorrência”.

Aprendemos que não existe ambiente terapêutico sem antes patentearmos a gestão do risco. Com esta linha de ação interdependente foi possível criar no meio envolvente condições para o bem estar físico, psicossocial cultural e espiritual da criança/jovem e sua família. Ambiente este facilitador do vínculo enfermeiro-doente, conquistando a colaboração na aquisição de comportamentos e hábitos de vida saudáveis. O sucesso terapêutico é o reflexo da sensibilidade que o enfermeiro demonstra no respeito pelas características culturais e necessidades individuais de cada sistema familiar.

3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados aparece como um domínio inerente ao enfermeiro especialista e tem acompanhado a evolução da enfermagem como disciplina. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2000), a enfermagem deve assumir uma parte de responsabilidade na gestão das instituições de saúde, contribuindo para a sua sobrevivência, manutenção e sucesso. Adotando um papel de liderança o enfermeiro especialista procura gerir os cuidados no âmbito da sua intervenção, “otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2010a).

A liderança associada à gestão foi experienciada sob a orientação das enfermeiras orientadoras ao longo dos três campos de estágio, que oportunamente e coincidentemente acumulavam funções de chefia de equipa e em associação funções na gestão de cuidados. Na UUP e na UCIPed ficou claro o papel que o enfermeiro chefe de equipa tem na assessoria dos colegas de trabalho como elementos que decidem ou “desempatam” deliberações técnicas com base nas melhores soluções possíveis, mas também reconhecem as suas limitações. Em contexto de estágio não foi possível nem oportuno orientar decisões a este nível, pelo nível de competência e responsabilidade exigida, no entanto acompanhamos a supervisão de tarefas e a avaliação da qualidade e segurança desses cuidados.

Deparámo-nos, em ambos os contextos do estágio final, com serviços cujas características em termos de diferenciação na prestação de cuidados de saúde no âmbito da urgência/emergência,

exigem recursos humanos e materiais suficientes para alcançar os resultados esperados e com qualidade. Na UUP, assim como em alguns turnos na UCIPed, verificámos que muitas vezes o número de enfermeiros por turno era insuficiente para as necessidades, tendo por base a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 533/2014 de 2 de Dezembro da Ordem dos Enfermeiros, 2014). Sabemos, segundo a OE & ICN (2015, p. 12) que “os enfermeiros são uma força vital para a prestação de cuidados de qualidade em tempos difíceis, ajudando o sistema a ser mais eficiente e a ter cuidados eficazes.” No entanto segundo a Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] & European Observatory on Health Systems and Policies (2017), até ao ano de 2015 o número de enfermeiros em Portugal por 1000 habitantes era de 6,3, significativamente inferior à média da União Europeia de 8,4 enfermeiros por 1000 habitantes. Associado a estas dotações inseguras e com o aumento da carga de trabalho (Duffield et al., 2011), os hospitais com dotações insuficientes de enfermeiros enfrentam taxas de mortalidade mais elevadas (Aiken et al., 2014). Estes aspetos alarmantes colocam forte pressão na liderança e gestão de recursos, tentámos por isso ao longo dos ensinamentos clínicos, participar com a enfermeira chefe de turno a otimizar o trabalho da equipa, distribuindo os enfermeiros pelos postos de trabalho segundo o seu nível de experiência. Inclusivamente estes recursos eram negociados entre equipa médica e de enfermagem de forma a organizar a prestação de cuidados com a colaboração de outros elementos da equipa multiprofissional com funções delegadas. Associado a esta otimização surgia muitas vezes a necessidade de motivar a equipa, adaptando-se as estratégias à maturidade dos enfermeiros da equipa de turno.

Este domínio do Enfermeiro Especialista, que se pode associar ao da melhoria da qualidade, numa conjuntura pobre em dotações seguras, com fortes políticas em contenção de custos e ao mesmo tempo a exigir programas de certificação da qualidade nos serviços, demonstrou ser altamente exigente e difícil de alcançar a curto prazo.

3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A enfermagem é uma área indispensável para a saúde onde os seus cuidados são primordiais para promover a qualidade de vida das pessoas em qualquer etapa do ciclo vital. Perante uma sociedade em constante mutação os enfermeiros devem acompanhar a evolução do conhecimento científico procurando adotar sempre as melhores práticas (Amendoeira, 2009).

Embora as aprendizagens académicas que tivemos oportunidade de desenvolver em teoria, o processo de aquisição de competências na prática foi complementado com base na procura do autoconhecimento e no estabelecimento de relações, organizacionais, profissionais e terapêuticas assertivas.

A maturidade profissional conseguida durante os ensinamentos clínicos foi forjada a partir desta atitude, onde por um lado conseguimos perceber o nosso potencial de influência na relação com os outros, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para os ganhos em saúde e por outro conhecer os nossos limites pessoais e profissionais. A grande diversidade e complexidade de estágios em realidades geográficas diferentes, desde a USF até à Ambulância TIP, exigiu uma constante adaptação a nível individual e organizacional. Esta componente foi altamente exigente e teve um forte impacto na gestão de sentimentos e emoções, no entanto aprendemos a atuar sob pressão. Após a fase de adaptação em qualquer estágio, o desenvolvimento da auto e hetero-perceção facilitou a identificação de possíveis situações adversas que poderiam influenciar a relação com a criança/jovem e famílias. Ao refletirmos sobre o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, é possível inferir que usufruímos de uma construção pessoal e profissional que pode ser no futuro extremamente útil na resolução de conflitos internos e externos.

As competências e o desempenho de qualidade apenas é conquistado com base na procura da excelência. Este ímpeto possibilita a ampliação de conhecimentos, quer em contexto académico quer em contexto profissional, e é responsável pela conquista gradual de autonomia e pela obtenção de maiores ganhos em saúde na comunidade (Fonseca, 2015). Seguindo a alínea c) do artigo 88º do Código Deontológico do enfermeiro, a formação permanente na enfermagem com consequente atualização contínua de conhecimentos é considerado um dever (Nunes et al., 2005). Partindo deste dever, que constitui na verdade quase que uma necessidade inata e fundamental para o crescimento pessoal e profissional, procurámos basear a nossa prática em padrões de conhecimento do estado da arte, credíveis e atualizados de forma a auxiliar as aprendizagens e a guiar os momentos de investigação. Este facto motivou a realização pessoal do IV curso de transporte neonatal pediátrico, da participação na II reunião de enfermagem de cuidados intensivos pediátricos e no seminário sobre o impacto da dependência das novas tecnologias na infância.

No estágio em USF e na UPP atuámos como formadores em contexto de trabalho de uma forma formal, partindo de um diagnóstico situacional, planeamento, realização e avaliação de sessões de educação para a saúde na comunidade e ações de formação em serviço aos profissionais. Por outro

lado, esteve sempre presente ao longo dos vários contextos de estágio a necessidade de promover hábitos de vida saudáveis e comportamentos adequados através de uma formação com formato mais flexível e atendendo às necessidades particulares da criança/jovem e família a quem prestávamos cuidados. Relativamente aos conteúdos formativos abordados (SAVP e TIP), aplicados aos enfermeiros, e consequentes resultados de avaliação, que já foram apresentados neste relatório, cremos que contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento de competências e habilidades dos colegas.

O projeto de intervenção em serviço no estágio final, cujo resultado final foi a construção do GOPTIP, assim como a elaboração de uma revisão sistemática da literatura, relativa ao tema da presença parental no TIP, partiu da identificação de vazios no conhecimento e exigiu a realização de estudos de investigação. Foram sem dúvida duas oportunidades de investigação que permitiram anexar novos contributos no contexto da prática clínica, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida e segurança da criança/jovem e sua família. Esta consciencialização parte do *feedback* e dos resultados positivos e consensuais nas avaliações do projeto de intervenção, cujos resultados ao serem divulgados, foram apreciados pelos enfermeiros da UUP/SI, incluindo as chefias que transmitiram confiança na evidência dos dados e admitiram o potencial do GOPTIP para o desenvolvimento da enfermagem na área do TIP.

Para alcançarmos uma prática especializada temos consciência que é obrigatório construir bases com conhecimentos consistentes. Esta construção é gradual, aliada à investigação-ação e inevitavelmente ao tempo de experiência profissional na prestação de cuidados. Ao longo dos estágios procurámos sob orientação, demonstrar conhecimentos seguros e válidos, aplicando-os aos cuidados no caminho da prática especializada. Em diversos momentos pensamos ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem com base na capacidade de iniciativa, na procura do desafio, como por exemplo, aproveitámos durante a distribuição de doentes na UCIPed para assumir a responsabilidade na prestação de cuidados às crianças/jovens que exigiam cuidados de maior complexidade.

3.2 Desenvolvimento das Competências de Mestre

A atuação especializada em enfermagem que procurámos desenvolver ao longo de todo o percurso formativo, foi consistentemente alicerçado sobre a evidência científica. O conhecimento aprofundado na área da enfermagem da saúde da criança e do jovem traduziu-se na aquisição de competências comuns, específicas do enfermeiro especialista e ao mesmo tempo possibilitou alcançar a capacidade de compreensão ao nível de Mestre.

O regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, é regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação e Ciência, republicado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, segundo o qual, o grau de mestre pode ser concedido numa área de especialização.

O percurso académico formativo inserido na área de estudo da criança/jovem e família/pessoa significativa, decorreu a nível teórico em sala de aula e teórico-prático em contexto de estágio. Esta metodologia permitiu aprofundar os conhecimentos obtidos na Licenciatura em Enfermagem, disponibilizando oportunidades de novas aprendizagens em contextos de estágio diferenciados constituídos por equipas multidisciplinares com o objetivo comum de promover ganhos em saúde à população pediátrica no binómio criança-família. Seguindo a visão teórica de Mishel & Clayton, (2008), estes contextos de aprendizagem até então desconhecidos, embora encarados como incerteza, foram interpretados como momentos únicos e oportunos para melhorar capacidades e desenvolver competências. Foi com este fio condutor de pensamento que participámos de forma proativa quer em projetos em curso nas respetivas unidades onde decorreram os estágios quer no diagnóstico, planeamento intervenção e avaliação de novos projetos inseridos na área de interesse da nossa linha de investigação. De entre estes projetos destacamos a integração de ações em planos de formação em serviço (formação sobre SAVP e planeamento do TIP) assim como ações de educação para a saúde formais (SBVP) e informais na promoção de hábitos de vida saudáveis e aquisição de comportamento adequados.

A existência e utilização aperfeiçoada do processo de enfermagem, fundamentado na evidência científica, aplicado nas tomadas de decisão estruturando o pensamento clínico, foi o aliado perfeito para a o desenvolvimento da compreensão e resolução de problemas em novos campos de atuação. Inclusivamente podemos referir que em grande parte o processo de enfermagem se assemelha em muitos aspetos ao trabalho de investigação. Segundo Andrade (2005) citado por Ruivo

et al., 2010, p. 7), “O Processo de Enfermagem é considerado uma metodologia de trabalho que permite prosseguir das etapas de identificação de problemas até a resolução e/ou minimização dos mesmos (...)”. A metodologia de trabalho de projeto foi por isso utilizada na realização do projeto de intervenção em serviço durante o estágio final e possibilitou seguir a linha de investigação escolhida na promoção da segurança e qualidade de vida da criança/jovem e família.

A construção de uma ferramenta original de trabalho dedicada ao planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico, fundamentada em conhecimento científico e desenvolvida com a utilização de recursos e instrumentos de investigação e gestão, permitiu-nos integrar conhecimentos adquiridos ao longo dos três estágios articulados entre si. Ao longo deste processo deparámo-nos com questões complexas para as quais tivemos de dar resposta reunindo os contributos que fomos selecionando e conservando cognitivamente durante o percurso formativo. A necessidade de complementar as lacunas relativamente ao conhecimento das vantagens/desvantagens da presença parental no TIP, constituiu um dos exemplos da capacidade que desenvolvemos na procura de informações incompletas e dar contributos para a sua pavimentação. Todos os juízos emitidos ao longo destes processos de aprendizagem foram completados com a consciencialização das responsabilidades a nível ético e social de forma a não causar qualquer tipo de dano, seguindo uma conduta profissional e humana assertiva, sem nunca esquecer a deontologia profissional da enfermagem.

Os conhecimentos aprofundados foram aplicados, integrados e necessariamente divulgados. Segundo a alínea d) do ponto 1 do Artigo 15.º no Capítulo III do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016, p. 3174), o grau de mestre apenas é conferido aqueles que conseguem “comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade.” Todos os resultados obtidos foram divulgados às equipas multiprofissionais, temos o exemplo do GOPTIP, apresentado e avaliado pela equipa da UPP/SI e a revisão integrativa de literatura em processo de publicação numa revista indexada. Além disso com o presente relatório temos a expectativa de conseguirmos alcançar os objetivos para a atribuição do grau de mestre.

Quando os conhecimentos e a capacidade de compreensão que desenvolvemos a um nível profundo, neste caso na área da criança/jovem e família, nos impulsionam para uma maior autonomia, tomamos consciência de um incremento exponencial de responsabilidades. Segundo Nunes (2006, p. 1), “(...) a autonomia e a responsabilidade são fundantes da centralidade nos cuidados, na tomada de decisão”. Desta forma assumir novas responsabilidades compromete o enfermeiro a manter uma

aprendizagem ao longo da vida profissional orientado de forma a alcançar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Avocando esta contratualização e recorrendo à investigação, prática baseada na evidência, referenciais éticos e deontológicos, reunimos todas as condições para contribuir no desenvolvimento da disciplina de enfermagem e conseqüentemente na procura sistemática da excelência dos cuidados.

Para finalizar podemos inferir que o desenvolvimento das competências específicas do EEESCJ e das competências comuns do enfermeiros especialista, com recurso à atividade de investigação, de inovação e de aprofundamento de conhecimentos contribui para a obtenção de mestría (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

Terminamos este ciclo de estudos com a consciência que o Enfermeiro Mestre é detentor de um elevado potencial para o desenvolvimento contínuo da Enfermagem como disciplina e que, por conseguinte, imprime a diferença com benefícios óbvios nos serviços, recorrendo a um conjunto de conhecimentos aprofundados da sua área de estudo, provenientes da investigação e do rigor científico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Relatório de Estágio possibilitou documentar a trajetória formativa que foi absolutamente vital na aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do EEESCJ e de Mestre. Ao longo deste percurso académico aproveitámos diversas oportunidades de aprendizagem, realizámos várias pesquisas, desenvolvemos conhecimentos, aptidões, habilidades, usufruindo de contextos facilitadores de discência, enfrentámos limitações e dificuldades com vista à concretização dos objetivos e à produção de resultados.

A construção de um enquadramento conceptual permitiu aprofundar conhecimentos na área de interesse apurada na base da linha de investigação. Além dos benefícios que a investigação incitou no nosso campo de saberes com a introdução de novas aprendizagens, possibilitou fundamentar as escolhas e os caminhos que projetámos seguir com base na teorização e na evidência científica. A Enfermagem como disciplina titular de conhecimentos distintos, utiliza um leque de teorias que explicam os seus fenómenos desde um nível abstrato até um nível mais concreto. Tendo em conta a aplicabilidade prática e objetiva do tema estruturámos a nossa linha de pensamento com base numa TMA. Em consciência das exigências e possíveis adversidades, aliadas a um nível de experiência profissional inicial baixo na área da saúde infantil e pediátrica, seguimos a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, que ao ser colocada na ótica do enfermeiro, possibilitou encarar estas incertezas como oportunidades potencialmente positivas para o processo evolutivo. Por outro lado, esta teoria ligada à promoção do planeamento seguro e com qualidade do TIP, permitiu desenvolver intervenções preventivas, ajustando os recursos às necessidades da criança/jovem e sua família. O GOPTIP, à luz dos conceitos da Teoria da Incerteza na Doença surge como uma estratégia de *coping*, uma vez que providencia sentimentos de segurança e certeza no TIP quer para a criança/jovem e família quer para as equipas de transporte. Além de explorarmos as potencialidades desta teoria, completámos o enquadramento com a pesquisa sobre o estado da arte relativamente aos conceitos mais importantes da nossa temática e como tal procurámos estudar o relacionamento entre a segurança e a qualidade de vida da criança/jovem, conhecer a realidade nacional do TIP e as estratégias que podem ser utilizadas na promoção da segurança no TIP. Ao nível da pesquisa de evidência científica em periódicos indexados sobre estes conceitos, importa salientar um número limitado de resultados, o que poderá ter empobrecido o enquadramento teórico.

O Relatório de Estágio integrou a metodologia de trabalho de projeto e foi com base nos seus pressupostos e no cumprimento das suas etapas que procurámos desenvolver o projeto de intervenção em serviço no estágio final. Esta metodologia além de provocar uma mudança, estimulou o desenvolvimento de competências na resolução ou minimização do problema diagnosticado. No nosso entender, o recurso à investigação-ação e o trabalho em equipa foram dois pilares indispensáveis para a concretização dos objetivos propostos e que caracterizam a metodologia de trabalho de projeto. Como tal, a investigação foi objetivamente afinada na resolução de um problema específico através de intervenções no contexto da prática real dos cuidados e foram aproveitados todos os contributos dos elementos da equipa de enfermagem e orientadores que demonstraram livremente o seu interesse e que foram convidados a participar em todas as fases do projeto. A plasticidade desta metodologia foi outro aspeto que revelou ser vantajoso, uma vez que à semelhança do processo de enfermagem permitiu seguir um caminho dinâmico com possibilidade de ser reorientado sempre que necessário.

Um dos produtos finais deste percurso formativo foi a construção do GOPTIP, o qual consideramos ter definido com sucesso um processo de planeamento seguro e com qualidade do TIP. Reunimos neste documento um conjunto vasto de aprendizagens que fomos recolhendo a partir da evidência científica estudada e das experiências práticas vivenciadas e refletidas ao longo do encadeamento dos três estágios em ensino clínico. A aplicabilidade prática do guia orientador não foi testada como planeado inicialmente, por indisponibilidade de recursos humanos e técnicos para a sua implementação num período experimental no serviço onde foi desenvolvido, o que constituiu a principal limitação. No entanto foram recolhidas opiniões e *feedbacks* ao longo do desenvolvimento do projeto que acreditaram e expressaram votos de confiança na pertinência e aplicação do GOPTIP e nomeadamente das suas ferramentas de planeamento. A avaliação positiva final dos elementos da equipa de enfermagem motivou, por sua vez, a chefia para incluir o GOPTIP no plano de ação do serviço e na elaboração de uma declaração de opinião sobre a sua realização (Anexo 14). Pela análise do resultado dos questionários de opinião sobre o GOPTIP, sobretudo na resolução do caso clínico apresentado com a ATIP (IMPRESSO B), concluímos que foi limitador utilizar apenas um caso simulado e uma pequena amostragem. Desta forma, para trabalhos futuros aconselhamos uma análise multicêntrica estendendo a uma população de maior dimensão. No caso da aplicação da ATIP, tendo por base os resultados obtidos na fase de avaliação do projeto, recomendamos que o seu preenchimento seja realizado por mais de um avaliador para chegar a um nível consensual de transferência. Outro aspeto evolutivo possivelmente pertinente prende-se com a transformação do GOPTIP num procedimento de serviço e a criação de uma versão com registo informatizado.

A equipa de enfermagem da UUP representada pelos inquiridos que responderam aos questionários de diagnóstico de situação revelaram níveis elevados de formação académica pós-licenciatura, formação em SAVP e experiência profissional na área pediátrica. Este facto aliado às recomendações da OM & SPCI (2008) que defendem a criação de equipas de transporte secundário diferenciadas, nomeadamente com conhecimentos em SAV, e à existência de um procedimento de serviço específico para o TIP, poderá no futuro justificar internamente a integração do EEESCJ na escala de prevenção de enfermeiros, normalizado pelo Regulamento da Escala de Prevenção de Enfermeiros existente na instituição, indo ao encontro das expectativas e desejos da equipa.

Paralelamente com as questões da segurança e qualidade de vida procurámos nunca descurar o binómio criança-família em qualquer fase do processo de transporte. Desta forma, todo o trabalho desenvolvido foi planeado e executado em parceria com a família numa abordagem centralizada, o que estimulou o desenvolvimento das capacidades a nível comunicacional, relacional e cognitivo neste âmbito. Os CCF motivaram ainda a realização de uma revisão integrativa da literatura que sintetizou o estado do conhecimento sobre a presença parental no TIP de forma a dar suporte às tomadas de decisão das equipas de transporte, melhorando assim a prática clínica. Ficou bem presente que o sucesso terapêutico é diretamente proporcional ao envolvimento oportuno da família nos cuidados, fonte de segurança e proteção.

A oportunidade de realização de estágios na área da saúde infantil e pediátrica, desde os cuidados de saúde primários até ao TIP proporcionou, por um lado, o ambiente ideal para um crescimento gradual e autónomo das competências comuns e específicas do EEESCJ, e por outro, delimitou um caminho facilitador para o desenvolvimento da área de interesse do projeto de estágio. Esta prática foi submetida a uma análise crítica e reflexiva ao longo deste relatório, de forma a ser enraizada, com responsabilidades acrescidas, na nossa atividade disciplinar procurando a excelência dos cuidados e favorecendo, por sua vez, a motivação e a satisfação profissional. Foi com esta atitude madura de autocrítica, sentido de responsabilidade e tendo a investigação como suporte que aprofundámos conhecimentos da formação base e desenvolvemos o perfil de Mestre.

No futuro perspetivamos dar continuidade ao trabalho iniciado, divulgando-o, pois consideramos que tem potencial para dar resposta a uma área pouco desenvolvida, com forte influencia na melhoria dos cuidados de saúde à criança/jovem e família, garantindo cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abecassis, F. (2008). Transporte Pediátrico – Organização e Perspectivas Actuais. *Nascer E Crescer*, XVII(3), 137–140. Disponível em:
http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1154/1/TransporteNeonatal_NeC_17-3_Web.pdf
- Abecassis, F. (2014). Sobre a Utilização da ECMO. *Acta Pediátrica Portuguesa, Carta ao Editor*. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/6814/5051>
- Abecassis, F., Catarino, R., Félix, M., Fonseca, P., Metello, J., & Valente, M. (2012). *Emergências Pediátricas e Obstétricas* (1.ª). Lisboa: INEM.
- Abecassis, F., & Correia, M. (2017). *Manual do IV curso de transporte neonatal e pediátrico* (4.ª). Lisboa: Centro de Formação do CHLN. Disponível em:
[https://www.dropbox.com/sh/qnkhzpz0nvu3orc/AAAPL6Ke9G1RBH9w9uzyEppaa/Material didáctico/01.MANUAL CURSO TIP SULCHLN?dl=0](https://www.dropbox.com/sh/qnkhzpz0nvu3orc/AAAPL6Ke9G1RBH9w9uzyEppaa/Material%20did%C3%A1ctico/01.MANUAL%20CURSO%20TIP%20SULCHLN?dl=0)
- Abreu, C. (2012). O erro humano no contexto dos cuidados de enfermagem. *Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Coimbra. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/268743958_Abreu_C_2012_O_erro_humano_no_contexto_dos_cuidados_de_enfermagem_In_Enfemagem_de_Nightingale_aos_dias_de_hoje_10_0_anos_Serie_Monografia_Educacao_e_Investigacao_em_Saude_n_1_p247-263
- Associação de Cuidados de Saúde, & Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2011). PASI - Plano de Acção para a Segurança Infantil 2012-2016. Alto Comissariado da Saúde. Disponível em:
http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P. & Busse, R. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet (London, England)*, 383(9931), 1824–30. Disponível em:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de*

Enfermagem. (5.^a, Ed.). Loures: Lusociência.

Almeida, H. N. D. E., Rodrigues, G., Correia, M., Carvalho, A. N. A., & Sequeira, J. S. (1996). Transporte Inter-hospitalar em Pediatria. *Acta Médica Portuguesa*, 9, 163–166. Disponível em:

<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/2565/1978>.

Almeida, F. L. T. (2011). *A essência do processo de enfermagem*. Universidade Fernando Pessoa.

Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf

Alves, A. R., Chaves, E. M. C., Freitas, M. C., & Monteiro, A. R. (2007). Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 344–

347. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a19.pdf>

Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem Perspectivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*,

13(1). Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12%282%29.pdf

American Academy of Pediatrics. (2011). Policy Statement—Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*, 127(6).

Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0967>

Anema, C., Johnson, M., Zeller, J. M., Fogg, L., & Zetterlund, J. (2009). Spiritual Well-Being in Individuals With Fibromyalgia Syndrome: Relationships With Symptom Pattern Variability, Uncertainty, and Psychosocial Adaptation. *An International Journal*, 23(1). Disponível em:

<https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.8>

Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 83–92. Disponível em:

<https://doi.org/10.12707/RIII11145>

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2011). Arraiolos com Unidade de Saúde Familiar.

Disponível em:

<http://www.arsalentejo.min->

[saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/ArraioloscomUnidadeSaudeFamiliar.aspx?PageID=145](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/ArraioloscomUnidadeSaudeFamiliar.aspx?PageID=145)

- Azuero, K., Domínguez, P., & Calvo, C. (2010). Estabilización y transporte interhospitalario del neonato y niño crítico. *Revista Española de Pediatría*, 66(1), 18–29. Disponível em: <https://medes.com/publication/58217>
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (2ª)*. Coimbra: Quarteto.
- Berube, K. M., Fothergill-Bourbonnais, F., Thomas, M., & Moreau, D. (2014). Parents' Experience of the Transition with their Child from a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) to the Hospital Ward: Searching for Comfort Across Transitions. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(6), 586–595. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.06.001>
- Borges, C. D., Costa, M. M. da, & Faria, J. G. (2015). Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integridade. *Revista Psicologia E Saúde*, 7(2), 133–141. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200007
- Bowlby, J. (1998). *Perda-tristeza e Depressão (Vol. 3)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Breathnach, M., & Lane, P. (2017). Paediatric inter-hospital transportation: a clinical governance project. *British Journal of Nursing*, 26(13), 758–761. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.13.758>
- Brissos, M. A. (2004). Planeamento de serviços de saúde. *Janeiro*, 22(1). Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Carvalho, A., & Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo (4.ª)*. Porto: Edições Afrontamento.

Carvalho, M. (2011). De Generalista a Especialista (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa do Porto). Disponível em:

[http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9379/1/Relatório Final Milene Carvalho.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9379/1/Relatório%20Final%20Milene%20Carvalho.pdf)

Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. London: Scutari.

Castro, L. B., & Ricardo, M. M. C. (1993). *Educação hoje: Gerir o trabalho de Projecto. Um Manual para Professores e Formadores (3.ª)*. Lisboa: Texto Editora.

Christoffel, M. M., Pacheco, S. T. de A., & Reis, C. S. C. dos. (2008). Modelo Calgary de avaliação da família de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 12(1), 160–165. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100025>

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida (2.ª)*. Loures: Lusociência.

Colville, G., Orr, F., & Gracey, D. (2003). “The worst journey of our lives”: parents’ experiences of a specialised paediatric retrieval service. *Intensive & Critical Care Nursing*, 19(2), 103–8.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12706736>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2000). *Gestão de enfermagem e dos serviços de cuidado de saúde*. Génova: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf

Cunha, M., Bettencourt, A., Almeida, A., Mimoso, G., Soares, P., & Tomé, T. (2013). O recém nascido de extremo baixo peso. Estado aos 2-3 anos. Resultados do Registo Nacional de Muito Baixo Peso de 2005 a 2006. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(1), 1–8. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/1287/2385>

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República : I Série, n.º 93 (1998). Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/0/0e/DL_104-98.pdf

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação e Ciência, Pub. L. No. Diário da República : I Série, n.º 151 (2013). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/498425>

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I Série, n.º 149 (2014). Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL_118_2014_principios_e_o_enquadramento_da_atividade_do_enfermeiro_de_familia.pdf

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Pub. L. No. Diário da República : I Série, n.º 176 (2016). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/75319373>

Despacho n.º 1393/2013 de 23 de janeiro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: II série, n.º 16 (2013). Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/35757/0317703178.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015 de fevereiro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: II Série, n.º 28 (2015) Disponível em:
http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf

Despacho n.º 5058-D/2016 de 13 de abril do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: II, n.º 72 (2016). Disponível em: <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/01-Despacho-5058D-2016-de-13-de-abril.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2010a). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
Disponível em: <file:///C:/Users/enfru/Downloads/i021971.pdf>

Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças., Pub. L. No. Orientação ° 014/2010 de 14/12/2010 (2010). Disponível em: www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2011a). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa amostra de hospitais portugueses: Resultados do estudo piloto. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-numa-amostra-de-hospitais-portugueses.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2011b). Estrutura concetual da classificação internacional sobre a segurança do doente. *Ministério Da Saúde*. Disponível em: www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma da Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*, 1–121. Disponível em: <papers2://publication/uuid/F8431BE9-EE38-48E0-AC22-7AECFDD0241F>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <file:///C:/Users/enfru/Downloads/i021565.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2016). Programa Nacional de Vacinação 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <file:///C:/Users/enfru/Downloads/i023200.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: [file:///C:/Users/enfru/Downloads/i023931%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/enfru/Downloads/i023931%20(1).pdf)

Dias, L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(1), 39–40. Disponível em: [http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1529/1/Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.pdf](http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1529/1/Sistema%20de%20Melhoria%20Cont%u00edua%20da%20Qualidade%20dos%20Cuidados%20de%20Enfermagem.pdf)

Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C. L., Pizov, R. & Cotev, S. (1995). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 23(2), 294–300. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7867355>

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244–255. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.APNR.2009.12.004>

Edge, W. E., Kanter, R. K., Weigle, C. G., & Walsh R. F. (1994). Reduction of morbidity in interhospital

transport by specialized pediatric staff. *Critical Care Medicine*, 22(7), 1186-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8026211>

Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1618–1628. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01659.x>

Entidade Reguladora da Saúde. (2016). Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1793/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final__v.2_.pdf

Etxebarria, M. J., Serrano, S., Ruiz Ribó, D., Cía, M. T., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine : Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 5(1), 13–7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10406413>

Eurostat & Union (2016). Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals, (October 2015), 1–15. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page

Facer, K., Furlong, J., Furlong, R., & Sutherland, R. (2003). *Screenplay: children and computing in the home*. RoutledgeFalmer, Ed. London.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Figueiredo, Ma. H., J. S., & Martins, M. M. F. (2010). Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 9(3), 552–559. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienc cuidsaude.v9i3.12559>

Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing - Artigos de Opinião*. Disponível em: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes: indicador de qualidade em saúde. *Rev Port Clin Geral*, 26, 564–70. Disponível em:
http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf

Freitas, A., Moreira, A., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de Recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, XXV(3), 139–140. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a02.pdf>

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

Galvão, C. M., Sawada, N. O., Amélia, I., & Mendes, C. (2003). A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*, 37(4), 43–50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>

Gatti-Petito, J., Lakatos, B. E., Bradley, H. B., Cook, L., Haight, I. E., & Karl, C. A. (2013). Clinical scholarship and adult learning theory: a role for the DNP in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 34(4), 273–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24187735>

Gonçalves, B., Holz, A., Maagh, S., Pires, C., & Mairan, C. (2013). O cuidado da criança com dor internada em uma unidade de emergência e urgência pediátrica. *Rev Dor. São Paulo*, 14(3), 179–83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n3/05.pdf>

Gouveia, L. M. B. (2002). *Gestão de projectos: gestor de projectos informáticos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: <http://homepage.ufp.pt/lmbg/textos/mgp2.pdf>

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª)*. Loures: Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança. (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em:

http://www.pipop.info/fotos/editor2/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf

International Council of Nurses. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Genebra: International Council of Nurses.

Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf

International Council of Nurses. (2015). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)* (Versão 201). Lisboa: Lusodidacta. Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/0BxyOIQQjoAj3NDd6YWNsTjdkbWc/view>

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Consultado a 17 de Janeiro de 17, 2018, Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2015). *Relatório TIP: Atividade de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão Instituto Nacional de Emergência Médica Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/05/09-TIP-14.pdf>

Institute of Medicine. (2004). *Keeping Patients Safe*. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/10851>

Joint Commission International. (2017). *Accreditation Standards for Hospitals*. Joint Commission International. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6th-edition/>

Joanna Briggs Institute. (2015). *Systematic Review Resource Package Systematic Review Methodology*. Disponível em:

https://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf

Johns, C. (2004). *Becoming e Reflective Practitioner*. Oxford: Blackwell Publishers.

Joyce, C. N., Libertin, R., & Bigham, M. T. (2015). *Family-Centered Care in Pediatric Critical Care*

Transport. *Air Medical Journal*, 34(1), 32–36. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.amj.2014.09.007>

Kiegman, R., Stanton, J., Geme, S., & Schor, N. (2005). *Nelson Tratado de Pediatria* (17.^a). Rio de Janeiro: Elsevier Publisher.

Lacey, S., Smith, J. B., & Cox, K. (2008). *Pediatric Safety and Quality. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328763>

Laverack, G. (2004). *Promoção de Saúde - Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3.^a). São Paulo: Editora Artemed.

Leite, E., & Malpique, M. (1989). *Trabalho de Projecto: 1 - Aprender por objetivos centrados nos problemas* (2.^a). Porto: Edições Afrontamento.

Lemon, V., & Stockwell, D. C. (2012). Automated Detection of Adverse Events in Children. *Pediatric Clinics of North America*, 59(6), 1269–1278. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.08.007>

Lewis, M. M., Holditch-Davis, D., & Brunssen, S. (1997). Parents as passengers during pediatric transport. *Air Medical Journal*, 16(2), 38-42–3. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10167191>

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2017). *Nursing Research*. St. Louis (EUA): Mosby.

Lopes, M. (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral: Alguns dados e implicações* (2.^a Ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Lymphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22–26. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>

- MacFarlane, J. (1998). Assessing the “reflective practitioner”: Pedagogic principles and certification needs. *International Journal of the Legal Profession*, 5(1), 63–82.
Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09695958.1998.9960442>
- Machado, M. D. C., Alves, M. I., & Couceiro, M. L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal : indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42, 195–204.
Disponível em: <https://doi.org/0873-9781/11/42-5/195>
- Macnab, A. J., Richards, J., & Green, G. (1999). Family-oriented care during pediatric inter-hospital transport. *Patient Education and Counseling*, 36(3), 247–57.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528560>
- Martins, R., & Fonseca, A. (1992). O estudo de caso como estratégia de ensino no curso de graduação em enfermagem da fundação municipal de ensino superior de marília. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 45(2/3), 231–238. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v45n2-3/v45n2-3a23.pdf>
- Martins, R., & Martins, J. (2009). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Referência*, 111–120. Disponível em:
https://web.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=teoria&id_artigo=2200&id_revista=9&id_edicao=34
- Masterson, K., & Brenner, M. (2016). Parents’ Communication Preferences Prior to the Interhospital Transfer of an Acutely-ill Child: A Qualitative Study. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(3), 215–220. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/24694193.2016.1186759>
- Mata, S., Escobar, M., Cabrerizo, M., Gómez, M., González, R., & Cid, L. H. (2016). Pediatric and neonatal transport in Spain, Portugal and Latin America. *Medicina Intensiva*, (xx).
Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.12.013>
- Mateus, A. (2005). *Plano Regional de Inovação do Alentejo* (CCDR-Alent). Lisboa: Facsimile.
Disponível em: http://webb.ccdr-a.gov.pt/docs/desenv_regional/estudos/pria/pria.pdf

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). Consulta Aberta: Consulta de Agudos, não programada versus consulta aberta no Hospital e Centro de Saúde. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em:

http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Consulta_Aberta_MCSP_20071213.pdf

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. *Out-Dez, 17(4)*, 758–64. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

Mendes, M. (2012). A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. *Transferibilidade Do Conhecimento Em Enfermagem de Família*. Disponível em:

[https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organização%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf)

Mendes, W., Travassos, C., Martins, M., & Carvalho De Noronha, J. (2005). Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol, 8(4)*, 393–406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf>

Miguel, L., & Sá, A. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/CSP1.pdf>

Mishel, M., & Clayton, M. (2008). *Theories of Uncertainty in Illness*. New York: Springer Publishing Company.

Mitchell, P. H. (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328780>

Nascimento, L. C., Rocha, S. M., & Hayes, V. E. (2005). Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm, 14(5)*, 280–286. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2.pdf>

Nogueira, N. R. (2005). *Pedagogia dos Projectos: etapas, papéis e atores (1.ª)*. São Paulo: Erica.

National Patient Safety Agency. (2009). Review of patient safety for children and young people.

Londres: National Patient Safety Agency. Disponível em:

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59864>

Nunes, L. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Ordem dos Enfermeiros.

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf

Oliveira, G., & Saraiva, J. (2017). *Lições de Pediatria*. Coimbra: University Press.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa: Divulgar. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - padroes de qualidade dos cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Segurança do doente. Torná-la uma realidade! *Revista Ordem Dos Enfermeiros*, 17, 48–50. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Segurança nos Cuidados: VII Seminário do Conselho Jurisdicional. *Revista Ordem Dos Enfermeiros*, 24, 1-53. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_24_fevereiro_2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

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

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010c). Regulamento de Idoneidade formativa dos contextos de prática clínica. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros.

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem Dos Enfermeiros. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar_-_regulamento_do_perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição Sobre a Investigação. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros, & International Council of Nurses. (2015). *Enfermeiros: Uma Força para a Mudança*. Genebra: International Council of Nurses. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE2015_vf.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). State of Health in EU: Portugal - Perfil de Saúde do País 2017. European Observatory on Health Systems and Policies. Disponível em: <file:///C:/Users/enfru/Downloads/i024257.pdf>

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações 2008. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2008). The WHO Regional Office for Europe. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO Document Production Services. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf

Orr, R., Venkataraman, S., Seidberg, N., Dragotta, M., McCloskey, K., & Janosky, J. (1999). Pediatric specialty care teams are associated with reduced morbidity during pediatric interfacility transport. *Critical Care Medicine*, 27(1). 23-27. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/Citation/1999/01001/PEDIATRIC_SPECIALTY_CARE_TEAMS_ARE_ASSOCIATED_WITH.13.aspx

Paixão, M. (2009). O Sofrimento na Criança e no Adolescente com Doença Oncológica em Fim De Vida. *Pensar Enfermagem*, 13(1). Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_72-84.pdf

Parecer n.º 18/2011 do Conselho de Enfermagem “Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseadas na CIPE?” (2011). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias_alternativas_contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Referência, 121–132. Disponível em:

file:///C:/Users/enfru/Downloads/12__Rev._Enf._Ref._RIV16030.pdf

Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 12(2), 159–168.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>

Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I Série, ° 201 (2007). Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEC_Portaria_1368_2007.pdf

Porto Editora. (2014). *Dicionário da língua portuguesa*. Porto Editora. Disponível em:

<https://www.portoeditora.pt/produtos/ficha/dicionario-editora-da-lingua-portuguesa/125694>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.

Ramos, A. L. C. (2012). *Construção de adequação de um instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar, em crianças até aos quatro anos* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa Disponível em:

<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12033>

Regulamento n.º 533/2014 de 2 de Dezembro da Ordem dos Enfermeiros, Pub. L. No. Diário da República: II série, ° 233 (2014). Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

Reis, G. (2009). Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Dor*, 17(2). Disponível em:

http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009/n2.pdf

Roland, D., Lewis, G., Fielding, P., Hakim, C., Watts, A., & Davies, F. (2016). The Paediatric Observation Priority Score: A System to Aid Detection of Serious Illness and Assist in Safe Discharge. *Open Journal of Emergency Medicine*, 4(2), 38–44. Disponível em:

<https://doi.org/10.4236/ojem.2016.42006>

Romanzeira, J. C. F., & Sarinho, S. W. (2015). Quality Assessment of Neonatal Transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (SAMU). *Jornal de Pediatria, 91*(4), 380–385.

Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.10.006>

Rother, E. (2007). Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. *Acta Paul Enferm, 20*(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos, (15)*, 1–37. Disponível em:

https://www.moodle.uevora.pt/1617/pluginfile.php/42985/mod_resource/content/1/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, M. O. G., Sobreiro, L. P. C., & Calca, P. I. M. B. (2007). Texto de Apoio: a Análise SWOT e, a Seleção de Prioridades. *Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto Silva.”* Évora. Disponível em:

http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf

Santos, S. (1998). A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica, 1*(XVI), 65–75. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a07.pdf>

Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., & Silva, D. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Referência, 9*. 87–95. Disponível em:

<https://doi.org/10.12707/RIV16007>

Smith, M. (2008). *Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory*. New York: Springer Publishing Company.

Soediono, B. (2009). *Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008. Alto Comissariado da Saúde* (Vol. 53). Disponível em:

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Sousa, P., Frade, M., & Mendonça, D. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paul Enferm.*, 18(4), 368–81.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf>

Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente. (2017). Regulamento da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente. Porto: Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente. Disponível em:

http://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Pediatrica_Qualidade_Seguranca_Doente/Regulamento_SPQSD.pdf

Susana, R., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, 48. Disponível em:

<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>

Transporte Inter-hospitalar Pediátrico do Norte. (2011). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico da Região Norte - Normas de Ativação e Critérios de Transporte. Disponível em:

[http://portal.arsnorte.min-](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteudos/Documentos/Activação_TIP_03_2011.pdf)

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteudos/Documentos/Activação TIP_03_2011.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteudos/Documentos/Activação_TIP_03_2011.pdf)

United Nations Children's Fund. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em:

https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 369.

<https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>

World Health Organization. (2008). European Report On Child Injury Prevention. Copenhagen: World Health Organization. Disponível em:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf

Wilson, S., Ramelet, A.-S., & Zuiderduyn, S. (2010). Research priorities for nursing care of infants, children and adolescents: a West Australian Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13–14), 1919–1928. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03025.x>

Xavier, B. (2017). O Futuro é o Presente. O Presente a Esperança. Qualidade e segurança nos cuidados de saúde às crianças. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 48, 103–4. Disponível em:

[file:///C:/Users/enfru/Downloads/11957-35497-1-SM \(2\).pdf](file:///C:/Users/enfru/Downloads/11957-35497-1-SM (2).pdf)

XXI Governo Constitucional. (2015). Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019. Lisboa: Governo Constitucional. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/ProgXXIGov.pdf>

Zuryski, Y., Frith, K., Leonard, H., & Elliott, E. (2008). Rare childhood diseases: how should we respond? *Archives of Disease in Childhood*, 93(12), 1071–1074. Disponível em:

<https://doi.org/10.1136/adc.2007.134940>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Resumo, Plano e Cronograma do Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
IPPORTALEGRE



IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

Identificação

Rui Miguel Figueira Pereira

N.º 37045

enfruipereira@gmail.com

968135940

Resumo

O programa de trabalhos visa a realização do Relatório de Estágio, com recurso à metodologia de trabalho de projeto, partindo da identificação de uma problemática na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este espaço de aprendizagem conduz ao desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem e competências de Mestre.

A linha de investigação em que se inscreve o projeto é a segurança e qualidade de vida, especificamente relacionada com a criança/jovem e família e o tema é a promoção da segurança, no transporte inter-hospitalar pediátrico, enquadrado na Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel. Será desenvolvido ao longo dos estágios, integrando atividades adaptadas a cada contexto clínico (Unidade de Saúde Familiar [redacted] Serviço de Urgência Pediátrica do [redacted] e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do [redacted]).

Para garantir a segurança do doente em idade pediátrica e alcançar níveis de qualidade exigidos, as instituições de saúde têm de clarificar e formalizar políticas ajustadas. No que diz respeito ao transporte inter-hospitalar pediátrico, devem ser definidos esquemas organizativos que imprimam uma sistematização de recomendações que promovam a segurança da criança/jovem. Esta temática é um dos pilares da qualidade dos cuidados de saúde que a DGS (Direção Geral de Saúde) define como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011, p. 14).

O transporte inter-hospitalar pediátrico passou a ter uma importância vital para possibilitar o acesso da criança/jovem a cuidados de saúde com recursos humanos e técnicos em tempo oportuno que não estão disponíveis no hospital de origem, ficando a continuidade dos cuidados assegurada (OM & SPCI, 2008). Vários estudos têm demonstrado que este transporte quando feito por equipas especializadas permite reduzir a morbimortalidade (Abecassis, 2008).

Em Portugal o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) assume a responsabilidade pelo transporte inter-hospitalar de doentes críticos neonatais e em idade pediátrica, ao abrigo do Despacho n.º 3482/2013, realizado através das Ambulâncias TIP (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico).

Quando num contexto de gestão integrada de recursos, o INEM não consegue disponibilizar o apoio ao transporte do doente crítico, a Ordem dos Médicos (2008) em conjunto com a SPCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos), considera que cada instituição deve estar preparada de forma a manter operacionais equipas de transporte para deslocações entre hospitais. É da responsabilidade das instituições hospitalares promover esquemas organizativos de transporte secundário de doentes críticos ou não críticos. Mata et al. (2016), refere que é importante organizar um sistema de transporte pediátrico diferente do adulto devido às suas características específicas incluído o campo familiar. A SPCI deixa claro que, “É, igualmente pertinente a crescente sistematização de recomendações para o transporte pediátrico” (OM & SPCI, 2008, p. 8).

Segundo a SPCI a decisão de transportar um doente crítico constitui um ato médico, no entanto a fase de planeamento é feita pela equipa médica e de enfermagem. A SPCI propõe como prioridade a formação de equipas de transporte e a nomeação em cada instituição hospitalar de um responsável médico e de enfermagem pela normalização e auditoria dos transportes secundários. São estas equipas que devem assegurar toda a logística necessária para a realização de um transporte em condições de segurança para doentes e profissionais (OM & SPCI, 2008). Segundo Romanzeira & Sarinho (2015), para que a segurança do transporte seja garantida e para a sua qualidade ser avaliada é facilitador utilizar uma ferramentas para avaliar os requisitos mínimos e prever as possíveis complicações.

A literatura nacional relativamente a este tipo de metodologia na área pediátrica é escassa e dirigida para o adulto, este facto exige uma pesquisa por *guidelines* internacionais. Tendo por base as características diferenciadoras da pediatria e a necessidade de garantir a segurança e a qualidade do transporte secundário desta população, é prioritário a elaboração de normas de orientação clínica nos serviços de pediatria.

Para o presente projeto, pretende-se promover a segurança da criança no transporte inter-hospitalar pediátrico, como objetivo geral.

Da subdivisão de um objetivo geral temos como resultado os objetivos específicos. Segundo Mão de Ferro (1999) citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010), a solidez de um objetivo geral permite a sua fragmentação em objetivos especificamente mais concretos, e quanto mais complexo for maior é o número de objetivos específicos.

Estes objetivos devem ser definidos de forma rigorosa para orientar a ação e por outro lado facilitar o momento da sua avaliação, desta forma têm de ser claros, precisos, concisos, realizáveis e passíveis de serem medidos.

Tendo por base o que foi dito anteriormente, foram definidos os seguintes objetivos específicos para o presente desenho de trabalho de projeto:

- Desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança da criança/ jovem e família e transporte inter-hospitalar pediátrico;
- Aplicar conhecimentos e competências adquiridos e desenvolvidos nos diferentes contextos de estágio;
- Definir o processo de planeamento de transporte inter-hospitalar pediátrico.

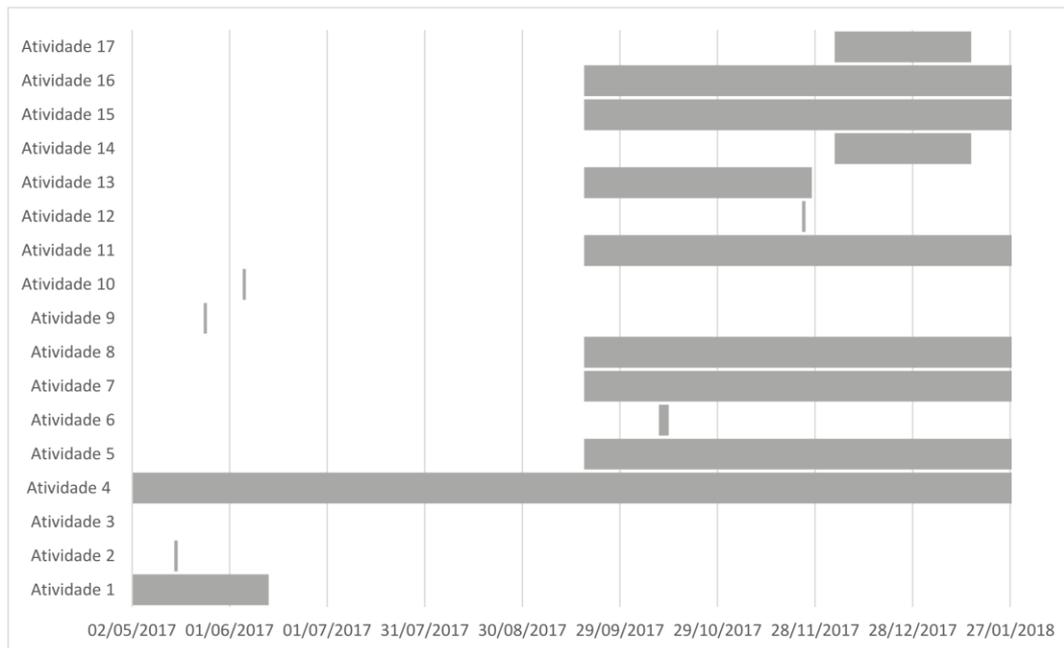
Estes objetivos tiveram em conta a linha de investigação em que o projeto se inscreve, as competências especializadas comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem e competências de Mestre, bem como a exequibilidade e necessária adequação dos mesmos aos diferentes contextos clínicos.

Plano

Objetivo Especifico	Atividades/Estratégias a desenvolver
Desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança da criança/ jovem e transporte inter-hospitalar pediátrico;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atualização e aquisição de conhecimentos na área da segurança da criança em cuidados de saúde primários, com recurso a normas, diretivas e bibliografia relevante; 2. Colaboração e participação em ações de educação para a saúde que envolva a prevenção de acidentes e primeiros socorros à criança; 3. Realização de um estudo de família com definição de estratégias para solucionar problemas que comprometam a segurança e a saúde da criança; 4. Atualização e aquisição de conhecimentos na área do transporte inter-hospitalar pediátrico com recurso a pesquisa bibliográfica em periódicos indexados em bases de dados eletrónicas e pesquisa livre; 5. Realização de uma revisão integrativa, com recurso à metodologia apresentada pelo <i>The Joanna Briggs Institute</i> (2015), sobre a existência de ferramentas que podem ser utilizadas no planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico; 6. Realização do IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico com organização conjunta das equipas de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico do Centro Hospitalar Lisboa Norte e do Sistema de Emergências Médicas Pediátricas Vall d'Hebron de Barcelona; 7. Desenvolvimento de competências teórico-práticas na prestação de cuidados ao doente crítico em idade pediátrica nos diferentes contextos de estágio, de forma real ou simulada; 8. Participação no planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico.
Aplicar conhecimentos e competências adquiridos e desenvolvidos nos diferentes contextos de estágio.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Realização de ação de educação para a saúde aos pais, em contexto de cuidados de saúde primários, sobre suporte básico de vida pediátrico; 10. Realização de ação de formação aos profissionais de saúde, em contexto de cuidados de saúde primários, sobre suporte avançado de vida pediátrico; 11. Prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à criança/jovem em situações de especial complexidade em contexto de urgência e cuidados intensivos pediátricos; 12. Realização de ação de formação aos enfermeiros de urgência pediátrica sobre o ABC do transporte; 13. Realização de planeamento de transporte inter-hospitalar pediátrico em urgência pediátrica; 14. Realização de transporte inter-hospitalar pediátrico na Ambulância TIP.
Definir o processo de planeamento de transporte inter-hospitalar pediátrico;	<ol style="list-style-type: none"> 15. Construção de um guia orientador para assistir os enfermeiros, em contexto de urgência pediátrica/internamento de pediatria, a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico, recorrendo a metodologia de trabalho de projeto; 16. Reunião de contributos ao longo dos estágios em urgência pediátrica e em cuidados intensivos pediátricos para a formulação e reformulação do guia orientador; 17. Validação do guia orientador por parte dos colegas e se possível por peritos na área do transporte inter-hospitalar pediátrico.

Cronograma

Cronograma de Atividades de Gantt



Referências bibliográficas

- Abecassis, F. (2008). Transporte Pediátrico – Organização e Perspectivas Actuais. *Nascer E Crescer*, XVII(3), 137–140.
- DGS. (2011). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre a segurança do doente. *Ministério Da Saúde*. Retrieved from www.dgs.pt
- Maria, R., Conceição, D., Martins, S., Carlos, J., & Martins, A. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos Experiences of nurses during the transfer of critical patients from one hospital to another Experiencias de los enfermeros en lo traslado inter-hospitalario de los pacientes críticos. *Abstract Resumen*, 111–120. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a12.pdf>
- Mata, S., Escobar, M., Cabrerizo, M., Gómez, M., González, R., & Cid, L.-H. (2016). Pediatric and neonatal transport in Spain, Portugal and Latin America. *Medicina Intensiva*, (xx). <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.12.013>
- OM, & SPCL. (2008). Transporte de Doentes Criticos - Recomendações, 45. Retrieved from http://www.spcl.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Romanzeira, J. C. F., & Sarinho, S. W. (2015). Quality Assessment of Neonatal Transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (SAMU). *Jornal de Pediatria*, 91(4), 380–385. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.10.006>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1–37. Retrieved from https://www.moodle.uevora.pt/1617/pluginfile.php/42985/mod_resource/content/1/Revista_Percursos_15.pdf
- TIP Norte. (2011). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico da Região Norte - Normas de Ativação e Critérios de Transporte. Retrieved from http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteúdos/Documentos/Activação_TIP_03_2011.pdf

Apêndice 2 – Instrumento para Colheita de Dados do Estudo de Caso

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

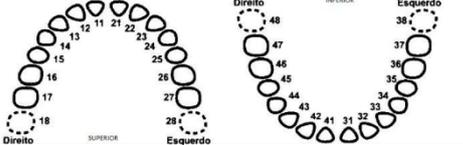


ESTUDO DE CASO

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM – GUIA ORIENTADOR

Instrumento de Colheita de Dados para a Idade Chave 8 Anos

SECÇÃO A – AVALIAÇÃO DA CRIANÇA		
A.1 IDENTIFICAÇÃO		
Nome:		
Género: Masculino () Feminino ()	Data de Nascimento: ___/___/___	
Naturalidade:	Raça:	
Religião:	Escolaridade:	
A.2 VIGILÂNCIA DE SAÚDE		
A.2.1 VIGILÂNCIA DE SAÚDE MATERNA		
Gravidez		
Vigilância da Gravidez	Vigiada () Não Vigiada (...) obs.:	
Doenças/intercorrências durante a gravidez		
Numero de Consultas		
Tipo de Parto		
Parâmetros ao nascer	Índice de Apgar	1º minuto: () 5º minuto ()
	Peso (Kg)	
	Altura (cm)	
	Perímetro cefálico(cm)	
Realizado PNDP	Sim () Não (...) Doença(s) Diagnosticada(s):	
A.2.2 VIGILÂNCIA DE SAÚDE INANTIL/JUVENIL		
Consultas do PNSIJ		
Local:		
Consultas Realizadas	Primeiro ano de vida	1.ª Semana de vida ___/___/___ 1 M ___/___/___ 2 M ___/___/___ 4 M ___/___/___ 6 M ___/___/___ 9 M ___/___/___
	1-3 A	12 M ___/___/___ 15 M ___/___/___ 18 M ___/___/___ 2 A ___/___/___ 3 A ___/___/___
	4-9 A	4 A ___/___/___ 5 A ___/___/___ 6/7 A ___/___/___ 8 A ___/___/___
Consultas Agendadas	10-18 A	10 A ___/___/___ 12/13 A ___/___/___ 15/18 A ___/___/___
Consultas de Especialidade		
Especialidade		Público () Privado ()
		Público () Privado ()
		Público () Privado ()
		Público () Privado ()

A.3 ANTECEDENTES DE SAÚDE DA CRIANÇA																								
A.3.1 PROBLEMAS AGUDOS																								
A.3.2 PROBLEMAS CRÓNICOS OU SOB VIGILÂNCIA																								
A.3.3 PROBLEMAS CIRURGICOS																								
A.4 PARÂMETROS A AVALIAR (Idade Chave 8 A segundo o PNSIJ)																								
Peso:																								
Altura:																								
IMC/Percentil																								
TA																								
Postura																								
Dentição	Higiene Oral	Obs.:																						
	 <p style="text-align: right;">Legenda: S – selante; R – Restauração; E – Extração; C – Cárie;</p>																							
Visão (Tabela de Snellen)	Usa coreção visual: Sim () Não ()	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Distancia</th> <th>A B C</th> <th>1 2 3</th> <th>C</th> <th>Teste</th> <th>Acuidade visual(M)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">  Visão ao Longe 5 m </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>D E</td> <td>2 4 5 6 8 10 12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Distancia	A B C	1 2 3	C	Teste	Acuidade visual(M)	 Visão ao Longe 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D E	2 4 5 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Distancia	A B C	1 2 3	C	Teste	Acuidade visual(M)																		
 Visão ao Longe 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D E	2 4 5 6 8 10 12																			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Audição (Teste da voz ciciada)	Sem alterações () Com alterações (....)	Obs.:																						
Exame Físico	(Em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina) Não se aplica () Aplica-se (....) Obs.:																							
Linguagem Dificuldades Aprendizagem	Linguagem compreensível:	Domínio das consoantes: Sim () Não ()																						
		Divisão silábica: Sim () Não (....)																						
		Fluência do Discurso (conta uma história): Sim () Não ()																						
	Escrita:	Escreve o nome completo: Sim () Não ()																						
		Identifica letras do alfabeto: Sim () Não ()																						
Trabalhos na escola e em casa	Gosta da escola: Sim () Não () Gosta de livros: Sim () Não ()																							
	Demora muito tempo a fazer os trabalhos: Sim () Não ()																							
	Só faz os trabalhos com ajuda: Sim () Não ()																							

Relação emocional/ Comportamento (perturbações)	Agitação psicomotora desadequada: Sim () Não ()
	Não termina nenhuma tarefa (agitação): Sim () Não ()
	Agressividade: Sim () Não () Violência: Sim () Não () oposição persistente: Sim () Não ()
	Birras inexplicáveis e desadequadas para a idade: Sim () Não () Ansiedade: Sim () Não ()
	Preocupações ou medos excessivos: Sim () Não ()
	Dificuldades em adormecer: Sim () Não () Pesadelos muito frequentes: Sim () Não ()
	Dificuldades na socialização: Sim () Não () Isolamento: Sim () Não ()
	Relacionamento desadequado com pares: Sim () Não () com adultos: Sim () Não ()
	Enurese noturna: Sim () Não () Encoprese: Sim () Não ()
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo e na ausência de fatores pedagógicos adversos: Sim () Não () Recusa escolar: Sim () Não () Somatizações múltiplas/persistentes: Sim () Não ()	
Risco de Maus Tratos (Existência de sinais e sintomas indicadores: Sim () Não () Quais?:
Segurança do ambiente	Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel: Sim () Não () Risco de acidentes domésticos: Sim () Não () Obs.: _____ Risco de acidentes rodoviários: Sim () Não () Obs.: _____ Risco de acidentes de lazer: Sim () Não () Obs.: _____ Exposição a problemas associados ao consumo de álcool: Sim () Não () Exposição a problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas: Sim () Não ()

A.5 VACINAÇÃO

Segue o Programa Nacional de Vacinação		Sim () Não () Obs.:
Inoculações de Vacinas		
Vacinas em atraso	Sim () Não () Obs.:	

A.6 CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS (Idade Chave 8 A segundo o PNSIJ)

Alimentação	Qual é o tipo de dieta?	
	Quantas refeições diárias?	
	Meio da manhã? Lanche?	
	Evita alimentos açucarados? Fritos? Refrigerantes? Gorduras?	

Alimentação (cont.)	Alimentos preferidos?	
	Alimentos que não gosta?	
	Alergias alimentares?	
	Obs.:	
Saúde Oral	Sabe fazer a escovagem dos dentes?	
	Quantas vezes por dia realiza higiene oral?	
	Já introduziu fio dentário? Sabe utiliza-lo?	
	Utilizou cheque-dentista do PNSIJ? Foi referenciado para consulta de HO no ACES?	
Escola	Adaptação à escola?	
	Socialização na escola?	
	Suspeita de <i>Bullying</i> ?	
	Opinião dos colegas de Saúde Escolar:	
Desenvolvimento Relação emocional/ Comportamento (perturbações)	Presença de hábitos de leitura?	
	Hábitos de utilização de dispositivos com ecrã (TV/PC/telemóvel/Tablet)?	
	É competitivo? Tem prazer em jogos de regras?	
	Obs.:	
Acidentes e Segurança	Caminho para a escola?	
	Transporte escolar?	
	Quedas?	
	Intoxicações? Queimaduras? Afogamentos?	
	Obs.:	
Atividades desportivas e culturais	Que atividades pratica?	
	Onde? Com quem? Vigilância?	

Hábitos de sono	Quantas horas de sono por dia?	
	Dificuldade em adormecer?	
	Pesadelos frequentes e recorrentes?	
A.7 MEDICAÇÃO DO DOMICILIO		
Medicamento	Posologia	Via de Administração
A.8 OUTRAS OBSERVAÇÕES – NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS (que não foram abordadas em A.6)		
A.9 PROBLEMAS PRIORITÁRIOS IDENTIFICADOS COM A CRIANÇA		

SECÇÃO B – AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA (Modelo <i>Calgary</i>)						
B.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL						
B.1.1 ESTRUTURA INTERNA						
Composição Familiar						
Quem faz parte desta família? Quem a família considera como família? Há alguém sem parentesco biológico?						
Nome	Papel Familiar	Género	Idade	D. Nascimento	Escolaridade	Profissão
Obs.:						
Género						
Quais as ideias dos pais sobre a masculinidade e feminilidade?						
Como é a relação de cuidados com o filho?						
Como o pai se comportou com o nascimento/amamentação/doenças do filho?						
Ordem de Nascimento						
Quantos filhos? Qual o mais velho, quantos anos tem? Qual o mais próximo dele? Ocorreu algum aborto?						
Díades Familiares (Marido-mulher; mãe-filho; avó-neto)						
Subsistema Conjugal						
Subsistema Parental						
Subsistema Fraternal						
Stress familiar?						
Limites-regras na Família						
Flexível, rígida, anárquica?						

B.1.2 ESTRUTURA EXTERNA		
Família Alargada		
Onde moram os seus pais? Qual a frequência de contacto com eles? E os irmãos? Qual dos seus familiares é considerado mais próximo? Está disponível a ajudar os seus familiares?		
Subsistemas mais Amplos (instituições/pessoas)		
Profissionais de saúde envolvidos? Qual o relacionamento entre a família e o sistema mais amplo? Com que regularidade interage? Estão muito envolvidos ou pouco envolvidos?		
Contexto (circunscreve e permeia a criança/família)		
Quais são as práticas de cuidados ao seu filho existentes na família? O que significa saúde para si? Como sabe que é saudável? Existem diferenças nos cuidados prestados e “criação” dos seus filhos em relação a si? A sua situação financeira influencia a utilização dos recursos de saúde? Mudou de casa várias vezes nos últimos anos? As mudanças na sua vida tiveram influências mais positivas ou negativas sobre a capacidade de lidar com os problemas? A perceção dos profissionais de saúde é diferente da sua? Quais os serviços disponíveis que estão mais próximos da sua casa?		
Etnia	Obs.:	
Classe Social	Valores	
	Estilos de Vida	
	Comportamentos	
	Recursos	
	Fatores de Stress	
Religião Espiritualidade	Valores	
	Hábitos	
	Comportamentos	
Ambiente Tipo de Habitação	Condições da habitação	
	Saneamento básico	
	Luminosidade	
	Estado de Higiene/Arrumação	
	Adequação do Espaço	
	Privacidade	
	Acessibilidade	

B.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	
B.2.1 ETAPAS	
Etapas do Ciclo de Vida	
Mudanças recentes na Família Problemas Associados	
Alterações inerentes aos subsistemas	
B.2.2 TAREFAS	
Adaptação às tarefas dos diferentes membros da família	
Distribuição de tarefas pelos membros da família	
B.2.3 VÍNCULOS	
Vínculos Afetivos entre os membros da família	
B.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL	
B.3.1 INSTRUMENTAL (Atividades de vida diárias)	
Manter um ambiente seguro	
Comunicar	
Respirar	
Comer e Beber	
Eliminar	
Higiene pessoal e vestir-se	
Controlar a temperatura corporal	
Movimentar-se	
Expressão da sexualidade	
Sono e repouso	
Morte	

B.3.2 EXPRESSIVO	
Comunicação emocional	
Padrão de comunicação	
Influência e poder nas relações	
Crenças e sua influência	
Capacidade para resolver problemas	
Fatores de stress familiar	
B.4 PROBELMAS IDENTIFICADOS COM A FAMÍLIA	
SECÇÃO C – INFORMAÇÃO SOBRE A AVALIAÇÃO	
Assinatura do Avaliador	
Data da Avaliação:	
<p>Christoffel, M. M., Pacheco, S. T. de A., & Reis, C. S. C. dos. (2008). Modelo Calgary de avaliação da família de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. <i>Escola Anna Nery</i>, 12(1), 160–165. http://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100025</p> <p>DGS. (2013). Norma da Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <i>Programa Nacional de Saúde Infantil E Juvenil</i>, 1–121. Retrieved from papers2://publication/uuid/F8431BE9-EE38-48E0-AC22-7AECFDD0241F</p>	

Realizado por: Rui Miguel Figueira Pereira

Apêndice 3 – Diagnósticos e Planeamento de Cuidados de Enfermagem do Estudo de Caso

Processo Enfermagem	7 EIXOS DA CIPE®							CONJUNTOS PRE-COORDENADOS DE ENUNCIADOS DA CIPE® 2015 & Browser CIPE® DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (INTERVENÇÕES/RESULTADOS)
	AÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUÍZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO	
PADRÃO ALIMENTAR (DA FAMÍLIA NUCLEAR) COMPROMETIDO								
Diagnóstico de Enfermagem		Família nuclear	Padrão alimentar	Comprometido				
Intervenções de Enfermagem	Entrevistar	Família nuclear	Padrão alimentar		Domicílio	Enfermeiro		
	Ensinar	Família nuclear	Padrão alimentar		Domicílio	Enfermeiro		Ensinar sobre o padrão alimentar
	Prevenir	Família nuclear	Excesso de peso		Domicílio	Enfermeiro		
	Promover	Família nuclear	Parentalidade efetiva		Domicílio	Enfermeiro		Promover a Parentalidade efetiva
Resultados de Enfermagem	Providenciar	Família nuclear	Padrão alimentar	Melhorado	Domicílio	Linhas de orientação		Providenciar material educativo
Competências específicas do EEESCJ	<p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da Parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1 - Negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 - Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 - Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p>							
Fundamentação Teórica	<p>Segundo Rossi, Addison & Rauhen (2008), um dos comportamentos que ocupa na atualidade um papel importante de prevenção de doenças, são sem dúvida, os comportamentos que levam a padrões alimentares desadequados. Ainda segundo os autores, o padrão alimentar das crianças é influenciado pela família, fatores sociais e ambientais. Para Anzman, Rollins & Birch (2010), citados por Abreu (2010, p. 27), "Os pais ou cuidadores desempenham um papel importante no desenvolvimento dos hábitos alimentares da criança." Percebe-se facilmente que o padrão alimentar das crianças, e as suas preferências por determinados alimentos, é moldado pela observações do comportamento alimentar dos seus pais (Rozin, Fallon & Mandell, 1984, citados por Viana, Santos, & Guimarães, 2008). Além dos pais, e como nos diz Viana et al. (2008), as crianças em idade pré-escolar e escolar observam outras crianças e adquirem em grupo preferências por determinados alimentos, sendo os mais energéticos e calóricos os mais apetecíveis. Esta aprendizagem social vai diversificar o repertório comportamental, compete aos pais e cuidadores ajudarem as crianças a filtrar comportamentos menos saudáveis promovendo uma alimentação mais equilibrada.</p> <p>Segundo, Abreu (2010), existem vários estudos que comprovam a influência da modelagem parental na alimentação infantil, onde a ingestão alimentar das crianças está dependente em grande parte do tipo de alimentos consumidos pelos pais. Esta modelagem parental, que provém de um processo de aprendizagem observacional, atua de forma a que os filhos copiem, quer comportamentos de risco quer comportamentos saudáveis dos seus pais (Tibbs et al., 2001). Para Neumark-Sztainer (2005), existem outras variáveis determinantes que influenciam os padrões alimentares, nomeadamente os anos de escolaridade e os rendimentos económicos. Este facto tem sido alvo de</p>							

<p>vários estudos, demonstrando uma associação inversa entre o nível socioeconómico e a qualidade da alimentação, por outro lado, mostram ainda que as classes sociais mais baixas, que habitualmente têm menores níveis de literacia, revelam um menor conhecimento sobre práticas alimentares saudáveis (Deshmukh/Taskar et al., 2007; Giskes et al., 2009, citados por Couto, 2013).</p> <p>Tendo em conta todos estes aspetos, e sabendo que o EEESCJ tem competências na maximização da saúde da criança/jovem e sua família (OE, 2010b), deve procurar comportamentos alimentares de risco, encontrar oportunidades para os trabalhar no seio familiar e potenciar esses comportamentos em hábitos de vida saudáveis. Segundo Barros (2010), a família é considerado um elemento crucial na descrição dos processos de saúde e doença, influenciando por isso a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis e de risco. Expõe os seus membros a comportamentos de risco, mas pode igualmente e de forma potencial construir estratégias de confronto com esses riscos. "a família é, ela mesma, enquanto entidade dinâmica, possível de caracterizar como mais ou menos saudável, sendo que a saúde da família afeta, necessariamente, a saúde atual e futura dos seus membros." (Barros, 2010, p. 208). Assim, em matéria de hábitos de padrão alimentar, o EEESCJ deve aceitar que a família é um determinante importante dos processos de saúde e doença que o sujeito ocupe o lugar de filho, irmão ou pai/mãe, e a sua intervenção ser centrada no binómio família-criança.</p>								
ABUSO DO ÁLCOOL (NO PAD PRESENTE)								
Diagnóstico de Enfermagem		Pai	Abuso do álcool	Presença				
Intervenções de Enfermagem	Prevenção do alcoolismo	Pai			Domicílio	Enfermeiro		
	Aconselhar	Pai			Instituição de Saúde	Terapia de grupo		
	Atenuar	Pai	Abuso do álcool		Domicílio	Enfermeiro		Aconselhar sobre o uso do álcool
	Promover	Pai	Parentalidade efetiva		Domicílio	Enfermeiro		
	Promover	Pai	Coping familiar		Domicílio	Enfermeiro		
	Avaliar	Pai	Necessidade de cuidados de saúde e apoio social		Domicílio	Enfermeiro	Assistente social	
	Referenciar	Pai	Apoio social		Centro de Saúde	Assistente social	Enfermeiro	
Resultados de Enfermagem	Vigiar	Pai	Violência doméstica		Domicílio	Assistente social		
	Vigiar	Pai	Negligência da criança		Domicílio	Enfermeiro		
	Vigiar	Pai	Abuso do álcool	Diminuído		Assistente social		
Competências específicas do EEESCJ	<p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da Parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1 - Negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 - Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 - Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 - Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p>							

Fundamentação Teórica		<p>E1.1.7. - Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>O alcoolismo tem implicações importantes na saúde, desde alterações genéticas a interações com o meio envolvente. Estas implicações, segundo Lopes (2016), são entendidas na esfera pessoal com naturais consequências a nível fisiológico e psicocomportamental, assim como na esfera profissional e sociofamiliar. Este problema sistémico, deve por isso e segundo a autora, ser analisado com base no modelo biopsicossocial, levando a sérias consequências no ambiente familiar associado a destabilizações da relação conjugal, associado a níveis elevados em probabilidade de violência doméstica, e distúrbio do papel parental. Esta perturbação da harmonia familiar pode explicar o potencial risco na dificuldade de transmissão de afeto positivo à descendência com implicações na qualidade da interação pai-filho (Lopes, 2016). Este facto, que leva a grande instabilidade familiar "parece contribuir para o desenvolvimento de comportamentos desajustados nas crianças, que se evidenciam como problemas de externalização, internalização e, em alguns casos, risco aumentado para o consumo abusivo de álcool." (Lopes, 2016, p. 3).</p> <p>O alcoolismo está presente na vida do indivíduo associado habitualmente a dificuldades financeiras, absentismo no trabalho, desemprego, aumento dos gastos domésticos, por incapacidade de desenvolver recursos internos (<i>coping</i>) para tentar gerir a sua vida social e familiar (Silva & Luz, 2011). Ainda segundo estes autores, como o hábito no consumo do álcool tem início no seio familiar, é neste ambiente que se deve instituir medidas de prevenção e apoio familiar. Está provado por Barbosa, Barreiro, Santos, Veneziani, & Liberato (2011), que numa família onde existe apoio familiar, a probabilidade de abuso de álcool, por qualquer membro, é reduzida. Para Oliveira (2009), o stress emocional vivenciado pela criança ao presenciar os efeitos do abuso do álcool no dia a dia do ambiente familiar, afeta o seu desenvolvimento, psíquico, social e emocional. A família deve receber proteção e assistência necessária para assumir as suas responsabilidades como elemento básico da sociedade no crescimento e bem estar de todos os seus membros, ou seja, deve ser proporcionado o direito da criança de crescer num ambiente familiar harmonioso, de compreensão e felicidade (Oliveira, 2009). Outros autores como Reinaldo & Pillon (2008), citados por Lopes (2016, p. 12), defendem igualmente que "os transtornos decorrentes do uso de álcool penalizam enormemente os membros da família, contribuindo para altos níveis de conflito interpessoal, violência doméstica, inadequação parental, abuso e negligência infantil, divórcio, dificuldades financeiras e legais, além da patologia clínica relacionada ao consumo abusivo de álcool.". Deste facto, reforça-se ainda mais que o quotidiano de uma família com um elemento alcoólico é definido por instabilidade, insegurança e conflito levando a um ambiente hostil, ameaçador e sem harmonia (Manguera & Lopes 2014 citados por Lopes, 2016).</p> <p>Na tentativa de corrigir esta problemática e promover o ambiente familiar saudável, livre de consumo excessivo de álcool, Oliveira (2009), defende que a maioria das intervenções devem procurar ajudar o consumidor a diminuir esse hábito, seguindo-se um suporte social para resistir à tentação do consumo, suprimindo todos os fatores possíveis que incentivam a pessoa a beber, prevenindo as recaídas. Um dos meios mais comuns para ajudar os alcoólicos, comprovado em inúmeros estudos, é o aconselhamento através de terapias de grupo (Oliveira, 2009).</p>					
CRISE FAMILIAR ATUAL							
Diagnóstico de Enfermagem		Família nuclear	Crise familiar	Atual			
Intervenções de Enfermagem	Proteger	Família nuclear	confidencialidade		Domicílio	Enfermeiro	
	Avaliar	Família nuclear	<i>Coping</i> familiar		Domicílio	Enfermeiro	
	Avaliar	Família nuclear	Bem-Estar Social		Domicílio	Enfermeiro	
	Avaliar	Família nuclear			Domicílio	Enfermeiro	Avaliar o <i>status</i> psicológico
	Identificar	Família nuclear	Barreiras à comunicação		Domicílio	Enfermeiro	
	Apoiar	Família nuclear	<i>Coping</i> familiar		Domicílio	Enfermeiro	Apoiar o processo de <i>coping</i> familiar

Resultados de Enfermagem	Promover	Família nuclear	Bem-Estar social		Domicílio	Enfermeiro	Promover o Bem-Estar social
	Promover	Família nuclear	<i>Status</i> psicológico		Domicílio	Enfermeiro	Promover o <i>status</i> psicológico
	Promover	Família nuclear	Capacidade para comunicar		Domicílio	Enfermeiro	
	Facilitar	Casal	Capacidade para comunicar sentimentos		Domicílio	Enfermeiro	
	Promover	Casal	Parentalidade efetiva		Domicílio	Enfermeiro	
	Prevenir	Casal	Negligência da criança		Domicílio	Enfermeiro	
	Prevenir	Casal	Violência doméstica		Domicílio	Enfermeiro	
	Referenciar	Família nuclear	Apoio social		Centro de Saúde	Assistente Social	
Competências específicas do EEESCJ	<p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E1.1. - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da Parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1. - Negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2. - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E.1.1.3. - Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4. - Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5. - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6. - Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7. - Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p>						
	<p>A família é muitas vezes considerada um abrigo, que protege os seus membros de agressões, é idealizada como uma estrutura forte e uma fonte de valores e educação. A família é um sistema composto por diversos subsistemas que a influenciam (Villas Boas, Dassen, & Melchiori, 2010). Um destes subsistemas corresponde ao casal, com responsabilidade nas funções executivas de proteção, educação e integração cultural dos seus filhos, à qual chamamos de parentalidade (Pires, 2008). Podemos então deduzir que problemas no subsistema conjugal de crise familiar traz eventualmente comprometimento da qualidade do papel parental.</p> <p>Segundo Paixão, Gomes, Diniz, Vianna, & Pessoa (2014), numa família existe sempre a possibilidade de ocorrer uma crise com instalação de conflitos interpessoais. A questão central é a forma como estes conflitos são resolvidos prevenindo repercussões diretas ou indiretas na saúde de toda a família e principalmente dos filhos. Para Peixoto & Santos (2011), a família existe em interação com o meio e tende para o equilíbrio. Perante uma crise familiar, a família deve proteger a sua estabilidade desencadeando estratégias de <i>coping</i>. A dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos e redes de apoio, leva necessariamente à instalação de instabilidade mental, social e económica. Para Paixão et al. (2014), os conflitos podem ser positivos ou negativos, dependendo da forma como os membros da família os percebem e os tentam resolver, sendo a comunicação eficaz e assertiva a melhor forma de solucionar os problemas para se chegar a um acordo. "A eficácia do <i>coping</i> é influenciada pelo otimismo e autoeficácia. O otimismo está relacionado com uma melhor adaptação física e/ou psicológica ao stress, tendo assim um forte impacto no <i>coping</i>." (Peixoto & Santos, 2011, p.89).</p>						
	<p>Estado julgado como relativo</p>						
	<p>Fundamentação Teórica</p>						
	<p>Fundamentação Teórica</p>						
	<p>Fundamentação Teórica</p>						
	<p>Fundamentação Teórica</p>						

<p>O sistema familiar é complexo, e como tal, qualquer conflito entre os seus membros traz diretamente repercussões na vida global do seu núcleo. As crianças são por isso assombradas por distúrbios psicológicos, maus tratos potenciais e negligência (Paixão et al., 2014). Desta forma o EEESCJ deve proteger a criança, ajudando a família a lidar e a superar as experiências menos positivas da crise familiar. Avalia a estrutura familiar, utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis e mantém redes de recursos comunitários de suporte (OE, 2010b).</p>								
DESENVOLVIMENTO INFANTIL POTENCIAL								
Diagnóstico de Enfermagem		Criança	Desenvolvimento infantil	Potencialidade				
Intervenções de Enfermagem	Monitorizar	Criança	Desenvolvimento infantil		Centro de Saúde	Enfermeiro		
		Criança	Desenvolvimento infantil		Centro de Saúde	Enfermeiro		Pesar
	Medir	Criança	Peso corporal		Centro de Saúde	Enfermeiro		
		Criança	Altura		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Medir	Criança	Pressão sanguínea		Centro de Saúde	Enfermeiro		Medir a pressão sanguínea
	Examinar	Criança	Dentição		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Rastrear	Criança	Visão		Centro de Saúde	Enfermeiro		Rastrear visão
	Rastrear	Criança	Audição		Centro de Saúde	Enfermeiro		Rastrear a audição
	Examinar	Criança	Exame físico		Centro de Saúde	Enfermeiro		Exame físico
	Avaliar	Criança	Capacidade para comunicar		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Avaliar	Criança			Centro de Saúde	Enfermeiro		Avaliar a disponibilidade para aprender
	Verificar	Criança	Vacina		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Rastrear	Criança	Emoção negativa		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Rastrear	Criança	Negligência da criança		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Rastrear	Criança	Não adesão a precauções de segurança		Centro de Saúde	Enfermeiro		
Promover	Criança	Adesão ao regime dietético		Centro de Saúde	Enfermeiro		Promover a higiene oral	
Promover	Criança			Centro de Saúde	Enfermeiro			

45

Resultados de Enfermagem	Promover	Criança	Comportamento infantil organizado		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Promover	Criança	Adesão a precauções de segurança		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Promover	Criança	Adesão ao regime de exercício		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Promover	Criança	Sono adequado		Centro de Saúde	Enfermeiro		
	Registrar	Criança	Desenvolvimento infantil		Centro de Saúde	Enfermeiro	Computador	
		Criança	Desenvolvimento infantil	Nível esperado				
Competências específicas do EEESCJ	<p>E1.2. - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.1. - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2. - Encaminha a crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3. - Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4. - Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5. - Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.7. - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8. - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p> <p>E3. - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.1. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1. - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2. - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3. - Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p> <p>E3.3. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura.</p> <p>E3.3.1. - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2. - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3. - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>							
Fundamentação Teórica	<p>O desenvolvimento infantil é um processo contínuo e complexo, responsável por tornar a criança competente para responder às suas necessidades, que inclui a promoção de vários aspetos, desde o crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva (M. Pires, 2011). Neste processo o EEESCJ tem um papel fundamental na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, diagnosticando precocemente as doenças comuns, identificando situações/comportamentos de risco e fazendo o encaminhamento para outros profissionais da equipa multidisciplinar (OE, 2010b).</p> <p>A prática de enfermagem no acompanhamento do desenvolvimento infantil está fundamentado num método de gestão e promoção da saúde da criança nos vários momentos do seu desenvolvimento, onde a observação e a avaliação estão presentes como elementos básicos para um diagnóstico precoce (OE, 2010a). A avaliação do desenvolvimento psicomotor da criança no PNSIJ é realizada de uma forma estruturada, em idades chave, mesurada por instrumentos de avaliação, atuando ao nível da prevenção de potenciais problemas (OE, 2010a). É neste âmbito que surge a necessidade de conhecimentos especializados que dotam os profissionais de capacidades para comunicarem com os pais/prestadores de cuidados, estabelecendo estratégias de parceria com o objetivo de promover o desenvolvimento infantil. Assim sendo, e partilhando a opinião de (Pires, 2011, p. 13), "Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior relevância na garantia de um desenvolvimento infantil adequado.". Vemos, por isso reforçada a competência do EEESIJ para avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança, usando como recurso as consultas de enfermagem de saúde infantil (Pires, 2011). Na prática da vigilância infantil e juvenil, assistimos à efetivação de intervenções que visam a concretização de um conjunto</p>							

46

<p>alargado de objetivos que têm em consideração máxima, a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população (DGS, 2013). O desenvolvimento infantil satisfatório contribui inevitavelmente para a formação de uma pessoa com potencialidades desenvolvidas e com maior possibilidade de se tornar num cidadão apto a enfrentar as adversidades, reduzindo-se as desigualdades socioeconómicas da nossa comunidade (Pires, 2011).</p> <p>Para uma abordagem holística e o mais completa possível, o enfermeiro deve realizar todas as medições necessárias para quantificar os parâmetros que caracterizam o desenvolvimento físico, assim como avaliar as suas capacidades psicomotoras tendo como referência os conhecimentos que detém sobre as várias fases de desenvolvimento da criança. Por outro lado, deve “valorizar os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde.” (DGS, 2013, p. 3).</p> <p>A criança tem características incontornáveis, é um ser vulnerável, no entanto este facto não pode influenciar o desinteresse pela sua vontade. À criança deve-se respeito e dever de se proporcionar condições que lhe permitam um desenvolvimento global, reconhecendo os seus pais ou cuidadores como elementos ativos neste processo (OE, 2010a).</p>							
COMPORTAMENTO ALIMENTAR (DA CRIANÇA) COMPROMETIDO							
Diagnóstico de Enfermagem		Criança	Comportamento alimentar	Comprometido			
Intervenções de Enfermagem	Ensinar	Criança	Padrão alimentar		Domicílio	Enfermeiro	Ensinar sobre padrão alimentar
	Ensinar	Criança			Domicílio	Enfermeiro	Ensinar sobre a nutrição
	Aconselhar	Criança	Necessidade dietética		Domicílio	Enfermeiro	
	Adequar	Criança	Comportamento alimentar		Domicílio	Enfermeiro	
	Organizar	Criança	Regime dietético		Domicílio	Enfermeiro	
	Prevenir	Criança	Comportamento alimentar compulsivo		Domicílio	Enfermeiro	
	Prevenir	Criança	Excesso de peso		Domicílio	Enfermeiro	
	Promover	Criança	Adesão ao regime de exercício		Domicílio	Enfermeiro	
	Envolver	Criança	Papel familiar de ter filhos		Domicílio	Enfermeiro	
Referenciar	Criança	Necessidade dietética		Instituição de saúde	Serviço de nutrição		
Resultados de Enfermagem		Criança	Comportamento alimentar	Efetivo			
Competências específicas do EEESCJ	<p>E1.2. - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.1. - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2. - Encaminha a crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3. - Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4. - Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p>						

<p>E1.2.7. - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8. - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p> <p>E3. - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.1. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1. - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2. - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.3. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura.</p> <p>E3.3.1. - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2. - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3. - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>							
Fundamentação Teórica	<p>O comportamento que surge da seleção de alimentos e a sua ingestão, é fruto de aprendizagem ao longo da vida, influenciado pelo desenvolvimento físico e pelos aspetos sociais, afetivos e da interação familiar (Viana et al., 2008).</p> <p>É aceite por diversos autores que as crianças têm uma predisposição inata para alimentos doces, salgados e ricos em gordura no entanto a sua aprendizagem alimentar é também modulada a partir das observações dos adultos e dos seus grupos de pares (Viana et al., 2008). As crianças devem por isso ser ajudadas de uma forma construtiva a desenvolver atitudes de rejeição de alimentos prejudiciais e a estarem motivados a consumir alimentos saudáveis como frutas e vegetais, muitas vezes descorados. Segundo Viana et al. (2008), a criança tem de adquirir regras alimentares, nomeadamente do consumo de alimentos doces. A interiorização destas regras colide atualmente com o encorajamento ao consumo pela publicidade. A este desequilíbrio acrescenta-se ainda a tendência para o sedentarismo entre as crianças, que optam cada vez mais por atividades ligadas a ecrãs (tablet, telemóvel, videojogos, etc.). Segundo Hockenberry & Wilson (2014), a obesidade infantil é um dos problemas de saúde da atualidade e atinge os países com grande impacto económico. Refere ainda que a evolução tecnológica trouxe o sedentarismo, onde as horas disponíveis para a prática de exercício físico foram convertidas em dispositivos eletrónicos. Esta mudança de atitude induz o consumo de alimentos calóricos de pouco valor nutritivo levando ao excesso de peso (Giugliano, 2004 citado por Silva, Costa, & Pinto, 2008).</p> <p>Tendo em conta estes aspetos, é possível compreender que as mudanças nos estilos de vida são difíceis de se conseguir e mais difícil ainda é manter um novo comportamento. No entanto a promoção de comportamentos alimentares saudáveis deve continuar a ser considerado um componente exponencial para a promoção da saúde em todas as fases do ciclo de vida com enfoque nas idades mais precoces para termos adultos isentos de peso excessivo (Silva et al., 2008). O EEESCJ tem aqui um papel preponderante como elemento ativo e competente, intervindo na prevenção da obesidade infantil, que se apresenta como uma patologia severa que afeta negativamente a qualidade de vida da criança/jovem. O EEESCJ atua em proximidade com a criança/jovem e família e desta forma consegue com facilidade monitorizar o excesso de peso, educar para a saúde e encaminhar para outros profissionais especializados (Correia, 2011). É essencial neste contexto, reconhecer que a família é o grande aliado na influencia de comportamentos alimentares e como tal, a integração de uma parceria de cuidados requer uma família motivada e educada em alimentação saudável.</p> <p>Segundo Abreu (2010), a estrutura familiar tem influencia na obesidade infantil. A escassez em tempo de atenção que os pais dedicam aos seus filhos, a ausência de atividade em família, o fraco suporte social e as precárias condições económicas, contribuem significativamente para agravar esta problemática (Abreu, 2010). Estamos por isso perante um problema complexo que exige um planeamento global e contínuo. Para Caprio (2006), os programas de tratamento de obesidade infantil devem ser por isso realizados numa abordagem multidisciplinar, onde se combina a componente alimentar, modificação comportamental, atividade física e o envolvimento parental.</p>						
	TRISTEZA (NA CRIANÇA) PRESENTE						
Diagnóstico de Enfermagem		Criança	Tristeza	Presente			
Intervenções de Enfermagem	Proteger	Criança	Confidencialidade		Domicílio	Enfermeiro	
	Escutar	Criança			Domicílio	Enfermeiro	
	Permitir	Criança	Chorar		Domicílio	Enfermeiro	
	Treinar	Criança	Ritmo respiratório		Domicílio	Enfermeiro	

Resultados de Enfermagem	Confortar Criança	Criança	Ansiedade		Domicílio	Terapia de relaxamento simples	
	Conversar Criança	Criança			Domicílio	Enfermeiro	
	Encorajar Criança	Criança	Comportamento positivo		Domicílio	Enfermeiro	
	Elogiar Criança	Criança	Atitude		Domicílio	Enfermeiro	
	Apoiar Criança	Criança	Autocontrolo		Domicílio	Enfermeiro	
	Tranquilizar Criança	Criança	Angústia da separação		Domicílio	Enfermeiro	
	Incentivar Criança	Criança	Papel lúdico		Domicílio	Enfermeiro	Terapia pela diversão
	Promover Criança	Criança	Socialização		Domicílio	Escola	Enfermeiro
	Incentivar Criança	Criança	Apoio da família		Domicílio	Enfermeiro	Enfermeiro
	Prevenir Criança	Criança	Emoção negativa		Domicílio	Enfermeiro	Enfermeiro
		Criança	Tristeza	Diminuída			
Competências específicas de EEESCJ	E1.2. - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.						
	E1.2.1. - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.						
	E1.2.2. - Encaminha a crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.						
	E1.2.3. - Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.						
	E1.2.4. - Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).						
	E1.2.7. - Avalia conhecimentos e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.						
	E1.2.8. - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.						
	E2. - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.						
	E2.4. - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.						
	E2.4.1. - Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.						
E2.4.2. - Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.							
E2.4.3. - Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar							
E3. - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.							
E3.1. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.							
E3.1.1. - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.							
E3.1.2. - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.							
E3.3. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura.							
E3.3.1. - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.							
E3.3.2. - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.							
E3.3.3. - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.							
Fundamentação Teórica	Naturalmente consideramos a infância como um período de felicidade caracterizado pela ausência de preocupações e responsabilidades, no entanto as crianças também podem sofrer emocionalmente o que leva à instauração de sentimentos de tristeza, chegando mesmo à depressão (Harrington 1993 citado por Fu I, Curatolo, & Friedrich,						

2000). Segundo Fu I et al. (2000), estes sentimentos de tristeza estão associados a perdas significativas, a manifestações de raiva decorrentes de frustração e por norma são reações afetivas autolimitadas que não necessitam intervenção especializada. No entanto, para estes autores, caso se verifique aumento da intensidade, da persistência e o aparecimento de outros sintomas acompanhantes (tristeza e irritabilidade), é indispensável um acompanhamento do quadro.

Os transtornos afetivos, manifestam-se por irritabilidade, alterações de humor, amargura, desgosto ou agressividade (Dalgalarrodo 2000 citado por Fu I et al., 2000). As mudanças comportamentais na criança que não se justificam por fatores de stress são um importante sinal de transtorno afetivo, ou seja, crianças que por exemplo seguem condutas adequadas, com bons desempenhos escolares, bem-adaptadas socialmente e que passam a ter um comportamento disruptivo. Estes distúrbios são suficientes para interferirem significativamente num desenvolvimento infantil saudável, prejudicando o seu rendimento escolar e a sua interação sociofamiliar (Fu I et al., 2000). O humor depressivo é mais comum em crianças do que em adolescentes e manifesta-se predominantemente por sintomas de tristeza, choro, desmotivação, baixa autoestima, ansiedade, insónia, queixas somáticas, inapetência, cansaço e desinteresse por desporto e lazer (Tomb 1995, citado por Fu I et al., 2000).

De acordo com Andreasen & Hoenk (1992) citados por Fu I et al. (2000), apesar da tristeza se apresentar muitas vezes como um sinal de transtorno transitório, é necessário um acompanhamento devido ao seu potencial para evoluir no sentido de uma depressão. O EEESCJ está próximo da criança/jovem e sua família, local privilegiado para identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico e diagnóstica, precocemente situações de risco que podem afetar a sua qualidade de vida, intervir de forma especializada e encaminhar para outros profissionais (OE, 2010b). "O enfermeiro atua promovendo o bem-estar físico, mental e social visando, fundamentalmente, melhorar a qualidade de vida da criança e da família/cuidadores inseridos no contexto e amenizar o sofrimento causado pela depressão na criança." (Sebroeck, Costa, Miranda, & Mello, 2010, p. 16-17).

Uma das estratégias autónomas que pode ser usada pelo EEESCJ é a relação de ajuda em pediatria. A relação de ajuda, segundo Phaneuf (2005), enfatiza a interação entre o enfermeiro, indivíduo e família. É a relação de ajuda que permite fazer a ponte entre a competência técnica e científica com a humanização dos cuidados. Segundo Chalifour (2007), a entrevista de ajuda constitui uma interação particular entre duas pessoas (entrevistador e entrevistado), onde cada um coopera pessoalmente para a descoberta e satisfação da necessidade de ajuda do entrevistado. Não é suficiente ter boas intenções para ajudar, mas dotar a identidade profissional de bases sólidas em todas as dimensões da relação de ajuda. Segundo Chalifour (2007), esta interação exige que enquanto enfermeiro, se tenha de adotar um modo de ser e de comunicar que vá ao encontro das solicitações do doente. Para Phaneuf (2005), esta comunicação deve favorecer a construção de um ambiente de compreensão, permitindo ao doente perceber a sua situação, aceitá-la e disponibilizar-se à mudança para se tornar mais autónomo.

Cuidar em pediatria é diretamente proporcional ao cuidar em parceria estabelecendo-se uma relação de ajuda capacitando a criança/jovem e família a rentabilizar os seus recursos pessoais internos para adotar comportamentos e atitudes que vão ao encontro da maximização da sua saúde (Almeida, 2012).

CONHECIMENTO SOBRE HIGIENE ORAL (DA CRIANÇA) DIMINUÍDO

Diagnóstico de Enfermagem	Criança	Conhecimento sobre higiene oral	Diminuído			
	Avaliar Criança	Padrão de higiene oral		Domicílio	Enfermeiro	
	Avaliar Criança	Conhecimento sobre higiene oral		Domicílio	Enfermeiro	
	Incentivar Criança	Padrão de higiene oral		Domicílio	Enfermeiro	Escola
	Ensinar Criança	Conhecimento sobre higiene oral		Domicílio	Enfermeiro	Material de instrução
	Treinar Criança	Conhecimento sobre higiene oral		Domicílio	Enfermeiro	Escova de dentes
	Promover Criança	Padrão de higiene oral		Domicílio	Enfermeiro	

Resultados de Enfermagem	Envolver	Criança	Papel familiar de ter filhos		Domicílio	Enfermeiro	
		Criança	Conhecimento sobre higiene oral	Melhorado			
Competências específicas do EEESCJ	E1.2. - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.1. - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2. - Encaminha a crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.4. - Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.7. - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8. - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. E3. - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1. - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.3. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura. E3.3.1. - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.						
Fundamentação Teórica	Para o completo bem-estar da criança, a saúde oral é indispensável e indicador da sua qualidade de vida. Segundo, Mendes (2012) citado por Romanini (2014), a doença oral é um dos principais problemas de saúde que assombra a população infantil e juvenil, relacionada com o aparecimento de cáries dentárias com importante impacto socioeconómico relacionado com os custos dos tratamentos, com as sequelas e o contributo para o absentismo laboral e escolar. É a própria OMS (2012), que declara a importância essencial da higiene oral, integrando-a na saúde toral ligada à qualidade de vida de todas as pessoas. Desta forma o Programa Global da OMS de Saúde Oral enfatiza o desenvolvimento de políticas globais de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças orais. Estas recomendações tiveram origem em 1978 pela Declaração de Alma Ata e reforçadas posteriormente em 1985 pela Carta de Ottawa. Em resposta a estas considerações, a DGS em Portugal, desenvolveu o Plano Nacional de Saúde (PNS) onde foi inserido o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), direcionado para a população infantil e juvenil, baseado num plano de intervenção comunitário que prioriza a prevenção da cárie dentária e tratamento de doenças orais. Este programa integra ainda estratégias preventivas e curativas às crianças, jovens, grávidas e idosos baseadas no denominado, cheque dentista. No contexto do PNSIJ o EEESCJ deve ter conhecimento destes recursos estratégicos de forma a identificar precocemente problemas na avaliação da dentição da criança seguindo as idades chave, e encaminhar a criança que necessita de cuidados especializados em matéria de saúde oral. Por outro lado, o EEESCJ deve promover o desenvolvimento infantil livre de complicações relacionadas com um padrão de higiene oral negligenciado, intervindo com estratégias de educação para a saúde. Segundo Simões, Nogueira, Lopes, Santos, & Peres (2011), a educação para a saúde é um meio facilitador que promove a autonomia dos indivíduos para assumirem um papel ativo na sua saúde e colaborarem assim no processo de mudança com vista a adoção de estilos de vida saudáveis. A participação ativa da família, é uma vez mais, e no contexto da criação de hábitos saudáveis de higiene oral, um fator fundamental para o sucesso (Morais, 2012). Segundo Cuenca Sala & Garcia (2005) citados por Morais (2012, p. 14), "o papel exemplar da família e o uso repetido dos hábitos corretos são a principal ferramenta para implementar hábitos na criança."						
RISCO (DE) NÃO ADEÇÃO A PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA (NA CRIANÇA)							
Diagnóstico de Enfermagem		Criança	Não adesão a precauções de segurança	Risco			

51

Intervenções de Enfermagem	Interpretar	Criança	Não adesão a precauções de segurança		Domicílio	Enfermeiro	
	Aconselhar	Criança	Adesão a precauções de segurança		Domicílio	Enfermeiro	
	Ensinar	Criança			Domicílio	Enfermeiro	Ensinar medidas de segurança
	Ensinar	Criança			Domicílio	Enfermeiro	Ensinar sobre segurança doméstica
	Ensinar	Criança			Domicílio	Enfermeiro	Ensinar sobre a prevenção de quedas
	Promover	Criança	Regime de segurança		Domicílio	Enfermeiro	
	Prevenir	Criança	Queda		Domicílio	Enfermeiro	
	Envolver	Criança	Papel familiar de ter filhos		Domicílio	Enfermeiro	
Resultados de Enfermagem		Criança	Adesão a precauções de segurança	Atual			
Competências específicas do EEESCJ	E1.2. - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.4. - Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.7. - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8. - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. E3. - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1. - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.3. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura. E3.3.1. - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.						
Fundamentação Teórica	Assegurar que uma criança permanece segura de danos ou lesões durante o longo período, desde a infância até a adolescência, é uma tarefa constante que exige a participação dos pais, dos outros adultos que cuidam e ajudam a criar os filhos e, naturalmente, das próprias crianças. Os profissionais de saúde há muito que reconhecem a importância da promoção da prevenção de lesões como uma ferramenta para ajudar a educar e motivar os pais em manter seus filhos seguros (Hagan, Shaw, & Duncan, 2008). As lesões infantis não são necessariamente eventos acidentais ou aleatórios, até certo ponto são previsíveis e, por conseguinte, evitáveis. Como problema de saúde pública, as lesões não podem e não devem ser negligenciadas. É importante transmitir a ideia de que as lesões não são inevitáveis e dar lugar a uma abordagem pró-ativa e preventiva, para reduzir a mortalidade por lesões em todo o mundo. A prevenção de lesões nas crianças e adolescentes merecem uma consideração especial, porque eles						

52

vivem num mundo concebido para adultos e são mais vulneráveis a forças no corpo do que estes. Para além disso, não são capazes de avaliar os perigos potenciais de muitas situações, têm um direito igual à saúde e a um ambiente seguro e a sociedade também tem interesse que as crianças se transformem em adultos saudáveis e possam contribuir economicamente para a sociedade onde vivem (OMS, 2005). De acordo com o Plano Nacional de Saúde infantil e Juvenil, no exame de saúde da criança, deve ser realizada a promoção da prevenção dos acidentes/quedas e estimulada a adoção de comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes/quedas. Para além disso, deve-se apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos. A concretização destes objetivos implica a otimização dos recursos disponíveis (DGS, 2013).

Relativamente à Segurança Infantil e Prevenção de Acidentes, os enfermeiros no domínio das suas competências, sobretudo os especialistas da criança e do jovem, encontram-se numa posição privilegiada para conseguir mudar mentalidades e comportamentos, no sentido de salvaguardar a sobrevivência das crianças e a sua qualidade de vida futura. A sua ação centra-se na sensibilização de crianças/jovens e família acerca desta temática, contribuindo desta forma para a melhoria de qualidade de vida das crianças e influenciando positivamente os indicadores de saúde e os ganhos em saúde do país (Gonçalves, 2011). O EEESCI, "assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde" (OE, 2010b, p. 3). Para conseguir desempenhar esta competência deve implementar e gerir em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinsersão social da criança/jovem. Deve ainda o Enfermeiro Especialista, diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, sendo capaz de identificar comportamentos de risco, avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde e facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (OE, 2010b).

Tabela 3 - Intervenções de Enfermagem/Resultados esperados/Competências do EEESCI/Fundamentação Teórica

Apêndice 4 – Sessão de Educação para a Saúde: Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros

25/02/2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Ciências da Saúde

Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros

Saúde Escolar 2017

Enf.ª Sandra Malveiras – USF
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Enf.ª Rui Pereira – Aluno de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátria

2017



Acidentes?

Um acontecimento que acontece independente da nossa vontade. É provocado por uma ação repentina e rápida ou por uma causa externa e pode provocar ou não lesão corporal ou mental.



Quais os acidentes que ocorrem mais frequentemente?

- As quedas são a principal causa de acidentes com crianças!
- Seguem-se os cortes/ feridas, as queimaduras e as intoxicações.



Acidentes

Porque acontecem?



25/02/2018



25/02/2018



25/02/2018

Atropelamentos

- Nenhuma criança menor de 10 anos deve atravessar a rua sozinha;
- Devemos olhar para os 2 lados da estrada;
- Se houver semáforo, apenas avançar com o sinal verde;
- Não brincar nos passeios.



Atropelamentos



- Respeitar os sinais de trânsito e faixas para peões sempre que possível;
- Fazer um contacto com os olhos dos motoristas antes de atravessar na frente deles.

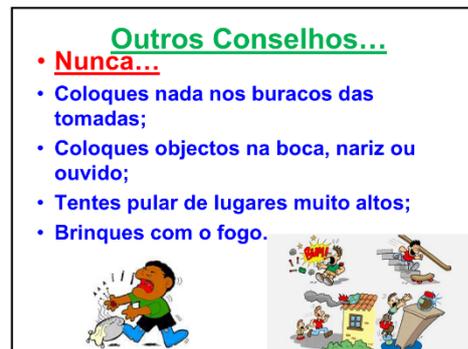
No autocarro

- Ao desembarcar do autocarro, esperar que o veículo pare totalmente e aguardar que ele se afaste para atravessar a rua.



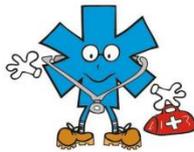
No Carro





25/02/2018

PRIMEIROS SOCORROS



Os primeiros socorros são apenas a primeira ajuda a ser dada ao ferido.

Estes servem para aliviar a dor e estabilizar o estado da pessoa, mas não servem como tratamento ou cura.

Deve-se sempre pedir ajuda a um adulto e o ferido deve ser levado a um hospital.



Se não tiveres nenhum adulto por perto e tiveres uma pessoa em perigo de vida telefona **112** e explica onde te encontras e a situação;

Mas nunca brinques com este número, pois a vida de muitas pessoas dependem deste número.



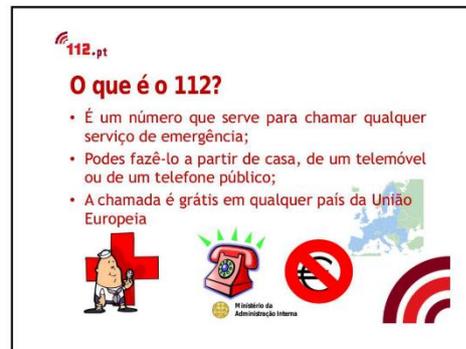
Como pedir ajuda?

• Chamar ajuda/ Gritar;

• Ligar 112



25/02/2018



25/02/2018

maia de primeiros socorros

- Soro Fisiológico (unidose);
- Luvas descartáveis de latex;
- Pensos Rápidos;
- Compressas de diferentes dimensões;
- Ligadura não-elástica;
- Álcool etílico a 70° (unidose);
- Solução Anti-séptica (unidose);
- Tesoura de pontas redondas;
- Pinça;
- Rolo adesivo;
- Embalagem de esponjas de Spongostan;
- Termómetro digital;
- Pacotes de açúcar.



maia de primeiros socorros



Controlo da Infecção

HIGIENE CORRETA DAS MÃOS

Tira joias, relógios e pulseiras. Use água e sabão, ou álcool gel e siga as etapas:

- 1 **Palma**
- 2 **Dorso das Mãos**
- 3 **Espaço Entre os Dedos**
- 4 **Polegar**
- 5 **Articulação**
- 6 **Unhas, Especialmente nos Dedos**
- 7 **Punhos**

Em caso de tosse ou espirros, feche o nariz e espirre no mesmo papel com que secou as mãos.



Controlo da Infecção

Para de escolher rotulados que provocam alergias
proteja os outros da TOSSE

Quando espirra e tosse volte a sua boca e nariz com um lenço

Deixe o lenço usado no lixo

Tosse e espirros cobertos a boca e nariz com o lenço ou nos cotovelos

LAVE AS SUAS MÃOS DEPOIS DE TOSSIR E ESPIRRAR.

Lave as mãos com água e sabão sempre durante 20 segundos

Use um lenço descartável para secar as mãos

Evite ir com as mãos sujas a lugares frequentados



25/02/2018

Ferimentos Ligeiros

- Não se mexe no sangue de outra pessoa sem luvas;
- Lavar e desinfetar a ferida
- Cobrir a ferida com um penso ou uma compressa esterilizada.



Hemorragia

É uma perda de sangue abundante;

Quando um corte atinge um vaso sanguíneo.



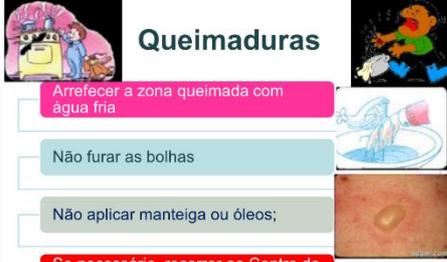
Epistaxis/ Hemorragia Nasal

- Pinçar o nariz com o polegar e o indicador;
- Respirar pela boca;
- Sentar inclinado para a frente, para evitar engolir o sangue;
- Se for sangue para a boca deves cuspir, para não te sentires mal disposto;
- Aplicar gelo no nariz e zona em redor;
- Se a hemorragia não parar, introduzir na narina que sangra um tampão (lenço, compressa ou springostan), e chamar de imediato um adulto.



Queimaduras

- Arrefecer a zona queimada com água fria
- Não furar as bolhas
- Não aplicar manteiga ou óleos;
- Se necessário, recorrer ao Centro de Saúde.



25/02/2018

Intoxicações



Contacto com Olhos

- Lavar com água corrente 15 minutos
- Não aplicar nada
- Ligar CIAV

Contaminação da Pele

- Retirar roupas sujas
- Lavar com água corrente 15 minutos
- Ligar CIAV



CIAV
808 250 143

Intoxicações

Picada de Animal

- Fazer repouso no local
- Aplicar calor no caso de peixe aranha
- Aplicar gelo nos outros casos
- Ligar CIAV

Ingestão

- Não provocar o vômito
- Pode beber goles de água ou leite
- Ligar CIAV

Abelha
Vespa
Lacrau
Víbora
Peixe-Aranha



CIAV
808 250 143

Desmaio

- Perda repentina da consciência precedida imediatamente por palidez, fraqueza e suores frios;
- É provocado por falta de açúcar ou oxigénio no cérebro devido a diversas causas como: excesso de calor, cansaço, falta de alimentação e factores emocionais.



Se uma pessoa estiver prestes a desmaiar:

- deve-se deitar e elevar as pernas;
- sentar-se e colocar a cabeça entre os joelhos;
- beber líquidos com açúcar;



25/02/2018

Se a pessoa já estiver desmaiada:

- Desapertar a roupa do peito;
- Deitá-la com a cabeça de lado e elevar-lhe as pernas;
- Mantê-la aquecida;
- **Deves pedir ajuda a um adulto.**



Dúvidas?

• **Vamos ver o que ficaram a saber!**



Quais os acidentes que ocorrem mais frequentemente?

- **Quedas;**
- **Cortes/ feridas;**
- **Queimaduras;**
- **Intoxicações.**



Acidentes

Porque acontecem?



Em caso de acidente o que devemos logo fazer?

- Pedir ajuda a um adulto/ Gritar;
- Ligar 112



O que fazer nos Ferimentos Ligeiros ?

- Não se mexe no sangue de outra pessoa sem luvas;
- Lavar e desinfetar a ferida
- Cobrir a ferida com um penso ou uma compressa esterilizada.



O que fazer nas Queimaduras?

- Arrefecer a zona queimada com água fria
- Não furar as bolhas
- Não aplicar manteiga ou óleos;
- Se necessário, recorrer ao Centro de Saúde.



25/02/2018



Apêndice 5 – Plano de Sessão de Educação para a Saúde: Suporte Básico de Vida Pediátrico

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Suporte Básico de Vida

Local:

Data e hora: 20 de Abril às 18:00h

Duração: Duas Horas

Objetivos:

- Que 50% dos formandos compreendam as particularidades anatómicas e fisiológicas das crianças que justifiquem adaptações de procedimentos base de SBV;
- Que 50% dos formandos identifiquem as principais causas de paragem cardiorrespiratória em idade pediátrica;
- Que 50% dos formandos reconheçam a obstrução da via aérea na criança;
- Que 50% dos formandos consigam descrever as técnicas de reanimação no latente /criança de acordo com o algoritmo.

	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades de Grupo	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da equipa de enfermeiros ao grupo; • Apresentação da temática e dos respetivos objetivos da sessão; • Distribuir aos formandos um questionário de avaliação de conhecimentos inicial (pré-teste) 	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-teste (Escolha múltipla) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do pré-teste 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrução da Via Aérea: • Ligeira • Grave • Atuação na Obstrução Via Aérea no latente /criança consciente; • Atuação na Obstrução Via Aérea no latente /criança inconsciente; • Suporte Básico de Vida Pediátrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Demonstrativo • Expositivo e Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo (apresentação Powerpoint); 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação da temática recorrendo ao diálogo expositivo; • Demonstração 	<ul style="list-style-type: none"> • 40 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo das ideias principais; • Esclarecimento de dúvidas; • Parte prática da actuação em : <ul style="list-style-type: none"> • OVA • SBV Pediátrico. • Avaliação da sessão – preenchimento do pós-teste; • Agradecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pós-teste (Escolha múltipla) • Manequins para SBV 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática de OVA e SBV Pediátrico • Preenchimento do pós-teste (verdadeiro e falso). 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 min.

Apêndice 6 –Sessão de Educação para a Saúde: Suporte Básico de Vida Pediátrico

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
IPPortalegre

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



Suporte Básico de Vida Pediátrico

Enfª Sandra Meireles – USF

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfª Rui Pereira – Aluno de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

24 de Maio 2017

Objetivos

- Compreender as particularidades anatómicas e fisiológicas das crianças que justifiquem adaptações de procedimentos base de SBV;
- Identificar as principais causas de paragem cardiorrespiratória em idade pediátrica;
- Reconhecer a obstrução da via aérea na criança e no jovem;
- Efetuar e descrever as técnicas de reanimação na criança de acordo com o algoritmo;

Introdução

- A criança tem características anatómicas e fisiológicas particulares pelo que é necessário adaptar os procedimentos de SBV a essas características;
- As estruturas anatómicas e fisiológicas são mais frágeis, sendo todas as manobras de reanimação realizadas com mais suavidade de modo a não causar dano ou traumatismos;
- A criança está particularmente sujeita a obstrução da via aérea uma vez que a sua via aérea tem menor diâmetro e colapsa com maior facilidade.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

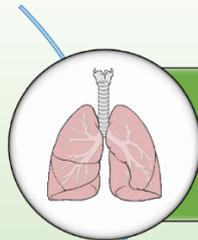
- SBV está indicado em todas as crianças que **não respondem** e não **respiram normalmente**;
- Deve ser iniciado tão cedo quanto possível, de preferência por quem testemunhou o evento;
- O objetivo principal é manter a oxigenação suficiente para proteger o cérebro e outros órgãos nobres;

Idealmente, todos os cidadãos deveriam ter conhecimentos e competências de SBV.

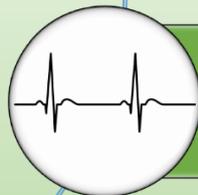
O SBV é mais eficaz quando o reanimador é competente a executá-lo, mas mesmo uma RCP menos perfeita é melhor que nenhuma.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Para a maioria das crianças vítimas de paragem cardiorrespiratória, a sequência de ações recomendada baseia-se em dois fatores essenciais:



A maioria das paragens em crianças têm uma origem hipóxica e a prioridade é a permeabilização da via aérea e o fornecimento imediato de oxigénio (insuflações com ar expirado)



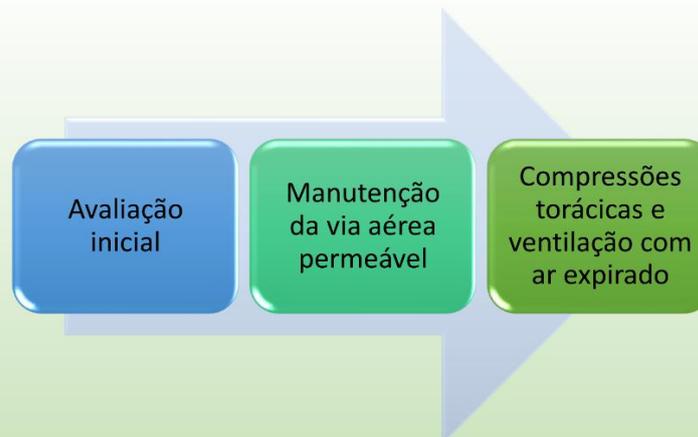
A arritmia mais frequente na paragem em crianças é uma bradicardia grave evoluindo para assistolia. Assim, o SBV eficaz é mais importante que o rápido acesso a um desfibrilhador



Apesar de rara, a paragem cardíaca primária em FV ou TVsP ocorre ocasionalmente em crianças.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

SBV inclui as seguintes etapas:



Como em qualquer outra situação, deverão ser sempre avaliadas **as condições de segurança** antes de abordar a criança.



Suporte Básico de Vida Pediátrico

Condições de segurança

- Ambiente
- Reanimador
- Vítima

Existe uma regra básica que nunca deve ser esquecida: o reanimador não deve expor-se a si, nem a terceiros, a riscos que possam comprometer a sua integridade física.

This section focuses on safety conditions for Pediatric BLS. It features a central list: 'Ambiente' (Environment), 'Reanimador' (Resuscitator), and 'Vítima' (Victim). Surrounding this list are various safety-related icons: a skull and crossbones (toxic), a black X (obstruction), a lightning bolt (electrical), a syringe, white gloves, blue balloons (resuscitator), a 'PISO MOLHADO' (wet floor) sign, a staircase, a blood splatter, and a highway. The text at the bottom emphasizes that the resuscitator must never expose themselves or others to risks that could compromise their physical integrity.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Sem resposta



Abanar os ombros com cuidado

Verificar Resposta / Consciência

Se for um **lactente** não o deve abanar, deverá estimular os movimentos através de **toques nas mãos ou pés**.



Se não responder:

Gritar por ajuda.

Não abandonar a vítima.

Se responder:

Deixar na posição encontrada, se não houver perigo iminente;

Tentar descobrir o que aconteceu;

Procurar ajuda se necessário;

Reavaliar vítima frequentemente.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Chamar ajuda



Preciso de ajuda!

- Reanimador sozinho, deve gritar por **"AJUDA"** e iniciar SBV imediatamente;
- Só deve deixar a criança para pedir ajuda (ou para usar telemóvel) **após 1 minuto de suporte básico de vida**;
- Se 2 reanimadores, um deve ativar de imediato 112 ou EPC Hospitalar (12112);
- Um reanimador isolado também deve chamar de imediato ajuda primeiro (antes de RCP) no caso de um **colapso súbito testemunhado**.

Chamada:

Onde?

O quê?

Quem

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Permeabilizar a via aérea

Permeabilização da via aérea:

- Desaperte a roupa e exponha o tórax;
- Se visualizar objetos estranhos na boca remova-os;
- Coloque a palma da mão na testa da vítima e os dedos indicador e médio da outra mão no bordo da mandíbula;



Subluxação da Mandíbula

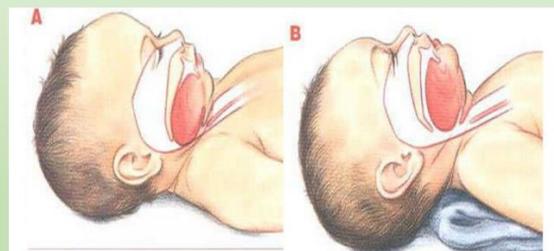


Trauma Cervical

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Permeabilizar a via aérea

- Permeabilize a via aérea efetuando simultaneamente a extensão da cabeça e elevação do maxilar inferior.
- No lactente em decúbito dorsal a cabeça fica habitualmente fletida em relação ao pescoço, deverá ser efetuada apenas uma ligeira extensão da cabeça de forma a obter “uma posição neutra”.



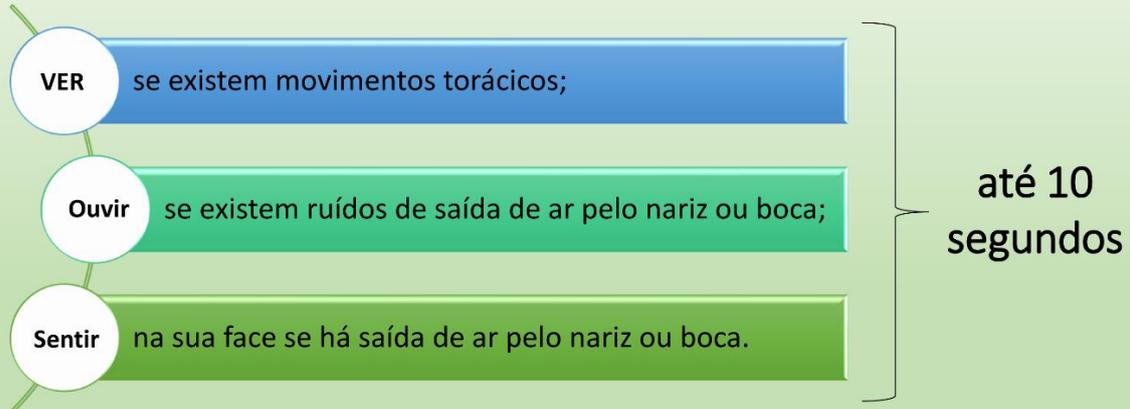
Suporte Básico de Vida Pediátrico

Não respira normalmente?



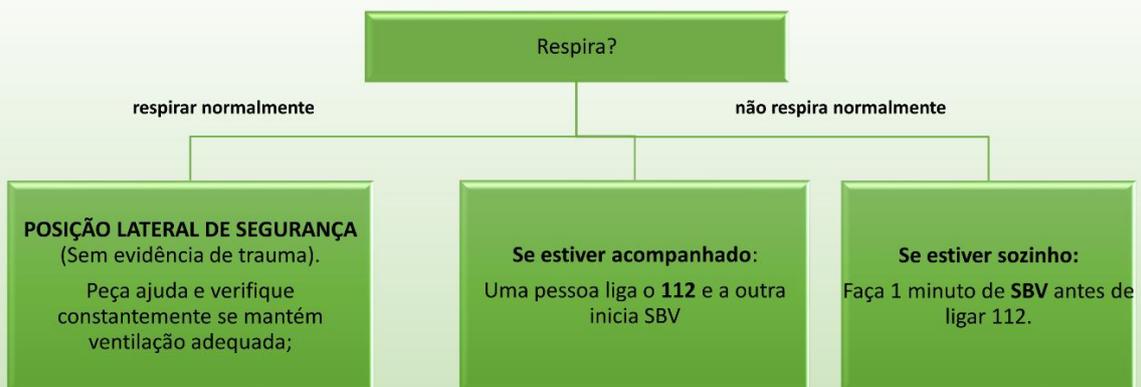
Pesquisar sinais de Ventilação

- Para verificar se a criança ventila normalmente deve manter a permeabilidade da via aérea, aproximar a sua face da face da criança, olhando para o seu tórax e:



Suporte Básico de Vida Pediátrico

Não respira normalmente?



Suporte Básico de Vida Pediátrico

5 Insuflações

Manter a permeabilidade da via aérea



iniciar ventilação com ar expirado.

5 insuflações



- Cada insuflação de ar deve ser feita 1 segundo com volume de ar apenas suficiente para causar uma expansão torácica visível a cada insuflação;
- Afastar a boca da vítima e verificar o tórax a retrair com saída do ar, antes da próxima insuflação.
- Na criança utilizar ventilação boca-a-boca (pinçando o nariz) ou boca-máscara, no lactente utilizar ventilação boca-a-boca nariz.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

5 Insuflações



Dificuldade em efetuar ventilações eficazes pode existir obstrução da via aérea.

Deve:

- Abrir a boca e procurar objetos removíveis;
- Reposicionar a cabeça;
- Tentar ventilar de novo, fazendo no máximo 5 tentativas;
- Se apesar de tudo não conseguir, prosseguir avaliação.
- A pesquisa de corpos estranhos na cavidade oral não deve ser realizadas às cegas, uma vez que ocorre o risco de empurrar algum objeto.
- Após efetuar 5 insuflações e na **ausência de sinais de vida** (qualquer movimento, tosse ou respiração NORMAL) deve passar às **compressões torácicas**.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Sem sinais de vida?

Após efetuar 5 insuflações e na **ausência de sinais de vida** (qualquer movimento, tosse ou respiração NORMAL)



Iniciar compressões torácicas.



SBV pediátrico

15 compressões torácicas

- As compressões devem ser realizadas de forma a causar uma depressão de aproximadamente 1/3 da altura do tórax, a uma frequência de 100/min.
- É fundamental que entre as compressões permita a completa re-expansão torácica
- É diferente a forma de realizar corretamente as compressões torácicas nas crianças e nos lactentes.



Lactentes até 1 ano



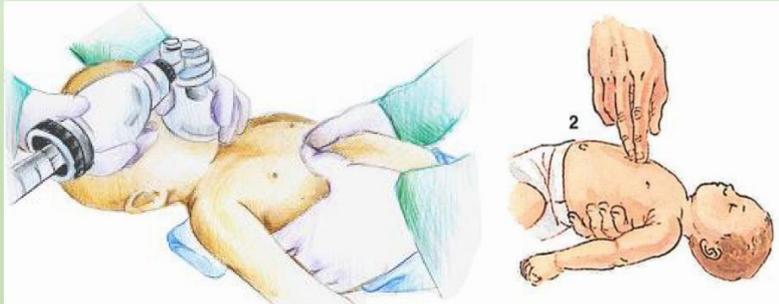
Criança

Suporte Básico de Vida Pediátrico

15 compressões torácicas

No lactente:

- Mantenha a permeabilidade da via aérea, mantendo a cabeça em posição neutra, com uma mão na cabeça do lactente;
- Coloque a ponta de dois dedos da outra mão no 1/3 inferior do externo;
- Comprima o tórax de modo a causar uma depressão de cerca de 1/3 da sua altura;
- Fazer 15 compressões seguidas de 2 insuflações e assim sucessivamente;



Suporte Básico de Vida Pediátrico

15 compressões torácicas

Nas crianças:

- Ajoelhe-se junto da criança;
- Colocar o bordo de uma mão no 1/3 inferior do externo;
- Levantar os dedos de forma a não comprimir as costelas;
- Mantendo o braço esticado, sem fletir o cotovelo, posicionar-se para que o ombro fique perpendicular ao ponto de apoio da mão;
- Efetuar 15 compressões, permeabilizar a via aérea e efetuar 2 insuflações;



Suporte Básico de Vida Pediátrico

2 insuflações / 15 compressões

...continuar SBV



DURANTE 1 MINUTO

(equivale a 5 ciclos de RCP)

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Ligar 112 ou 12112



Ligar número de emergência 112:

- Se possível, pedir a alguém para ligar, certificando-se que dá informações corretas;
- Ligar pessoalmente, mantendo-se junto à vítima se possível (alta-voz?);
- Abandonar a vítima só se não existir mais nenhuma opção.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Ligar 112 ou 12112



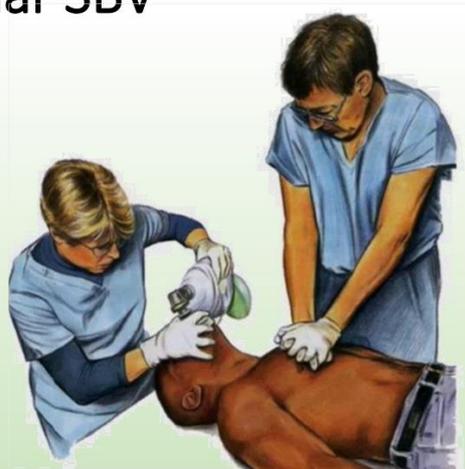
- Tipo de situação;
- Dados e estado da(s) vítima(s);
- Localização exata;
- Necessidade de outros meios;
- Número de telefone;
- Responder de forma clara, concisa e calma às questões colocadas pelo operador do CODU.
- Desligar o telefone apenas quando o operador indicar.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

... continuar SBV



1 Reanimador



2 Reanimadores

Trocar posições a cada 2 min. (10 ciclos)



Se socorrista não pode fazer ventilações à vítima (por exemplo intoxicação respiratória), execute compressões torácicas contínuas (frequência de 100/min).

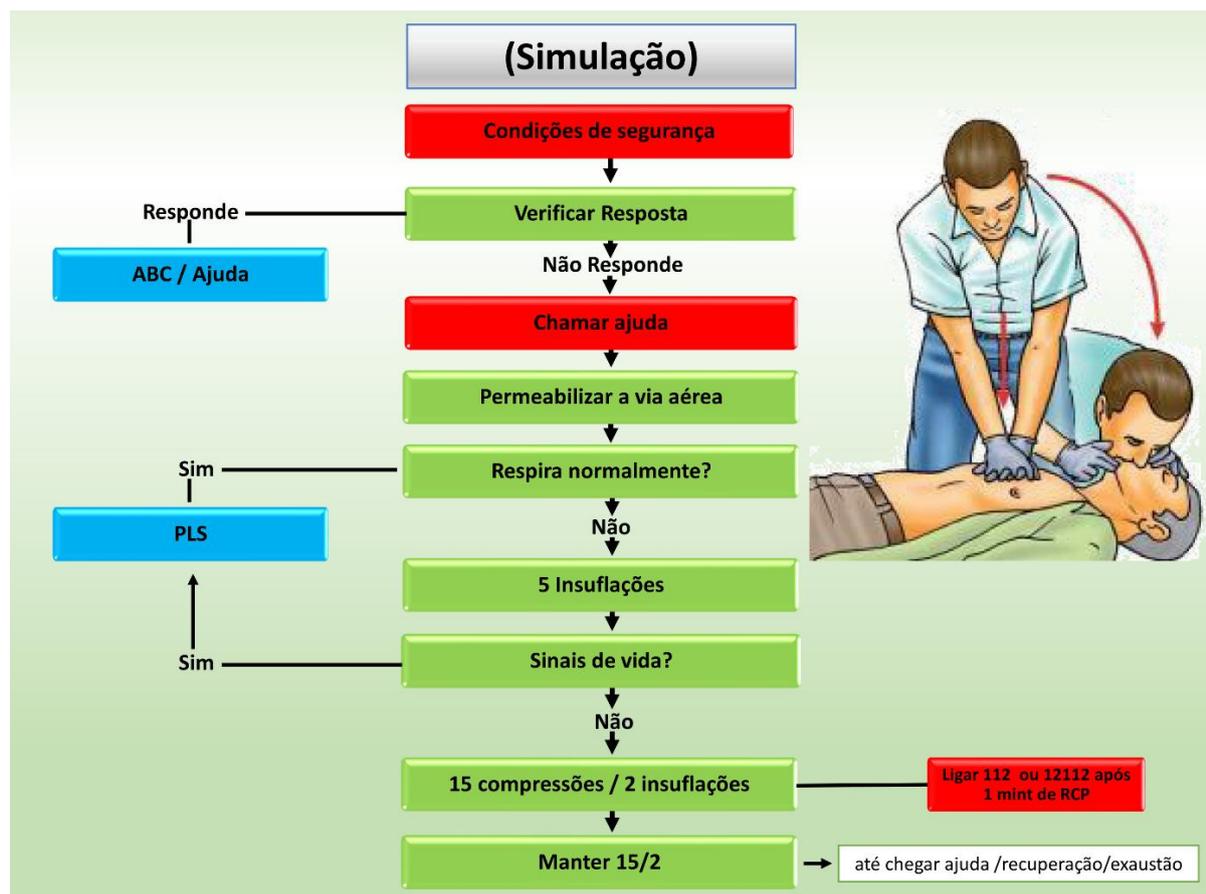
Suporte Básico de Vida Pediátrico

Deve continuar as manobras de SBV até que:

- Chegue ajuda diferenciada;
- A criança recupere sinais de vida;
- Fique exausto.

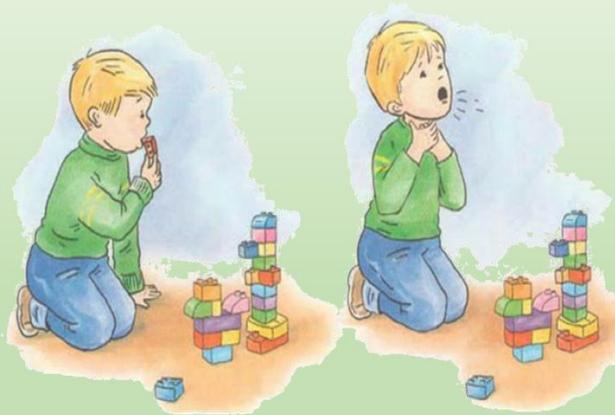
Transmissão da informação à equipa de emergência:

- Circunstâncias da PCR
- Duração da PCR
- Duração das manobras de SBV
- Medidas já tomadas



Obstrução da via aérea (OVA) por corpo estranho em pediatria:

- A maioria das situações de OVA acontece durante a alimentação ou quando as crianças se encontram a brincar com objetos de pequenas dimensões;
- Manifesta-se por dificuldade respiratória de início súbito com tosse e estridor;
- Pode ser classificada como ligeira (Tosse eficaz) ou grave (tosse ineficaz).



Obstrução da via aérea por corpo estranho

Ligeira
Tosse eficaz



- Criança consegue tossir, falar ou chorar, faz algum ruído a respirar e encontra-se agitada;
- Não devemos interferir, a criança deverá ser encorajada a tossir.



Grave
Tosse ineficaz



- Criança não consegue tossir, falar ou chorar e não se ouve qualquer ruído respiratório.
- Pode manter-se inicialmente reativa ou ficar inconsciente.

É necessária rápida atuação. **NÃO ABANDONAR A VÍTIMA!**



Sequência de atuação no lactente consciente

- Segure criança em decúbito ventral, com a cabeça mais baixa que o resto do corpo, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço ou na sua coxa.
- Aplicar pancadas inter-escapulares (nas costas entre as duas omoplatas) com o bordo da mão, tendo atenção à força utilizada – aplicar até um máximo de 5 pancadas inter-escapulares.



Sequência de atuação no lactente consciente

- Se não conseguir remover o corpo estranho passe à aplicação de compressões torácicas.
- Com uma mão segure a cabeça do lactente, na região occipital e rode-o em bloco para que este fique em decúbito dorsal, mantenha a cabeça a um nível inferior do resto do corpo.
- Faça compressões torácicas com 2 dedos com o objetivo de deslocar o corpo estranho.



Sequência de atuação no lactente consciente

- Faça até 5 compressões torácicas , inspecione a cavidade oral para verificar a existência de algum objeto removível.
- Repita as 5 pancadas interescapulares e as 5 compressões torácicas até a obstrução ser resolvida ou o lactente se encontrar inconsciente.



Sequência de atuação na criança consciente

- Se a criança consegue respirar e tossir deve apenas encorajá-la a tossir;
- Se a tosse for ineficaz ou a criança desenvolver dificuldade respiratória, grite por ajuda e avalie o estado de consciência da criança.
- Aplique até um total de 5 pancadas interescapulares.



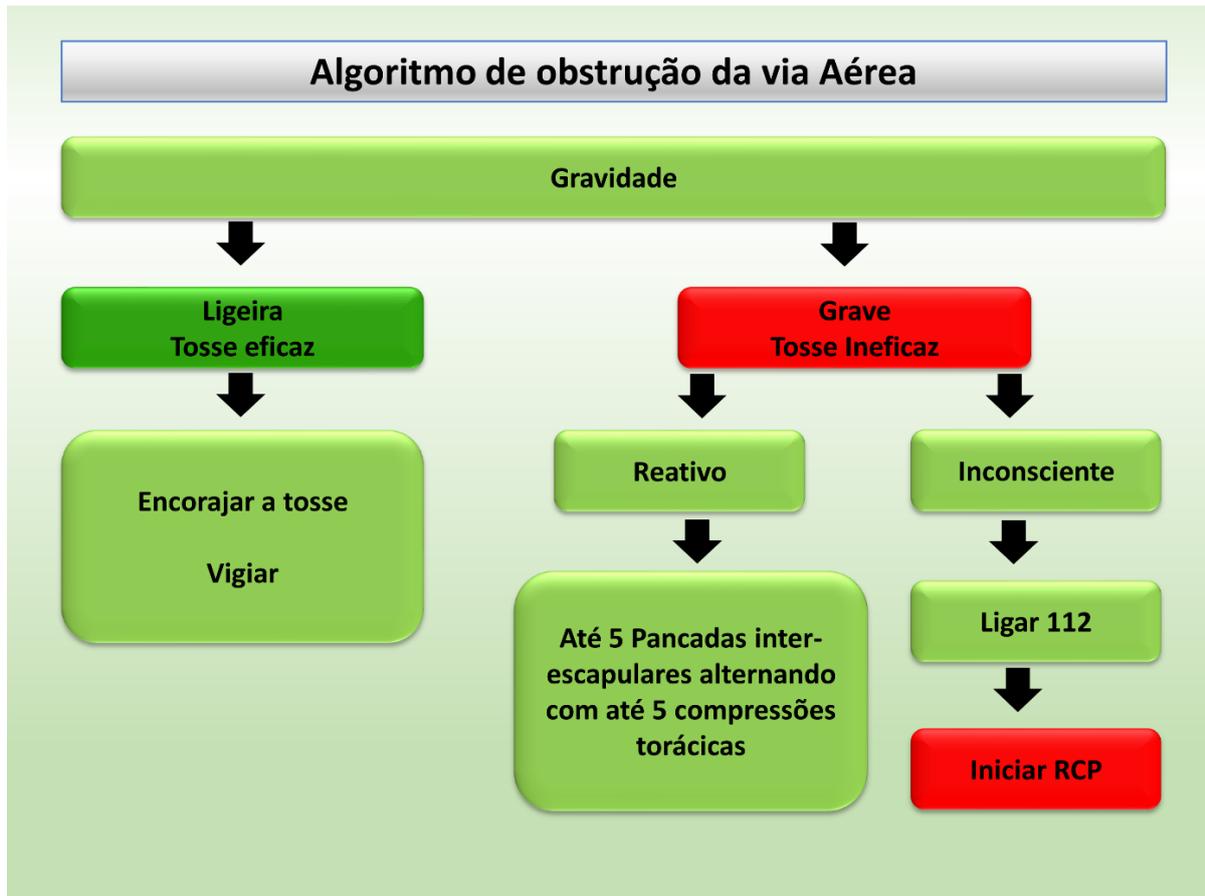
Sequência de atuação na criança consciente

- Se a obstrução persistir, efetue compressões abdominais (manobra de Heimlich), até 5 tentativas;
- Verifique se houve saída de corpo estranho;
- Repetir a sequência até haver resolução da obstrução ou a criança ficar inconsciente.



Obstrução da via aérea por corpo estranho

- No lactente e na criança, enquanto não houver resolução do problema e a vítima se mantiver consciente, a sequência deve ser mantida, e não se deve abandonar a vítima;
- Deve-se gritar por ajuda ou enviar alguém para pedir ajuda;
- Se a obstrução for resolvida, com a expulsão do corpo estranho, deve ser feita uma avaliação do estado da vítima, é possível que parte do corpo estranho que causou a obstrução ainda permaneça no trato respiratório, se existir qualquer dúvida deve procurar ajuda médica.
- As compressões abdominais poderão causar eventualmente lesões internas, pelo que se tiverem sido realizadas a criança deverá ser examinada por um médico.





Nós Enfermeiros somos protagonistas de uma história real, a falha num guião poderá colocar em causa uma história com final feliz....

Bibliografia

- Manual de socorrismo: S.R.P.C.B.A- Divisão de Prevenção, Formação e Sensibilização; Suporte Básico de Vida Pediátrico.
- www.inem.pt
- Maconochie, I. [et al.] (2015)- *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 –Section 6. Paediatric life support.* *Resuscitation*, 95: pgs.223-248. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028>
- Nolan, J. [et al.] (2010) - European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. 70 pgs.

Apêndice 7 – Pré-teste do Suporte Básico de Vida Pediátrico

Pré-teste do Suporte Básico de Vida Pediátrico

1) As principais causas de paragem cardiorrespiratória em idade pediátrica são:

- A – Prematuridade
- B – Obstrução da via aérea
- C – Mal formações Congénitas

2) As características anatómicas e fisiológicas são:

- A – Iguais no lactente, criança e adulto
- B – Diferentes no lactente, criança e adulto
- C – Iguais no lactente e criança e diferentes no adulto

3) A obstrução da via aérea em pediatria pode ser:

- A – Ligeira
- B – Grave
- C – Ligeira ou Grave

4) Em caso de obstrução da via aérea no lactente, as compressões devem ser executadas:

- A – Em decúbito dorsal (deitada de costas)
- B – Decúbito ventral (de barriga para baixo)
- C – Decúbito dorsal com a cabeça a um nível inferior do resto do corpo

5) As compressões no lactente devem ser realizadas:

A – Na zona Torácica

B – Na zona Abdominal

C - É indiferente, desde que bem realizadas.

6) As compressões na criança em caso de obstrução da via aérea devem ser realizadas:

A – Na zona torácica

B – Na zona Abdominal

C - É indiferente, desde que bem realizadas.

7) As manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) devem ser executadas:

A – Num plano duro

B – No local onde a vítima se encontra

C – Num plano almofadado, para não magoar a vítima

8) Tanto na criança como no lactente o suporte básico de vida:

A – Engloba insuflações e compressões

B – No lactente apenas se realizam compressões

C – Na criança apenas se realizam compressões.

Apêndice 8 – Pós-teste do Suporte Básico de Vida Pediátrico

Pós-teste do Suporte Básico de Vida Pediátrico

1) As principais causas de paragem cardiorrespiratória em idade pediátrica são:

- A – Prematuridade
- B – Obstrução da via aérea
- C – Mal formações Congénitas

2) As características anatómicas e fisiológicas são:

- A – Iguais no lactente, criança e adulto
- B – Diferentes no lactente, criança e adulto
- C – Iguais no lactente e criança e diferentes no adulto

3) A obstrução da via aérea em pediatria pode ser:

- A – Ligeira
- B – Grave
- C – Ligeira ou Grave

4) Em caso de obstrução da via aérea no lactente, as compressões devem ser executadas:

- A – Em decúbito dorsal (deitada de costas)
- B – Decúbito ventral (de barriga para baixo)
- C – Decúbito dorsal com a cabeça a um nível inferior do resto do corpo

5) As compressões no lactente devem ser realizadas:

A – Na zona Torácica

B – Na zona Abdominal

C - É indiferente, desde que bem realizadas.

6) As compressões na criança em caso de obstrução da via aérea devem ser realizadas:

A – Na zona torácica

B – Na zona Abdominal

C - É indiferente, desde que bem realizadas.

7) As manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) devem ser executadas:

A – Num plano duro

B – No local onde a vítima se encontra

C – Num plano almofadado, para não magoar a vítima

8) Tanto na criança como no lactente o suporte básico de vida:

A – Engloba insuflações e compressões

B – No lactente apenas se realizam compressões

C – Na criança apenas se realizam compressões.

Apêndice 9 – Resultados do Pré e Pós Teste da Ação de Educação para a Saúde: SBVP

RESULTADOS DO PRÉ E PÓS TESTE DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE: SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

PERGUNTAS	PRÉ-TESTE	
	CORREÇÃO	
	CERTAS	ERRADAS
1)	2	6
2)	3	5
3)	1	7
4)	2	6
5)	1	7
6)	3	5
7)	2	6
8)	3	5
TOTAL	17	47
PERCENTAGEM	27%	73%

PERGUNTAS	PÓS-TESTE	
	CORREÇÃO	
	CERTAS	ERRADAS
1)	7	1
2)	8	0
3)	7	1
4)	7	1
5)	8	1
6)	6	2
7)	8	0
8)	7	1
TOTAL	58	7
PERCENTAGEM	90%	10%

Apêndice 10 – Certificado de Presença na Ação de Educação para a Saúde: SBVP



Certificado de Presença

Este certificado é concedido a



Pela sua participação na sessão de Educação para a saúde sobre a temática: "Suporte Básico de Vida Pediátrico" que decorreu no dia 24 de maio de 2017 no Jardim de Infância da Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED]

A coordenadora:

Os formadores:

Apêndice 11 – Plano de Sessão de Formação em Serviço: Suporte Avançado de Vida Pediátrico



PLANO DE SESSÃO

Tema: Suporte Avançado de Vida Pediátrico – Guidelines ERC 2015

Data: 05/06/2017 **Horário:** das 15h às 16,30h

Duração da sessão: 1h30m

Formadores: Rui Pereira

Objectivo Geral: Relembrar os procedimentos em caso de uma PCR na criança;

Sumário: Sessão de abertura da formação.
 Apresentação da respetiva atividade formativa;
 Apresentação dos intervenientes na formação (formador/formandos);
 Exposição dos conteúdos programáticos, da metodologia e avaliação;
 Dinâmica de grupo.

Objectivos específicos	Conteúdos	Metodologias/ Técnicas	Recursos Didácticos	Avaliação	Duração
Relembrar as recomendações em SV pediátrico do <i>Eropean Resuscitation Council</i> – ERC e do Concelho Português de Ressuscitação – CPR, segundo as últimas <i>Guidelines</i> emitidas em 2015; Promover o trabalho em equipa em matéria de SAV pediátrico; simular e descrever as técnicas de reanimação em SAV na criança de acordo com o algoritmo.	Introdução; Cadeia de Sobrevivência Pediátrica; “As crianças são diferentes do adulto” Abordagem à vítima pediátrica: TAP – Triângulo de avaliação pediátrico Abordagem ABCDEF Adjuvantes das Vias aéreas Suporte Ventilatório Avançado Fármacos em reanimação Acesso intraósseo Algoritmo de Suporte Básico de Vida Algoritmo de Suporte Avançado de Vida Monitor Desfibrilhador Segurança na Desfibrilhação Ritmos de paragem e peri paragem Trabalho em equipa Casos práticos simulados	Método Expositivo Método Demonstrativo Método Experimental (prática simulada)	Computador Videoprojector PowerPoint Dispositivos médicos reais: adjuvantes básicos e avançados da via aérea (tubo orofaríngeo, tubo nasofaríngeo, máscara laríngea e tubo endotraqueal); agulha intraóssea pediátrica; insuflador manual pediátrico e respetivas máscaras faciais. Monitor LifePack 12 Manequim de SBV	Que os formandos reconheçam as diferenças anatómicas da criança; Que os formandos reconheçam as fases do algoritmo de SAV Pediátrico; Que os formandos saibam manusear todos os dispositivos médicos; Que os formandos saibam utilizar o monitor desfibrilhador.	1h30m

Apêndice 12 – Divulgação/Convocatória da Sessão de Formação em Serviço: SAVP



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ES
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
IPORTALEGRE

IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

Convocatória

Convocam-se todos os profissionais de saúde do Centro de Saúde de [REDACTED] e os demais interessados, a participar numa sessão de Educação para a Saúde com o tema: **Suporte Avançado de Vida Pediátrico – Guidelines 2015**, que se irá realizar no dia 5 de Junho de 2017 (2ª feira) às 15h00min.



[REDACTED] 24 De Maio de 2017

Apêndice 13 – Apresentação da Formação em Serviço: SAVP

Mestrado em Enfermagem em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
IPPortalegre

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



**- Suporte Avançado de Vida Pediátrico -
Guidelines ERC 2015**

Enfª Sandra Meireles – USF
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfº Rui Pereira – Aluno de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
05 de Junho 2017

Objetivos

- Relembrar os procedimentos em caso de uma PCR na criança;
- Relembrar as recomendações em SAV pediátrico do *Eropean Ressuscitation Council* – ERC e do Concelho Português de Ressuscitação – CPR, segundo as últimas *guidelines* emitidas em 2015;
- Promover o trabalho em equipa em matéria de SAV pediátrico;
- Simular e descrever as técnicas de reanimação em SAV na criança de acordo com o algoritmo;



www.erc.edu

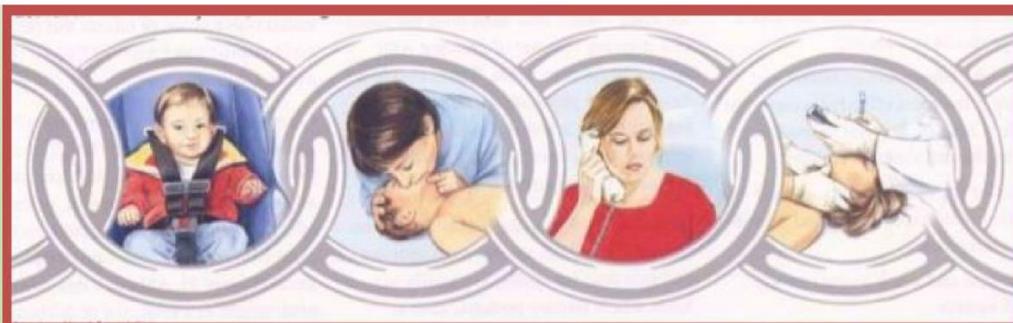
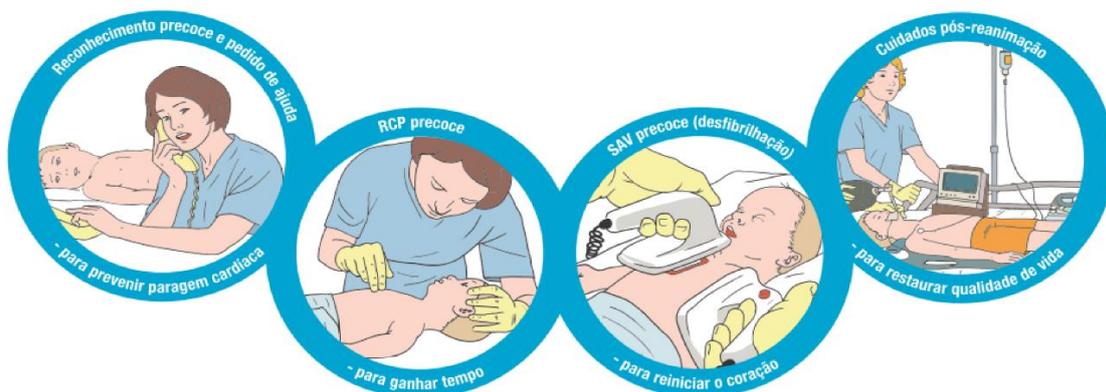


www.cpressuscitacao.pt

Introdução

- O processo de reanimação é iniciado com SBV e deve ser continuado até ao retorno da circulação espontânea (RCE);
- O SAV permite utilizar equipamento apropriado e facilita a execução de técnicas mais avançadas;
- Todo o pessoal clínico numa instituição de saúde deve ser capaz de reconhecer de imediato uma PCR, iniciar reanimação e ativar uma equipa SAV;
- Os Profissionais devem ser treinados SBV e SAV;
- Todas as áreas clínicas onde possam ser tratadas crianças devem estar equipadas com material de reanimação para ser usado numa emergência clínica.

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



“As Crianças São Diferentes do Adulto”

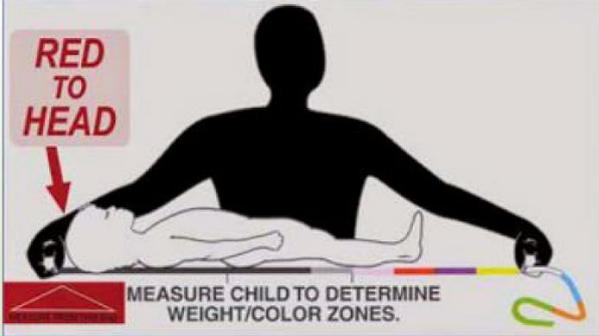
Fórmulas

Peso	• > 10A (3X IDADE)	1A - 10A (2 x IDADE) + 8	< 1A $\frac{\text{IDADE Meses} + 9}{2}$
Tamanho TET	• $\frac{\text{IDADE} + 4}{4}$	ou $\frac{\text{IDADE} + 3,5}{4}$ c/ Cuff	RN (3-3,5) PT (2,5-3) OU (IG /10) Lactente (4-4,5)
Distância CL	• $\frac{\text{IDADE} + 12}{2}$	oral	1 kg 7 cm
	• $\frac{\text{IDADE} + 14}{2}$	nasal	RN (Peso+6) 2 kg 8 cm 3 kg 9 cm
ML	Máscara Laríngea pode ser usada ≥ 36 S 2 - 5 kg Nº1 30 - 60kg Nº3 5 - 12kg Nº1,5 50 - 90kg Nº4 10 - 25kg Nº2 > 90kg Nº5 25 - 35kg Nº2,5		

Sonda de aspiração = 2 x diâmetro TET (F)

TET com cuff > 8 anos.
(TET sem cuff >1 ano se a pressão de insuflação do cuff não for excessiva)
(monitorizada com equipamento específico)

“As Crianças São Diferentes do Adulto”



MEASURE CHILD TO DETERMINE WEIGHT/COLOR ZONES.

PINK	6-7kg	WHITE	15-18kg
RED	8-9kg	BLUE	19-23kg
PURPLE	10-11kg	ORANGE	24-29kg
YELLOW	12-14kg	GREEN	30-36kg



Abordagem à Vítima Pediátrica TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico



Abordagem à Vítima Pediátrica TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico



INDICADORES do trabalho respiratório aumentado	ACHADOS a que se deve ter atenção
Sons anormais da via aérea	Ressonar, discurso rouco ou abafado, estridor, ferveores, sibilância, pieira, tosse
Posicionamento anormal (Qual é a posição mais confortável para facilitar a entrada do ar)	Posição de "fungador", posição de "tripé"
Uso de músculos acessórios	Tiragem supraclavicular, intercostal, ou subesternal; balanceio da cabeça (nos lactentes) Adejo nasal (abertura excessiva das narinas na inspiração surge na transição de uma situação de hipóxia moderada para hipóxia grave)

Abordagem à Vítima Pediátrica

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

APARÊNCIA



T	<ul style="list-style-type: none">• Movimenta-se ou resiste vigorosamente à observação?• Tem tônus muscular adequado à idade?• Está letárgica, sem reação ou com tônus muscular diminuído?
I	<ul style="list-style-type: none">• A criança está alerta?• A presença de uma pessoa, objeto ou som distraem ou atraem a sua atenção?• Tenta alcançar, agarrar e brincar com um objeto ou instrumento de exame (ex. lanterna ou espátula)?• Não está interessada em brincar e interagir com o cuidador ou profissional de saúde?
C	<ul style="list-style-type: none">• O choro ou agitação são interrompidos, por momentos, quando consolada?• Não está consolável?• Chora ininterruptamente?
L	<ul style="list-style-type: none">• Fixa o olhar na face, ou em objetos?• Tem um olhar parado e ausente (vago)?
S	<ul style="list-style-type: none">• Tem um choro forte e espontâneo, ou fraco e tipo choramingar?• Apresenta gemido?• O discurso é apropriado à idade ou é confuso e atrapalhado?

Abordagem à Vítima Pediátrica

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

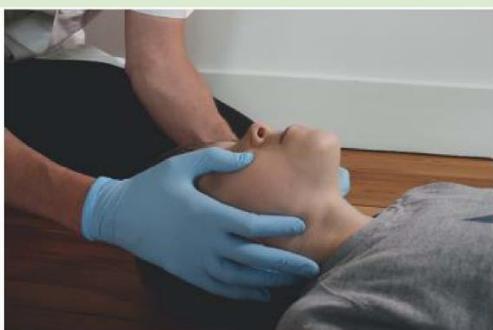
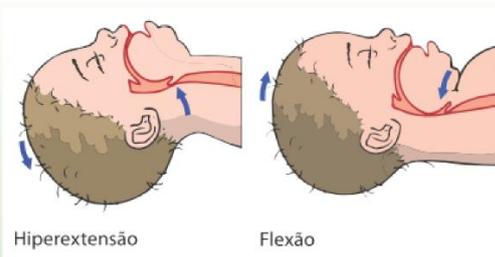


- A criança tem uma coloração (da pele, lábios, mucosas e leitos ungueais) pálida? Escura? Cianótica? marmoreada ou corada?
- A criança apresenta sinais óbvios de hemorragia?
- A criança está sudorética?

Abordagem à Vítima Pediátrica TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

APARÊNCIA	TRABALHO RESPIRATÓRIO	PERFUSÃO	PROBLEMA?	CRIANÇA COM MECANISMO DE COMPENSAÇÃO EFICAZ?	POTENCIALMENTE CRÍTICA?
Nomal	Nomal	Boa	Sem compromisso ABC	SIM	NÃO
Nomal	↑	Boa	Dificuldade respiratória	SIM	NÃO
Anomal	↑, Pequeno esforço	Boa	Falência respiratória	NÃO	SIM
Normal	Nomal	Má	Vasoconstrição periférica	SIM	Provavelmente NÃO
Anomal	Normal, ligeiro ↑	Má	Choque	NÃO	SIM
Anomal	Nomal	Boa	Disfunção do SNC	NÃO	SIM
Anomal	Pequeno esforço	Má	Falência cardio-pulmonar	NÃO	SIM
Anomal	Nenhum	Ausente	PCR	NÃO	SIM

Abordagem à Vítima Pediátrica A - Vias Aéreas (manobras básicas)



Abordagem à Vítima Pediátrica

A - Vias Aéreas (adjuvantes)



Abordagem à Vítima Pediátrica

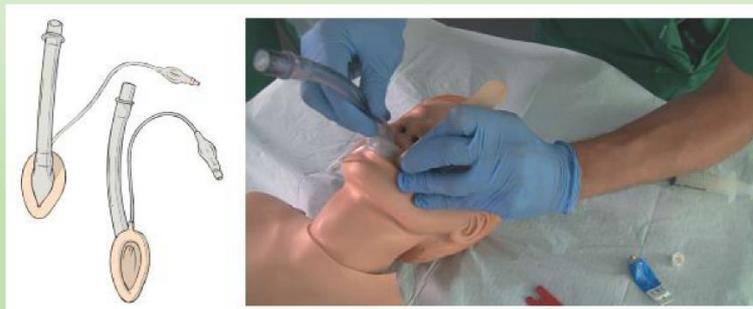
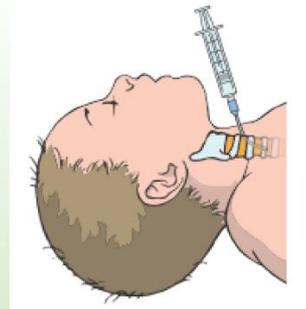
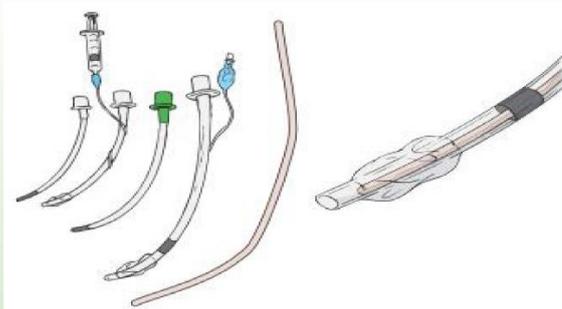
B - Respiração



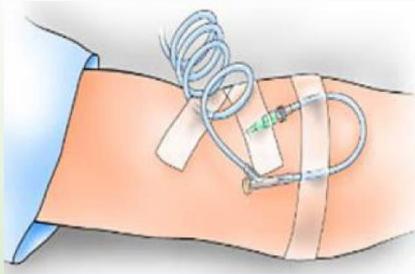
Abordagem à Vítima Pediátrica
B – Respiração (Suporte Ventilatório – VMI)



Abordagem à Vítima Pediátrica
B – Respiração (Suporte Ventilatório – AVANÇADO)



Abordagem à Vítima Pediátrica C – Circulação (Acessos para fármacos/fluídos)



Abordagem à Vítima Pediátrica C – Circulação (Fármacos usados durante a reanimação cardiorrespiratória)

- ✓ **Adrenalina**- Diluir 1 amp (1:1000) 1mg até 10ml → dose EV 0,1ml /kg = 10mcg/kg (virgula no peso = ml)
- ✓ **Amiodarona**- Diluir 1 amp 150mg até 15ml → dose EV 0,5ml /kg = 5mg/kg (½ do peso = ml)





Suporte Básico de Vida Pediátrico



Tansição SBV → SAV



Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico MONITOR DESFIBRILHADOR



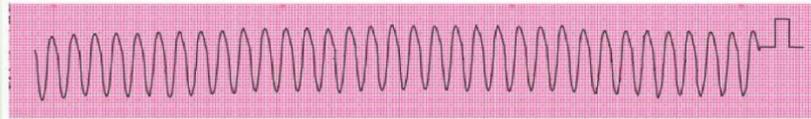
Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico SEGURANÇA NA DESFIBRILHAÇÃO

- Afastar todas as fontes de oxigénio livre (máscaras, sondas nasais, prolongadores) até pelo menos 1 metro da criança. Insufladores ou circuitos de ventilação ligados a um tubo endotraqueal podem manter-se conectados.
- Secar superfícies - atenção a roupas ou superfícies molhadas. O tórax do doente deve ser seco antes de desfibrilhar.
- Contacto - garantir que ninguém está em contacto direto ou indireto com o doente, cama/maca ou sistemas de soros.
- Assegurar que as pás ou placas não estão em contacto com metal (p. ex. joias) ou equipamentos como placas de diatermia e medicações transdérmicas.

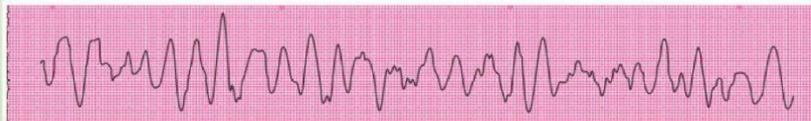
Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico
RECONHECER RITMOS DE PARAGEM

Ritmos desfibrilháveis

Taquicardia ventricular sem pulso num paciente sem sinais de vida



Fibrilhação ventricular grosseira



Fibrilhação ventricular fina



Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico
RECONHECER RITMOS DE PARAGEM

Ritmos não desfibrilháveis

Atividade elétrica sem pulso: num paciente sem sinais de vida



Atividade elétrica sem pulso: bradicardia grave num paciente sem sinais de vida



Assistolia



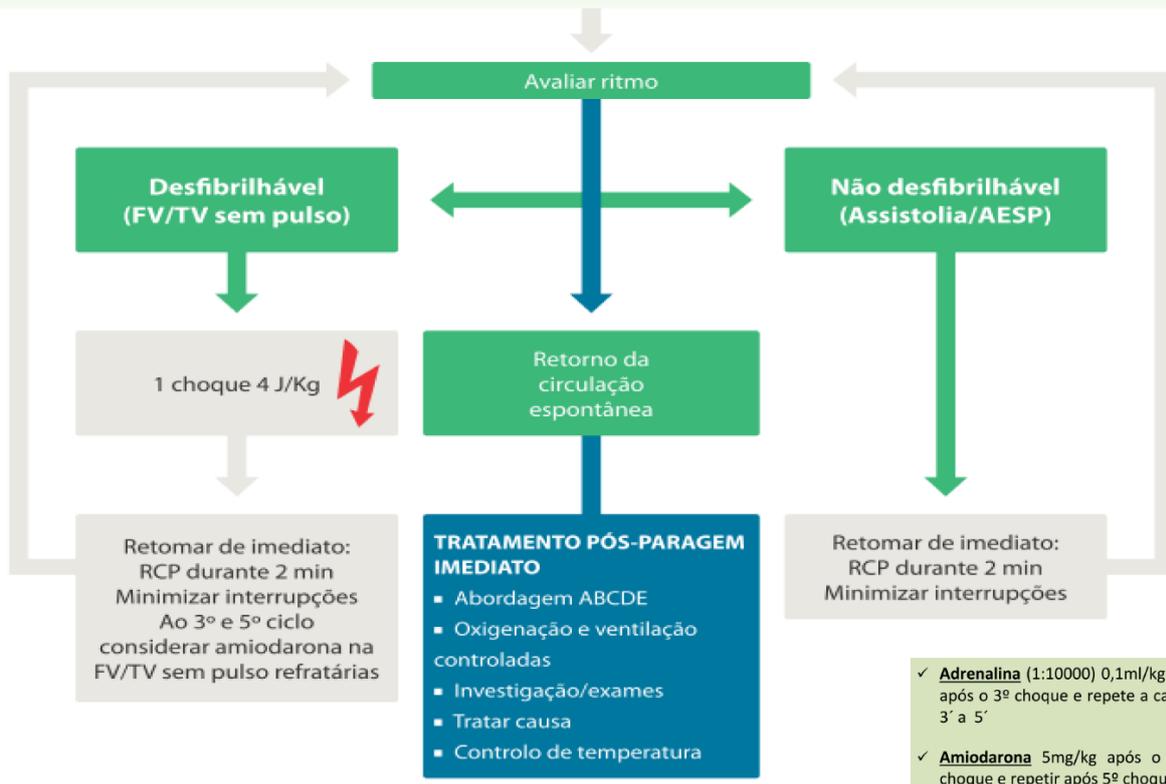
ALGORITMO - Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico



Como em qualquer outra situação, deverão ser sempre avaliadas **as condições de segurança** antes de abordar a criança.

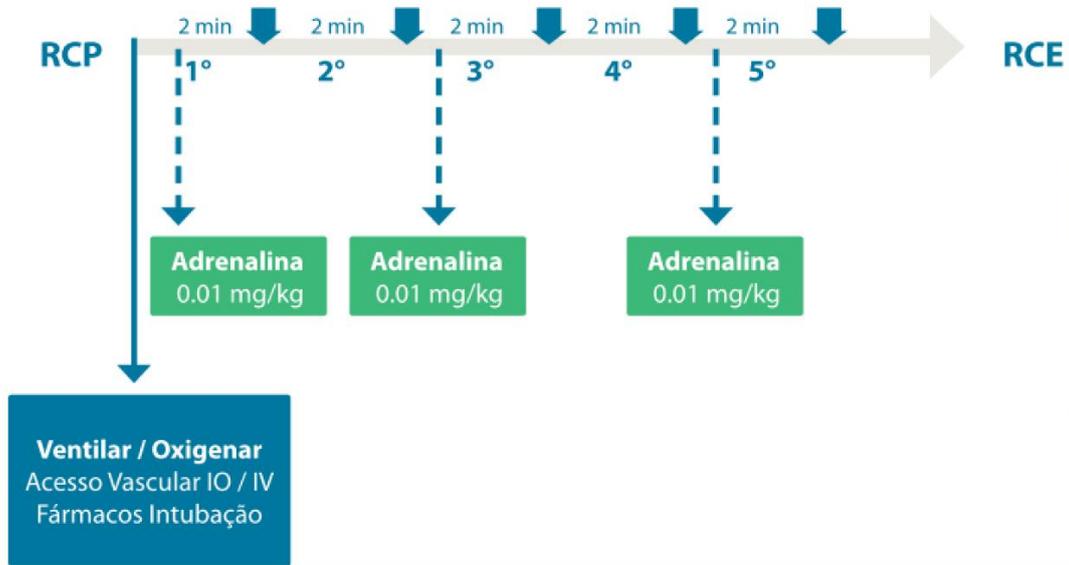


ALGORITMO - Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico



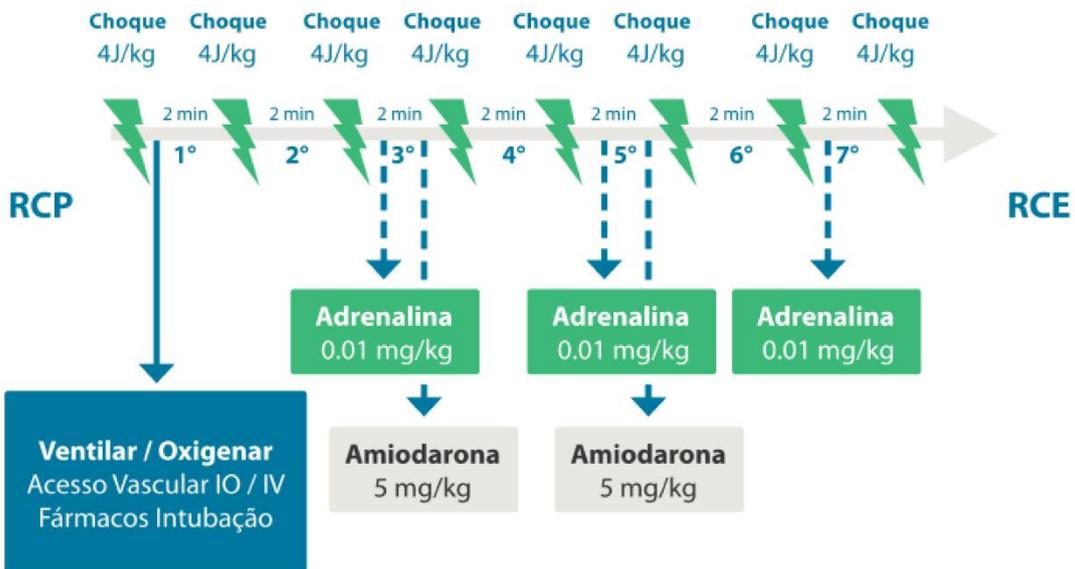
Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico "QUANDO ADMINISTRAR FÁRMACOS"

Paragem cardíaca: ritmo não desfibrilhável



Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico "QUANDO ADMINISTRAR FÁRMACOS"

Paragem cardíaca: ritmo desfibrilhável



Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico "QUANDO ADMINISTRAR FÁRMACOS"

Causas reversíveis

4Hs	Hipóxia	4Ts	Pneumotórax de Tensão
	Hipovolémia		Tóxicos/Fármacos
	Hiper-/hipocaliémia – alterações metabólicas		Tamponamento (cardíaco)
	Hipotermia		Trombose

Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico TRABALHO DE EQUIPA

Tomada de decisões

Realizar RCP em equipa

Gestão de tarefas



Trabalho em equipa, incluindo liderança

Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico
DÚVIDAS



Suporte AVANÇADO de Vida Pediátrico
SIMULACRO



Bibliografia

American Heart Association - Suporte Avançado de Vida em Pediatria, Manual do Profissional - Edição em Português, 2012 ISBN: 978-1-61669-276-6.

INEM- Direção de Serviços de Formação. Manual de Suporte Avançado de Vida, 2011

HILLEL Z., Thys D.M.: Electrocardiography. Em Miller RD: Anesthesia. Churchill Livingstone, 2000

CARNEIRO AH: Ressuscitação cárdio-respiratória. Em: Sincope. Morte Súbita. Ressuscitação cárdio-respiratória, Biblioteca Cardiológica do Clínico Geral, volume V. Permanyer, Portugal

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 - Resuscitation 2015;95:

Perkins GD, Handley AJ, Koster RW et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation 2015; 95.

Maconohie IK, Bingham R, Eich C et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 6. Pediatric Life Support. Resuscitation 2015; 95.

Greif R, Lockey AS, Conaghan P et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 10. Education and implementation of resuscitation. Resuscitation 2015; 95.

Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 10. The ethics of resuscitation and end-of life decisions. Resuscitation 2015; 95.

European Resuscitation Council - European Pediatric Life Support Manual. 4th Ed. (2011). ISBN: 9789079157358

Apêndice 14 – Avaliação da Atividade Formativa – Reação do Formando



AValiação DA ATIVIDADE FORMATIVA – REAÇÃO DO FORMANDO (preenchimento imediatamente após a atividade formativa)		
SERVIÇO:		
TEMA DA ATIVIDADE:	Enfermeiro/a	
(Na quadrícula ao lado assinala com x qual o grupo profissional a que pertence)	Assistente Operacional	
Formador (es):	Data: ___/___/___	Carga horária da atividade formativa: ___ Hora (s) ___ Minutos

Legenda A: 1 = Nada Satisfatório; 2 = Pouco Satisfatório; 3 = Satisfatório; 4 = Totalmente Satisfatório

Itens Avaliados		1	2	3	4
Avaliação Global	Globalmente a ação de formação agradou-lhe:				
	Os objetivos propostos foram alcançados:				
	A atividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:				

Legenda B: 1 = Nada; 2 = Pouco; 3 = Satisfatório; 4 = Totalmente

Conteúdos	O nível de conhecimentos adquiridos foi:				
	A pertinência do tema abordado foi:				
	A profundidade do tema abordado foi:				
	A utilidade do tema abordado foi:				
Desempenho do(s) formador(es)	A identificação dos objetivos foi:				
	O domínio das matérias ministradas foi:				
	A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:				
	A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:				
	O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:				
	A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real de trabalho foi:				
	Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referências bibliográficas, sites, outros)?	Sim			
	Não				
Organização da atividade formativa	Foi distribuída documentação de apoio?	Sim			
		Não			
	A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:				
	A duração da atividade formativa foi:				
Em que situações/atividades profissionais prevê vir a aplicar os conhecimentos que adquiriu?					
Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real de trabalho?					
Outros comentários ou sugestões?					
Nome (opcional):					

Apêndice 15 – Resultados da Avaliação da Formação em Serviço: SAVP

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE FORMATIVA

- Suporte Avançado de Vida Pediátrico Guidelines ERC 2015 -

PARTICIPANTES	
Enfermeiros(as) da USF	3
Enfermeiros(as) da UCC	2
Médicos	2
Assistentes Técnicos	0
Outros	1

AVALIAÇÃO GLOBAL				
Itens Avaliados	1=Nada Satisfatório	2=Pouco Satisfatório	3=Satisfatório	4=Totalmente Satisfatório
Globalmente a ação de formação agradou-lhe:	0	0	0	8
Os objetivos propostos foram alcançados:	0	0	1	7
A atividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:	0	0	0	8

CONTEÚDOS				
Itens Avaliados	1=Nada Satisfatório	2=Pouco Satisfatório	3=Satisfatório	4=Totalmente Satisfatório
O nível de conhecimentos adquiridos foi:	0	0	1	7
A pertinência do tema abordado foi:	0	0	0	8
A profundidade do tema abordado foi:	0	0	1	7
A utilidade do tema abordado foi:	0	0	1	7

DESEMPENHO DO(S) FORMADOR(ES)				
Itens Avaliados	1=Nada Satisfatório	2=Pouco Satisfatório	3=Satisfatório	4=Totalmente Satisfatório
A identificação dos objetivos foi:	0	0	0	8
O domínio das matérias ministradas foi:	0	0	0	8
A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:	0	0	1	7
A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:	0	0	0	8
O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:	0	0	1	7

A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real de trabalho foi:	0	0	2	6
Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referências bibliográficas, sites, outros)?		SIM		NÃO
		8		0

ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE FORMATIVA				
Itens Avaliados	1=Nada Satisfatório	2=Pouco Satisfatório	3=Satisfatório	4=Totalmente Satisfatório
A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:	0	0	1	7
A duração da atividade formativa foi:	0	0	2	6
Foi distribuída documentação de apoio?		SIM		NÃO
		8		0

Em que situações/atividades profissionais prevê vir a plicar os conhecimentos que adquiriu?
 - “Em situações de urgência na unidade”;

Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real de trabalho?

Outros comentários ou sugestões?
 - “Realização de mais atividades formativas”;
 - “Realização de simulacros”;

Apêndice 16 – Certificado de Presença na Formação em Serviço: SAVP



Certificado de Presença

Este certificado é concedido a

Pela sua participação na atividade formativa sobre o tema: "Suporte Avançado de Vida Pediátrico - Guidelines ERC 2015" que decorreu no dia 05 de junho de 2017 no Centro de Saúde de ██████████



A coordenadora:

Os formadores:

Apêndice 17 – Pedido de Autorização para Realização do Projeto de Intervenção em Serviço



Exm.ª Sr.ª Enfermeira Diretora

Rui Miguel Figueira Pereira, Enfermeiro com a Cédula Profissional n.º 5-E-54134, atualmente a desempenhar funções no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo, EPE de Évora, encontra-se a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com o número de aluno 37045, e neste âmbito a realizar um estágio na Unidade de Urgência Pediátrica [REDACTED] no período compreendido entre 18 de setembro de 2017 a 3 de dezembro de 2017, sob orientação clínica da Senhora Enfermeira Especialista [REDACTED] orientação académica da professora doutora Ana Lúcia Ramos, pretende desenvolver metodologia de trabalho de projeto no serviço supracitado na área do transporte secundário do doente crítico em idade pediátrica.

A investigação ação, segue como linha orientadora a segurança da criança/jovem, com enfoque na gestão de riscos, especificamente na prevenção de possíveis complicações com origem em cuidados que necessitam de estar adequados às necessidades da população pediátrica, com repercussões na qualidade. Importa por isso, uniformizar práticas no planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico, e construir/adotar um guia orientador que proporcione maior segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem nesse contexto.

Nesta perspetiva, solicita permissão para desenvolver o referido projeto, bem como a aplicação de um questionário (Apêndice I) à equipa de enfermagem, da Unidade de Urgência Pediátrica e do Serviço de Internamento de Pediatria, com o objetivo de conhecer a opinião dos colegas relativamente a esta área em estudo e dos aspetos a melhorar.

Durante o projeto serão garantidos todos os aspetos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação. A todos os participantes será garantido o direito ao anonimato, os dados obtidos são, meramente, para fins académicos e está garantida a confidencialidade dos mesmos. Após o término do projeto, será disponibilizado o envio do relatório final de estágio.

Para qualquer esclarecimento, deixo os seguintes contactos:

Telemóvel: 968135940

Correio eletrónico: enfruipereira@gmail.com

Agradeço a vossa atenção, subscrevo-me com estima e consideração.

Pede deferimento

Évora, 02 de outubro de 2017

Apêndice 18 – Questionário de Diagnóstico de Situação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIO

O Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação com área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visa a aplicação de metodologia de trabalho de projeto para identificação de uma problemática com potencial de melhoria.

Neste contexto e com base na linha de investigação da segurança da criança/jovem, pretendemos apreciar a uniformização de práticas no planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) e no Serviço de Internamento da Pediatria do [REDACTED]

Com este questionário pretendemos auscultar a opinião dos Enfermeiros relativamente à importância que atribuem em seguir um planeamento de ação no transporte inter-hospitalar adaptado às características específicas e diferenciadoras da realidade pediátrica, com enfoque na gestão de riscos e no sentido de uniformizar procedimentos.

O questionário encontra-se estruturado em três partes: uma primeira que caracteriza a equipa de enfermagem, uma segunda parte onde se pretende conhecer a perceção/opinião da equipa relativamente ao procedimento de transporte secundário em vigor na instituição e uma terceira parte para recolher sugestões de melhoria.

Este questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta. O tempo médio de resposta ao questionário é cerca de cinco minutos.

A sua colaboração no preenchimento do mesmo será essencial para o desenvolvimento do projeto. Agradecemos a sua colaboração e disponibilizamo-nos a divulgar os dados obtidos, que constatarão no Relatório, se assim o entenderem.

Rui Miguel Figueira Pereira

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Professora Orientadora: Ana Lúcia Ramos

Parte I – Caracterização da Equipa

De acordo com a sua situação assinale com “X”:

1. Género:

- Masculino Feminino

2. Idade:

- 20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos
 50 a 59 anos ≥ 60 anos

3. Habilitações Académicas:

- Bacharelato em Enfermagem Pós Graduação, em: _____
 Licenciatura em Enfermagem Mestrado, em: _____
 Curso Pós Licenciatura em Enfermagem (Especialidade), em: _____
 Doutoramento, em: _____

4. Outras formações específicas:

- SAV Adulto SAV Pediátrico Curso de Trauma em Adulto
 SIV (Suporte Imediato de Vida) Transporte do doente crítico Pediátrico
 Transporte do doente crítico Adulto Emergências Pediátricas
 ATLS (Advance Trauma Life Support) PHTLS (Pre Hospital Life Support)
 Outro(s): _____

5. Anos de Experiência Profissional:

- 0 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 14 anos
 15 a 19 anos ≥ 20 anos

6. Anos de Experiência Profissional na Unidade de Urgência Pediátrica/Internamento de Pediatria:

- 0 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 14 anos
 15 a 19 anos ≥ 20 anos

Parte II – Procedimento de Transporte Inter-hospitalar

As seguintes questões têm como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros acerca do Procedimento de Transporte Inter-hospitalar, devendo assinalar com “X” as respostas que melhor se adaptam à situação.

1. Tem conhecimento se existe algum procedimento geral sobre transporte secundário (inter-hospitalar), elaborado pelo Grupo de Transporte do Doente Crítico do Centro Hospitalar?

- Sim Não

2. Se respondeu **Sim**, responda às questões que se seguem, se respondeu **Não**, passe à questão n.º 3.

2.1. Como teve conhecimento do procedimento geral?

- Formação em Serviço Centro de formação do [REDACTED]
 Portal Interno do [REDACTED] Manual de Práticas do [REDACTED]
 Durante a integração do [REDACTED] Através de um colega

2.2. De que forma o procedimento geral está disponível para consulta na UUP?

- No Manual de Práticas Em suporte Informático Outros

2.2.1. Se respondeu **Outros**, especifique: _____

3. Recorrendo a uma escala de 1 a 5, tipo *Likert* (1 - **Discordo Totalmente**, 2 - **Discordo**, 3 - **Não concordo nem discordo**, 4 - **Concordo**, 5 - **Concordo Totalmente**) assinale com “X” a sua opinião relativamente ao grau de concordância das questões que se seguem:

Questões	Nível de Concordância				
	1	2	3	4	5
O transporte inter-hospitalar pediátrico deve ser considerado uma extensão dos cuidados do hospital que envia a criança/jovem, cabendo à Unidade de Urgência Pediátrica/Internamento de Pediatria as responsabilidades técnicas e legais do planeamento.	<input type="checkbox"/>				
A fase de planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico deve ser feita pela equipa médica e de enfermagem do serviço referente.	<input type="checkbox"/>				
O transporte inter-hospitalar pediátrico deve ser planeado com consciência das necessidades específicas e dos riscos inerentes a esta faixa etária.	<input type="checkbox"/>				
A qualidade dos cuidados e a segurança da criança/jovem durante uma transferência inter-hospitalar, depende da forma como o transporte é planeado.	<input type="checkbox"/>				
O Procedimento Geral de Transporte Secundário de Doentes do [REDACTED] está adaptado à realidade pediátrica.	<input type="checkbox"/>				
A grelha para avaliação do transporte secundário (em anexo no procedimento geral em vigor) consegue determinar, de forma segura, o nível de gravidade do doente em idade pediátrica.	<input type="checkbox"/>				
A grelha para avaliação do transporte secundário (em anexo no procedimento geral em vigor) consegue determinar, de forma segura, a composição da equipa de acompanhamento no transporte da criança/jovem.	<input type="checkbox"/>				
A grelha para avaliação do transporte secundário (em anexo no procedimento geral em vigor) consegue determinar, de forma segura, os meios adequados de monitorização e do tipo de equipamento para o transporte da criança/jovem.	<input type="checkbox"/>				
O Procedimento Geral de Transporte Secundário de Doentes do [REDACTED] tem em consideração a previsão de complicações possíveis e formas de as prevenir em contexto pediátrico.	<input type="checkbox"/>				
Existe a necessidade de adaptar o procedimento de transporte secundário (inter-hospitalar) à realidade pediátrica.	<input type="checkbox"/>				
Tendo em conta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) tem a competência de cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade prestando cuidados específicos na maximização da sua saúde, deve ser o enfermeiro de referência para o planeamento.	<input type="checkbox"/>				
A equipa, para o transporte inter-hospitalar da criança/jovem deve ser constituída por enfermeiros com formação em SAV Pediátrico e preferencialmente pelo EEESCJ.	<input type="checkbox"/>				
A escala de prevenção de enfermeiros que apoia os serviços de acordo com o estipulado no “Regulamento da Escala de Prevenção de Enfermeiros” deve garantir a existência de elementos com experiência na área da pediatria.	<input type="checkbox"/>				

Apêndice 19 – Consentimento Informado

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, enfermeiro(a) a desempenhar funções no serviço _____
do [REDACTED]

Identifico que os procedimentos de investigação relatados na carta anexa me foram esclarecidos e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas perguntas.

Fiquei informado do meu direito a colocar, agora e durante a evolução do estudo, qualquer questão sobre a investigação e métodos utilizados.

Foi assegurado que toda a informação cedida por mim, será reservada de forma confidencial e que não será divulgada ou comunicada, sem a minha autorização. A publicação dos resultados será anónima e integrada com as respostas de todos os intervenientes no estudo.

Compreendo que sou livre de a qualquer instante retirar-me do estudo.

Para os devidos efeitos, declaro participar no estudo, com o meu consentimento informado, de forma livre e esclarecida.

Data: __/__/__

Nome: _____

Apêndice 20 – Questionário Pré-teste de Diagnóstico de Situação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIO – pré-teste

O Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação com área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visa a aplicação de metodologia de trabalho de projeto para identificação de uma problemática com potencial de melhoria.

Neste contexto e com base na linha de investigação da segurança da criança/jovem, pretendemos apreciar a uniformização de práticas no planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) e no Serviço de Internamento da Pediatria do [REDACTED]

Com este questionário pretendemos auscultar a opinião dos Enfermeiros relativamente à importância que atribuem em seguir um planeamento de ação no transporte inter-hospitalar adaptado às características específicas e diferenciadoras da realidade pediátrica, com enfoque na gestão de riscos e no sentido de uniformizar procedimentos.

O questionário encontra-se estruturado em três partes: uma primeira que caracteriza a equipa de enfermagem, uma segunda parte onde se pretende conhecer a perceção/opinião da equipa relativamente ao procedimento de transporte secundário em vigor na instituição e uma terceira parte para recolher sugestões de melhoria. Tratando-se neste caso, de uma versão pré-teste, no final importa recolher a sua opinião relativamente à construção do mesmo.

Este questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta. O tempo médio de resposta ao questionário é cerca de cinco minutos.

A sua colaboração no preenchimento do mesmo será essencial para o desenvolvimento do projeto. Agradecemos a sua colaboração e disponibilizamo-nos a divulgar os dados obtidos, que constatarão no Relatório, se assim o entenderem.

Rui Miguel Figueira Pereira

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Professora Orientadora: Ana Lúcia Ramos

Parte I – Caracterização da Equipa

De acordo com a sua situação assinale com “X”:

1. Género:

- Masculino Feminino

2. Idade:

- 20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos
 50 a 59 anos ≥ 60 anos

3. Habilitações Académicas:

- Bacharelato em Enfermagem Pós Graduação, em: _____
 Licenciatura em Enfermagem Mestrado, em: _____
 Curso Pós Licenciatura em Enfermagem (Especialidade), em: _____
 Doutoramento, em: _____

4. Outras formações específicas:

- SAV Adulto SAV Pediátrico Curso de Trauma em Adulto
 SIV (Suporte Imediato de Vida) Transporte do doente crítico Pediátrico
 Transporte do doente crítico Adulto Emergências Pediátricas
 ATLS (Advance Trauma Life Support) PHTLS (Pre Hospital Life Support)
 Outro(s): _____

5. Anos de Experiência Profissional:

- 0 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 14 anos
 15 a 19 anos ≥ 20 anos

6. Anos de Experiência Profissional na Unidade de Urgência Pediátrica/Internamento de Pediatria:

- 0 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 14 anos
 15 a 19 anos ≥ 20 anos

Parte II – Procedimento de Transporte Inter-hospitalar

As seguintes questões têm como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros acerca do Procedimento de Transporte Inter-hospitalar, devendo assinalar com “X” as respostas que melhor se adaptam à situação.

1. Tem conhecimento se existe algum procedimento geral sobre transporte secundário (inter-hospitalar), elaborado pelo Grupo de Transporte do Doente Crítico do Centro Hospitalar?

- Sim Não

2. Se respondeu **Sim**, responda às questões que se seguem, se respondeu **Não**, passe à questão n.º 3.

2.1. Como teve conhecimento do procedimento geral?

- Formação em Serviço Centro de formação do [REDACTED]
 Portal Interno do [REDACTED] Manual de Práticas do [REDACTED]
 Durante a integração do [REDACTED] Através de um colega

2.2. De que forma o procedimento geral está disponível para consulta na UUP?

- No Manual de Práticas Em suporte Informático Outros

2.2.1. Se respondeu **Outros**, especifique: _____

3. Recorrendo a uma escala de 1 a 5, tipo *Likert* (1 - **Discordo Totalmente**, 2 - **Discordo**, 3 - **Não concordo nem discordo**, 4 - **Concordo**, 5 - **Concordo Totalmente**) assinala com "X" a sua opinião relativamente ao grau de concordância das questões que se seguem:

Questões	Nível de Concordância				
	1	2	3	4	5
O transporte inter-hospitalar pediátrico deve ser considerado uma extensão dos cuidados do hospital que envia a criança/jovem, cabendo à Unidade de Urgência Pediátrica/Internamento de Pediatria as responsabilidades técnicas e legais do planeamento.	<input type="checkbox"/>				
A fase de planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico deve ser feita pela equipa médica e de enfermagem do serviço referente.	<input type="checkbox"/>				
O transporte inter-hospitalar pediátrico deve ser planeado com consciência das necessidades específicas e dos riscos inerentes a esta faixa etária.	<input type="checkbox"/>				
A qualidade dos cuidados e a segurança da criança/jovem durante uma transferência inter-hospitalar, depende da forma como o transporte é planeado.	<input type="checkbox"/>				
O Procedimento Geral de Transporte Secundário de Doentes do [REDACTED], está adaptado à realidade pediátrica.	<input type="checkbox"/>				
A grelha para avaliação do transporte secundário (em anexo no procedimento geral em vigor) consegue determinar, de forma segura, o nível de gravidade do doente em idade pediátrica.	<input type="checkbox"/>				
A grelha para avaliação do transporte secundário (em anexo no procedimento geral em vigor) consegue determinar, de forma segura, a composição da equipa de acompanhamento no transporte da criança/jovem.	<input type="checkbox"/>				
A grelha para avaliação do transporte secundário (em anexo no procedimento geral em vigor) consegue determinar, de forma segura, os meios adequados de monitorização e do tipo de equipamento para o transporte da criança/jovem.	<input type="checkbox"/>				
O Procedimento Geral de Transporte Secundário de Doentes do [REDACTED], tem em consideração a previsão de complicações possíveis e formas de as prevenir em contexto pediátrico.	<input type="checkbox"/>				
Existe a necessidade de adaptar o procedimento de transporte secundário (inter-hospitalar) à realidade pediátrica.	<input type="checkbox"/>				
Tendo em conta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) tem a competência de cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade prestando cuidados específicos na maximização da sua saúde, deve ser o enfermeiro de referência para o planeamento.	<input type="checkbox"/>				
A equipa, para o transporte inter-hospitalar da criança/jovem deve ser constituída por enfermeiros com formação em SAV Pediátrico e preferencialmente pelo EEESCJ.	<input type="checkbox"/>				
A escala de prevenção de enfermeiros que apoia os serviços de acordo com o estipulado no "Regulamento da Escala de Prevenção de Enfermeiros" deve garantir a existência de elementos com experiência na área da pediatria.	<input type="checkbox"/>				

Parte III – Sugestões de melhoria

A questão seguinte é de resposta aberta e tem como objetivo recolher sugestões da equipa de enfermagem sobre a temática em estudo.

1. Indique sugestões sobre aspetos que possam contribuir para adaptar o procedimento do transporte secundário (inter-hospitalar) à realidade pediátrica:

Pré-teste

As seguintes questões têm como objetivo verificar se as questões, que foram até aqui colocadas, foram bem compreendidas, devendo assinalar com "X" as respostas que melhor se adaptam à situação.

1. Os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos:

Sim Não

2. A forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas:

Sim Não

3. O questionário é muito longo e provoca desinteresse ou irritação:

Sim Não

4. As questões apresentam ambiguidade:

Sim Não

A questão seguinte é de resposta aberta e tem como objetivo recolher críticas e sugestões relativamente ao presente questionário.

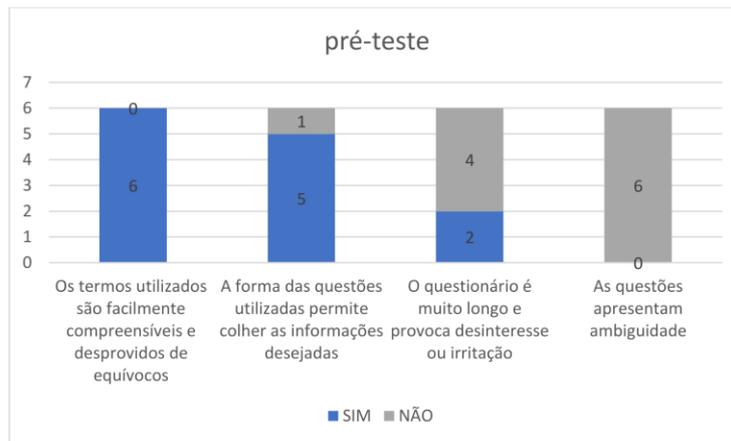
5. Indique as suas críticas e sugestões sobre aspetos a melhorar neste questionário:

Muito Obrigado pela sua Disponibilidade e Colaboração

Apêndice 21 – Resultados do Questionário Pré-teste

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE

	SIM	NÃO
Os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos	6	0
A forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas	5	1
O questionário é muito longo e provoca desinteresse ou irritação	2	4
As questões apresentam ambiguidade	0	6



Apêndice 22 – Resultados da Opinião dos Inquiridos Segundo o Nível de Concordância

RESULTADOS DA OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O NÍVEL DE CONCORDÂNCIA

“Escala de Likert”



Apêndice 23 – Resultados das Perguntas Abertas dos Questionários do Diagnóstico de Situação

RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

PARTE III – SUGESTÕES DE MELHORIA

PERGUNTA DE RESPOSTA ABERTA

Indique sugestões sobre aspetos que possam contribuir para adaptar o procedimento do transporte secundário (inter-hospitalar) à realidade pediátrica:

Sugestões de Melhoria	Afirmações (Exemplos)
Procedimento de Transporte Inter-hospitalar específico para a pediatria	<ol style="list-style-type: none"> 1. “A construção do procedimento deve ter em consideração as especificidades do utente pediátrico.” 2. “Adaptar o procedimento de transporte secundário à idade pediátrica.” 3. “Existir um procedimento específico para o transporte inter-hospitalar adequado à realidade pediátrica.” 4. “O procedimento deve contemplar as especificidades da pediatria...” 5. “Reformular o procedimento em vigor na instituição tendo em conta o utente pediátrico.”
Grelha de avaliação do transporte baseada nos parâmetros vitais em pediatria	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Adequar os parâmetros vitais à nossa população.” 2. Adaptar a grelha para avaliação do transporte secundário das crianças (parâmetros vitais)...” 3. “...tendo em consideração as FC/FR/TA da idade pediátrica...” 4. “Adaptar parâmetros vitais, tais como a frequência respiratória, TA e FC...” 5. “Valor da frequência cardíaca adaptado às faixas etárias.”
Equipas de transporte constituídas por enfermeiros de pediatria, preferencialmente especialistas e com formação em SAV pediátrico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Transporte realizado por enfermeiros com experiência na área pediátrica.” 2. “...o transporte deveria ser realizado por enfermeiro com SAV pediátrico ou enfermeiro especialista.” 3. “A equipa para o transporte do doente pediátrico deve ser constituída por um enfermeiro com experiência em pediatria, formação em SAV pediátrico e se possível EESCJ.” 4. “...existir escala de prevenção na UUP com enfermeiros experientes em pediatria.” 5. “Deverá existir uma escala de prevenção de enfermeiros na urgência pediátrica para a realização do transporte inter-hospitalar.” 6. “Existência de um EESCJ na escala de prevenção...”
Formação em transporte inter-hospitalar pediátrico	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Realizar formação à equipa de enfermagem dos serviços referentes sobre o transporte inter-hospitalar pediátrico.” 2. “Existir enfermeiros com formação em transporte inter-hospitalar pediátrico...”

Apêndice 24 – Guião de Entrevista de Diagnóstico de Situação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



GUIÃO DE ENTREVISTA

*Breve
Enquadramento
do Tema*

O transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP) é uma realidade em qualquer parte do mundo e acompanha o direito universal que as crianças têm de acesso aos cuidados de saúde mais adequados. A criança como utente tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo clinicamente estável, os cuidados apropriados aos seu estado de saúde (Ordem dos Advogados, 2015). Para assegurar este direito, importa organizar um sistema de transporte pediátrico seguro e com qualidade que permita aos hospitais distritais estender a sua ação de modo a que o doente em idade pediátrica possa beneficiar dos melhores cuidados nos centros especializados (Abecassis, 2008).

Os serviços de urgência pediátrica devem manter uma estreita colaboração com o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) que disponibiliza meios diferenciados para o transporte secundário através das Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (Ministério da Saúde, 2013). Por outro lado, devido à limitação de meios, é fundamental que cada instituição adote internamente esquemas organizativos que garantam a segurança e ausência de complicações, resultantes do transporte de doentes (OM & SPCI, 2008). A literatura e a prática profissional revelam que a maioria das vezes, o transporte secundário é realizado por equipas inexperientes e sem assistência por normas adequadas de planeamento em práticas de gestão de risco adaptadas às características específicas e diferenciadoras da pediatria.

*Questões
Abertas*

1. **Quando surge a necessidade de transportar uma criança/jovem para outro hospital (pela necessidade de facultar um nível assistencial superior) como procedem? Guiam-se pelo procedimento geral de transporte secundário do doente em estado crítico [REDACTED] [REDACTED] ?**
2. **O que acha deste procedimento relativamente às características específicas da realidade pediátrica?**
3. **O que lhe parece importante trabalhar neste âmbito?**

*Entrevistado
Meio de
comunicação*

Enfermeiro Chefe da Unidade de Urgência Pediátrica [REDACTED]
Tipo – oral (gravada, se com consentimento).
Espaço – espaço reservado no serviço.
Momento – a definir com o entrevistado.

Tempo

De 30 a 60 minutos

Apêndice 25 – Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

ANÁLISE SWOT

		Pontos Fracos	Pontos Fortes
ANÁLISE SWOT	AMBIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de um procedimento de transporte inter-hospitalar de doentes adaptado à idade pediátrica; Deficiente uniformização de práticas de planeamento das transferências inter-hospitalares pediátricas; Acompanhamento da criança/jovem, em transporte secundário, por Enfermeiros da escala de prevenção, sem experiência na área pediátrica (Enfermeiros da Urgência Geral). 	<ul style="list-style-type: none"> Equipa de enfermagem motivada para uniformizar práticas no planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico; Chefia interessada no projeto; Equipa de Enfermagem altamente especializada na área da pediatria; Grande número de Enfermeiros com formação em SAV pediátrico.
	AMBIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> Construção de um guia orientador para assistir os enfermeiros a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico; Adotar ferramentas de planeamento adaptadas à pediatria para determinar a necessidade em recursos humanos e materiais necessários para um transporte inter-hospitalar seguro; Formar a equipa de enfermagem no transporte inter-hospitalar pediátrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em adotar uma ferramenta de planeamento transversal a todas as etapas de desenvolvimento da idade pediátrica; Recursos humanos de Enfermagem limitados para a integração na equipa de prevenção para o transporte secundário.

Apêndice 26 – Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

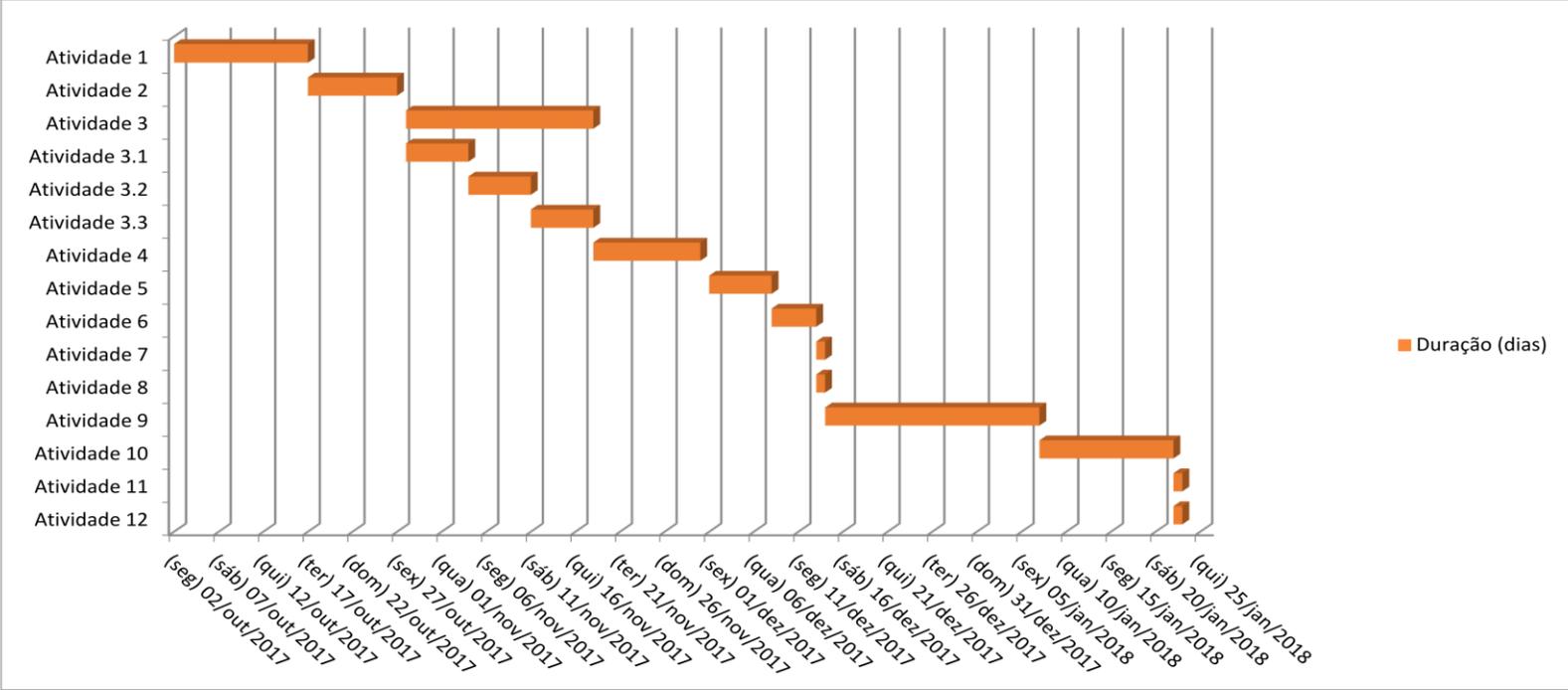
PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

PLANEAMENTO DO PROJECTO					
Objetivo Geral: Planear um transporte inter-hospitalar pediátrico seguro de forma sistematizada					
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar um guia orientador para assistir os enfermeiros a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico; 	<ol style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica utilizando a abordagem PICO (<i>Patient, Intervention, comparison e Outcome</i>) para pesquisa de evidência; Apresentação do trabalho de projeto à equipa/chefia e dos questionários realizados para o diagnóstico de situação; Construção de um guia orientador para o transporte inter-hospitalar pediátrico (fase de planeamento), recolher sugestões; <ol style="list-style-type: none"> Adaptação/adotação de uma ferramenta para avaliação da condição clínica da criança/jovem antes do transporte; Adaptação/adocção de uma ferramenta de avaliação de risco para determinação dos requisitos mínimos em recursos humanos/materiais para um transporte inter-hospitalar pediátrico seguro e de qualidade; Adaptação/adocção de uma <i>checklist</i> como instrumento promotor da uniformização de procedimentos e sistematização das tarefas a cumprir na fase de planeamento; Elaboração de um protótipo de guia orientador onde estão inseridas as escalas anteriores; Divulgação do protótipo do guia à equipa/chefia e professor orientador, para recolha de sugestões e reformulação; 	Enfermeiro Chefe Equipa de Enfermagem Enfermeiro/a Perceptor/a Professor/a Orientador/a	Bases de dados eletrónicas; Livros e Artigos; <i>Guidelines</i> /Protocolos; Orientações Técnicas; Recomendações; Sala de reuniões; Material informático e de escritório.		Validação do protótipo do guia orientador para assistir os enfermeiros a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico pelo/a Professor/a orientador/a; Enfermeiro/a Perceptor/a; Chefe de Serviço e restante Equipa de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> Realizar sessão de formação sobre o planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico e divulgar o guia orientador; 	<ol style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica sobre o tema (para complementar a realizada para o objetivo anterior); Realização da sessão de formação e divulgar o protótipo final para o guia orientador, como se operacionaliza na prática, esclarecer dúvidas e recolher sugestões (processo dinâmico); Avaliação da sessão de formação através de um questionário de avaliação da atividade formativa. 	Enfermeiro Chefe Equipa de Enfermagem Enfermeiro/a Perceptor/a Professor/a Orientador/a	Bases de dados eletrónicas; Livros e Artigos; <i>Guidelines</i> /Protocolos; Orientações Técnicas; Recomendações; Sala de Formação; Computador; Projetor; Material de escritório.		Adesão à sessão de formação; Avaliação positiva da sessão de formação.
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a aplicabilidade do guia orientador de planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico depois de ser validado. 	<ol style="list-style-type: none"> Avaliação da aplicabilidade do guia através de questionários; Avaliar a aceitação da equipa de enfermagem e da chefia; Propor um período de experimentação para aplicação do guia orientador; Propor a construção de um procedimento de serviço com base no guia orientador. 	Enfermeiro Chefe Equipa de Enfermagem	Material de escritório; Questionários.		Validação da aplicabilidade do guia orientador pela equipa de enfermagem e chefia.

Apêndice 27 – Cronograma do Projeto de Intervenção em Serviço

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Gráficos de Gantt



Apêndice 28 – Guia Orientador Para o Planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

GUIA ORIENTADOR PARA O PLANEAMENTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

PARTE I - ENQUADRAMENTO

1. Background

O transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP) acompanha o direito universal que as crianças têm de acesso aos cuidados médicos adequados. Como é defendido na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), a criança como utente, tem o direito de receber os melhores cuidados de saúde possíveis (EACH, 2009).

O transporte inter-hospitalar pediátrico passou a ter uma importância vital para possibilitar o acesso da criança/jovem a cuidados de saúde com recursos humanos e técnicos em tempo oportuno que não estão disponíveis no hospital de origem, ficando a continuidade dos cuidados assegurada (OM & SPCI, 2008). Mata, Escobar, Gómez, González & Cid (2016), afirmam que o transporte pediátrico é o elemento chave para a sobrevivência do doente crítico em idade pediátrica. Segundo Abecassis (2008), vários estudos têm demonstrado que este transporte quando feito por equipas especializadas permite reduzir a morbimortalidade.

Os serviços de pediatria devem manter uma estreita colaboração com o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) que disponibiliza meios diferenciados para o transporte secundário através das Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico que operam ao abrigo do Despacho n.º 3482/2013 (Ministério da Saúde, 2013). Por outro lado, devido à limitação de meios, é fundamental que cada instituição adote internamente esquemas organizativos que garantam a segurança e ausência de complicações, resultantes do transporte de doentes (OM & SPCI, 2008).

Podemos organizar o transporte inter-hospitalar pediátrico do doente crítico ou não crítico em três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação (OM & SPCI, 2008).

A **Decisão** de transportar é um ato exclusivamente médico. O médico que assiste a criança/jovem doente e por sua vez o Diretor do Serviço/Chefe da Equipa Médica, têm a responsabilidade de equacionar o risco/benefício do transporte, especialmente quando a deslocação tem potencial de agravar a situação clínica. Existem por outro lado situações, como por exemplo nos hematomas epidurais, onde o transporte para um centro especializado (tratamento definitivo), não pode ser atrasado (Sarfatti & Ramnarayan, 2017). Na fase pós decisão, o médico do hospital de origem que decide realizar a transferência, deve contactar o hospital recetor para descrever a condição clínica do doente, tratamentos e exames complementares de diagnóstico realizados (Traiber, Andreolio, & Luchese, 2006).

Uma das premissas do transporte de doentes é a sua estabilização prévia, "A estabilização hemodinâmica das crianças, antes do transporte, é um pré-requisito para uma transferência segura" (Romanzeira & Sarinho, 2015, p. 381). Para Droogh, Smit, Absalom, Ligtenberg, & Zijlstra (2015), a estabilização de um doente antes do transporte é a chave do sucesso. Ao longo do processo de estabilização, o médico do serviço de origem pode, se considerar necessário e dependendo da situação clínica, solicitar aconselhamento ao médico recetor ou à equipa da Ambulância TIP. Para Sarfatti & Ramnarayan (2017), esta comunicação e coordenação pré-transporte de médico para médico permite:

- Providenciar à equipa, do serviço de origem, conselhos clínicos relevantes;

- Chegar a uma decisão em conjunto sobre a necessidade de transporte secundário e o destino;
- Decidir quem deve realizar a transferência (equipa local ou equipa da Ambulância TIP) e a hora de partida;
- Determinar quais as intervenções a realizar antes da transferência, e quais as que devem ser adiadas para não atrasar a transferência;
- Discutir quais as complicações prováveis que podem surgir durante a transferência e as formas de as prevenir, caso a transferência seja realizada pela equipa local.

É importante clarificar que esta comunicação deve ser feita de forma a permitir a estabilização em paralelo da condição clínica da criança/jovem, não desresponsabilizando a equipa médica local (Sarfatti & Ramnarayan, 2017).

A fase de **Planeamento** é da responsabilidade da equipa médicas e de enfermagem do serviço ou unidade de origem. Maria, Conceição, Martins, Carlos, & Martins (2010), vão ao encontro das recomendações da OM & SPCI de 2008 e referem que a fase de planeamento é um momento intercalar que determina a escolha e contacto do serviço recetor, da escolha do meio de transporte, da equipa de transporte, seleção da monitorização e terapêutica e a previsão das possíveis complicações. O transporte inter-hospitalar pediátrico deve ser planeado com consciência dos riscos inerentes, não sendo aceitável qualquer deterioração do seu estado de saúde da criança/jovem, que não se relacione diretamente com a patologia de base. A segurança do doente e dos profissionais deve ser o principal objetivo do planeamento (OM & SPCI, 2008).

A **Efetivação**, constitui a terceira e última fase do transporte, e é da obrigação da equipa de acompanhamento previamente selecionada. Segundo a OM & SPCI (2008), esta equipa, tem a responsabilidade técnica e legal pelo doente até à passagem para a equipa de profissionais de saúde do hospital recetor, ou no regresso ao serviço de origem (no caso da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou atos terapêuticos).

A história da saúde infantil em Portugal mostra uma evolução de sucesso marcada pelo resultado das estratégias centradas nos direitos das crianças e na melhoria das condições económicas e sociais das famílias, com enfoque nos determinantes da saúde (Soediono, 2009). Continuar a evoluir positivamente requer que este planeamento em saúde deva ser sustentado para manter os resultados (Machado, Alves, & Couceiro, 2011). Desta forma é pertinente a crescente sistematização de recomendações (OM & SPCI, 2008), e elaboração de guias orientadores para um transporte pediátrico eficiente e seguro.

2. Objetivo

Este guia orientador pretende uniformizar o planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico de forma a garantir que o nível de cuidados à criança/jovem, durante o transporte, não seja inferior ao verificado no serviço de origem (OM & SPCI, 2008). Tem por base a promoção da segurança do doente em idade pediátrica, que constitui um dos pilares da qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2011).

3. Campo de aplicação

Aplica-se aos profissionais de saúde que exercem funções em serviços da área pediátrica onde pode surgir a necessidade de planear o transporte entre hospitais, de crianças/jovens que necessitem de um nível assistencial superior ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não realizáveis na instituição de origem (OM & SPCI, 2008).

4. Siglas e abreviaturas

CATS – *Children's Acute Transport Service*

CDC – Convenção sobre os Direitos da Criança

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EACH – *European Association for Children in Hospital*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NHS – *National Health Service*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

POPS – *Paediatric Observation Priority Score*

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRC – Sistemas de Retenção de Crianças

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

5. Responsabilidades

Para que o objetivo deste guia orientador seja alcançado, e de acordo com a OM & SPCI (2008), é fundamental que cada instituição estabeleça formalmente uma política interna relativamente ao transporte inter-hospitalar pediátrico. É da responsabilidade da instituição de origem, a organização de equipas com formação específica para o acompanhamento e auditoria do transporte inter-hospitalar (OM & SPCI, 2008).

O transporte inter-hospitalar pediátrico dá resposta a uma continuidade de cuidados do hospital que envia a criança/jovem e cabe sempre ao serviço de origem as responsabilidades técnicas e legais, durante as duas primeiras fases: decisão e planeamento (OM & SPCI, 2008). A responsabilidade da efetivação compete à equipa que assegura o transporte (OM & SPCI, 2008).

PARTE II – PLANEAMENTO DA TRANSFERÊNCIA

1. Os 5 certos do planeamento

Para que o transporte inter-hospitalar pediátrico seja realizado de forma segura, devem estar reunidas cinco condições: doente com condição clínica otimizada/estável, equipa de acompanhamento adequada, meio de transporte apropriado, equipamentos/medicamentos necessários e documentação.

1.1. Doente certo

Ter o doente certo corresponde a ter uma avaliação da condição clínica da criança/jovem estabilizada. Desta forma, "o doente deve ser sempre estabilizado antes de iniciar o transporte" (Abecassis & Correia, 2017, p. 21).

1.1.1. Avaliar e estabilizar a condição clínica da criança/jovem

A estabilização é um processo contínuo que segundo Azuero, Domínguez, & Calvo (2010), se inicia no hospital de origem e deve continuar em parceria com a equipa de acompanhamento, que por sua vez é mantida durante o transporte. Assegurar as melhores condições clínicas antes da transferência pode ser uma fase demorada mas necessária, no entanto, as situações em que o tratamento definitivo é urgente e não está disponível no local (Ex. emergências neurocirúrgicas), constituem uma exceção a esta regra (Abecassis & Correia, 2017).

A estabilização do doente em idade pediátrica requer uma avaliação sistemática por ordem de prioridades ABCDEF (A – *airway*; B – *breathing*; C – *circulation*; D – *disability*; E – *exposure*; F – *family*). Este exame, permite organizar as nossas avaliações para que sejam identificados os problemas que ameaçam a vida e estabelecer as medidas para as resolver ou minimizar (Abecassis et al., 2012). O objetivo principal é corrigir uma situação antes de avançar para o passo seguinte, sendo que, qualquer avaliação/reavaliação deve seguir estes passos.

Importa ressaltar que na área pediátrica a abordagem à criança/jovem doente é centrada no binómio familiar, assente numa parceria de cuidados (Apolinário, 2012). Sendo a família um alvo de cuidados, e tendo em conta que a alteração do estado clínico da criança/jovem, destabiliza a dinâmica familiar, é fundamental manter estes agentes informados sobre todos os procedimentos que se estão a planear, apresentar os profissionais envolvidos e dar informações práticas sobre a evolução clínica.

De forma a sistematizar a avaliação da condição clínica do doente em idade pediátrica, sem negligenciar nenhum parâmetro importante, a equipa responsável pelo planeamento da transferência pode utilizar o **IMPRESSO A** (Apêndice 1).

Esta avaliação estruturada permite valorizar, parametrizar todos os sistemas fisiopatológicos da criança/jovem e ajustar, com base nos protocolos clínicos institucionais e com base no aconselhamento prévio da equipa do hospital recetor ou da equipa da Ambulância TIP, qual o suporte hemodinâmico que deve ser aplicado.

1.1.2. Determinar o nível de gravidade da situação clínica da criança/jovem

A determinação do nível de gravidade da criança/jovem que necessita de ser transferida para outra instituição, para um nível assistencial superior ou para realização de exames complementares/terapêutica não existentes no hospital de origem, é fundamental para planear quais os recursos humanos e materiais que devemos reunir para uma transferência segura. Segundo a OM & SPCI (2008), a escolha destes recursos deve estar de acordo com as características do doente a transportar.

A existência de dados objetivos são importantes para uniformizar procedimentos e por outro lado para controlo de qualidade. Desta forma é importante a existência de escalas de pontuação para

definir as necessidades logísticas de acompanhamento no transporte inter-hospitalar pediátrico (OM & SPCI, 2008).

A equipa médica e de enfermagem responsáveis pelo planeamento devem por isso preencher o **IMPRESSO B** (Apêndice 2) que corresponde a uma escala de pontuação que determina os recursos com base no nível de gravidade ou do risco de agravamento previsível da condição clínica da criança/jovem a transferir. É uma ferramenta adaptada de Etxebarria et al., (1998) onde foram incluídos alguns parâmetros da escala POPS (*Paediatric Observation Priority Score*) de Roland et al., (2016), para se adaptar e respeitar as características específicas da realidade pediátrica .

O resultado da aplicação do referido impresso, define quatro níveis de gravidade. Estes quatro níveis seguem uma ordem de gravidade crescente e correspondem a uma cor, à semelhança dos protocolos de triagem: A -Verde; B – Amarelo; C – Laranja e D – Vermelho.

1.2. Equipa certa

Para que o transporte inter-hospitalar pediátrico seja realizado de forma segura, com a ocorrência mínima de efeitos adversos, é fundamental colocar a equipa certa com as competências mais adequadas às necessidades de cada doente (Foronda, VanGraafeiland, Quon, & Davidson, 2016).

A equipa pode ser constituída por profissionais de saúde da instituição de origem (equipa local) ou pela equipa da Ambulância TIP, dependendo do que foi decidido em acordo pelos responsáveis da equipa médica e pela disponibilidade dos meios. Idealmente o doente crítico (nível D) deverá ser transportado pela equipa mais diferenciada e com os recursos mais apropriados.

De forma a determinar a composição da equipa de acompanhamento devem ser seguidas as indicações do **IMPRESSO B** (Apêndice 2) que determina objetivamente os elementos necessários em função de critérios objetivos.

As equipas podem ser constituídas por médicos, enfermeiros e tripulantes de ambulância dependendo do nível de gravidade da condição clínica da criança/jovem. Segundo a OM & SPCI, (2008), preferencialmente, um dos elementos deve ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e treino em transporte de doentes críticos. Desta forma e tendo em conta que o contexto pediátrico é altamente específico, a equipa deve ter formação e experiência nesta área. O médico e o enfermeiro devem acompanhar todas os doentes em idade pediátrica que possam necessitar de intervenção emergente ou urgente devido à sua condição clínica (OMS, 2016).

A premissa para a escolha da equipa deve ser sempre a de elevar ou manter um nível equivalente de cuidados durante o transporte, ao nível que tinha antes da transferência (Droogh et al., 2015).

Segundo Azuero, Domínguez, & Calvo (2010), a equipa de transporte deve estar familiarizada com a área de prestação de cuidados, operacionalização e características de todos os equipamentos e fármacos. Além disso, a OM & SPCI (2008), recomenda que no mínimo a equipa deve ter formação em suporte avançado de vida, e no caso da pediatria, dado a sua especificidade, devem existir recomendações próprias.

Em pediatria, todo o processo fisiopatológico difere em grande parte do adulto e além disso é impossível cuidar de uma criança/jovem sem o envolvimento da família. Neste contexto importa salientar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) que “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (...)” (OE, 2012, p. 1). Assim, o EEESCJ tem todos os conhecimentos e “(...)habilidades

para antecipar e responder a situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.” (OE, 2012, p.1). Estas competências, vão ao encontro do Artigo 8.º da Carta da Criança Hospitalizada: “A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.” (EACH, 2009, p.25).

É obviamente vantajoso ter equipas especializadas, que têm competências próprias em detrimento de equipas com elementos menos diferenciados. No entanto é igualmente importante fazer uma gestão de recursos em função das necessidades.

1.3. Transporte certo

Segundo a OM & SPCI (2008), a escolha do meio de transporte mais adequado deve ter em consideração algumas questões:

- A situação clínica do doente (criança/jovem) que determina se o transporte é emergente, urgente ou eletivo;
- Quais as intervenções médicas provavelmente necessárias durante o transporte;
- A disponibilidade de recursos humanos e materiais;
- Qual a distância/duração do transporte, tendo em conta as condições das rodovias, fluxo de trânsito e geografia do terreno;
- As condições climatéricas;
- Qual os custos envolvidos, sem negligenciar as necessidades clínicas do doente.

Em Portugal, as formas mais comuns de transporte são por via aérea ou terrestre. O helitransporte tem notavelmente vantagens em termos de rapidez e acompanhamento diferenciado, no entanto requer equipas com formação específica em fisiologia de voo (com impacto nos doentes), sendo por isso realizada apenas por elementos do INEM (OM & SPCI, 2008). Por outro lado, como foi demonstrado por Droogh et al., (2015), existem estudos que demonstram que quando o transporte terrestre é realizado por equipas igualmente especializadas os resultados são equiparados. De outra forma é conhecido que muitas vezes por razões logísticas (zonas de aterragem distantes dos hospitais) o helitransporte obriga a múltiplas transferências do doente entre macas (Traiber et al., 2006).

Tendo em conta as limitações do helitransporte, a via terrestre está mais acessível por intermédio de ambulâncias preparadas para o efeito. Estas ambulâncias permitem que a criança/jovem seja transferida entre macas menos vezes (do hospital para a ambulância e da ambulância para o hospital) e permite parar para realização de procedimentos (Traiber et al., 2006).

No que diz respeito ao tipo de ambulâncias de que dispomos, as suas características estão definidas em regulamento próprio pela Portaria n.º 142-A/2012, de 15 de maio:

- **Ambulância Tipo A** (ambulâncias de transporte): todo o tipo de veículo identificado como tal, equipado para o transporte de doentes que dele necessitem por causas medicamente justificadas e cuja situação clínica não faça prever a necessidade de assistência durante o transporte;
- **Ambulância Tipo B** (ambulâncias de socorro): todo o veículo identificado como tal cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte;
- **Ambulância Tipo C** (ambulância de cuidados intensivos): todo o veículo identificado como tal cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte avançado de vida destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte.

Este diploma refere ainda que as ambulâncias de socorro também podem atuar na estabilização de doentes que necessitem de suporte avançado de vida, desde que estejam equipadas com recursos humanos e técnicos para o efeito.

De forma a determinar qual o tipo de transporte mais adequado devem ser seguidas as indicações do **IMPRESSO B** (Apêndice 2) que determina objetivamente o tipo de ambulância necessária em função de critérios objetivos de gravidade da situação clínica da criança/jovem.

Deve existir durante o planeamento, uma consciencialização que as condições associadas ao transporte podem contribuir para a sua instabilidade. De entre estas condições temos: “vibrações, excesso de ruído, diferenças de temperatura, distância, tempo de duração do transporte e as condições rodoviárias”. (Romanzeira & Sarinho, 2015, p. 381).

Especialmente em contexto pediátrico, as forças de aceleração e desaceleração podem ter efeitos fisiológicos significativos nas crianças e particularmente nos latentes (Gilpin & Hancock, 2016). O transporte deve ser por isso realizado de forma o mais suave possível e com velocidade apropriada. Segundo Gilpin & Hancock (2016), é aconselhável que as sirenes sejam utilizadas ao mínimo possível devido ao risco de causar *stress* fisiológico e psicológico à criança/jovem.

Outro aspeto de segurança a considerar diz respeito aos dispositivos de contenção adequados ao tamanho da criança chamados de Sistemas de Retenção de Crianças (SRC). Segundo Levick & Swanson (2005), dentro das ambulâncias existe um ambiente complexo no que respeita à proteção dos ocupantes, com riscos claros de segurança. Mesmo com este conhecimento, não existem normas de segurança formais (Levick, 2008). Esta ausência de restrições de contenção legislada pode levar a consequências físicas graves a uma criança e desta forma, a gestão da segurança durante o transporte é uma preocupação para a equipa pediátrica de acompanhamento (Wilson, 2007). A utilização do *Kidy Safe®*, que pode existir eventualmente nos serviços de área pediátrica são uma opção viável como sistema de retenção que se adapta a todas as idades. Outra opção da prática comum é a imobilização em maca de vácuo, que pode facilmente estar disponível nos serviços ou na carga da ambulância e que permite ajustar-se ao tamanho da criança/jovem.

No que diz respeito ao seguro da ambulância, este veículo é obrigado por lei a ter uma cobertura de responsabilidade civil obrigatória que inclui todos os ocupantes da viatura (dotação máxima) no âmbito de um acidente de viação, como está definido nos números 1 e 2 do 14º artigo do Decreto-Lei n.º 291/2007 de 21 de Agosto.

1.4. Equipamentos e medicamentos certos

Os serviços hospitalares que admitem crianças/jovens devem assegurar que possuem todos o equipamentos e medicamentos apropriados para a estabilização e transferência quando necessário (Gilpin & Hancock, 2016). A equipa responsável pelo planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico deve reunir todo o equipamento e medicação adequado às características específicas de cada criança/jovem antes da transferência.

Com o preenchimento do **IMPRESSO B** (Apêndice 2) é possível prever quais os equipamentos preferenciais que devem ser providenciados para a realização de uma transferência segura e que conseguem dar resposta a cada situação em particular.

Segundo, Sarfatti & Ramnarayan (2017), os serviços de urgência pediátrica devem possuir malas de transporte com dispositivos pediátricos com *checklist's* de revisão periódicas regulares. Ainda para estes autores, é fundamental que as equipas de transferência estejam familiarizadas com o conteúdo das malas e com os restantes dispositivos existentes (bombas perfusoras, seringas perfusoras, ventilador de transporte, monitor, aspirador de secreções, etc.).

De forma a facilitar o planeamento dos dispositivos necessários para o transporte, com tamanhos adequados ao peso/idade de cada criança/jovem, existem alguns instrumentos aos quais nos podemos socorrer. Entre estas ajudas práticas podemos utilizar as conhecidas tabelas e fórmulas de cálculo em pediatria (Anexo 1) que permitem fazer o cálculo aproximado, como por exemplo do peso estimado, do tamanho do tubo endotraqueal e sua distância à comissura labial. A utilização, quando disponível, da fita pediátrica de *Brose/low* também constitui uma ferramenta prática nesta fase.

Todos os dispositivos com funcionamento por bateria devem ser testados e confirmar a existência de possibilidade de ligação às tomadas de energia da célula sanitária da ambulância, que possuem na maioria dos casos conversores de energia para 220v.

A monitorização durante o transporte deve ser mantida com pelo menos os mesmos parâmetros que a criança tinha antes da transferência (Traiber et al., 2006). O eletrocardiograma, pulso oxímetro, avaliação de pressão arterial não invasiva e avaliação da frequência respiratória, são os parâmetros de monitorização mínima necessária. No entanto, pela sua complexidade algumas crianças/jovens precisam de monitorização mais avançada como por exemplo a capnografia em crianças ventiladas. Em pediatria, em especial nas crianças pequenas, a monitorização da temperatura deve ser feita periodicamente de forma a prevenir situações de hiper ou hipotermia que levam muitas vezes a descompensação da situação clínica (Traiber et al., 2006).

Segundo a *American Academy of Pediatrics* cit. por Traiber, Andreolio, & Luchese (2006), é fundamental dispor, no meio de transporte, de um equipamento de comunicação, para eventuais necessidades de informar mudanças importantes no estado clínico da criança/jovem ou para qualquer pedido extra de apoio. Esta deverá ser uma preocupação da equipa de planeamento que tem a responsabilidade de assegurar estas condições.

No que diz respeito à medicação, todos os fármacos necessários para a estabilização e acompanhamento da criança/jovem devem ser previamente preparados e com a dosagem ajustada ao peso da criança/jovem. Segundo, Gilpin & Hancock (2016), a preparação de todas as perfusões, antes do transporte, pode poupar tempo significativo. A equipa de planeamento e de transporte devem assegurar que as malas de transferência possuem a medicação necessária e em quantidades adequadas. À semelhança do que acontece no planeamento dos dispositivos médicos, as tabelas com os valores das dosagens de fármacos por Kg de peso, são muito úteis, nomeadamente para o cálculo de perfusões de inotrópicos, sedo-analgésia e para calcular as doses dos fármacos utilizados na reanimação (Anexo 2). Da mesma forma, para calcular as doses de medicação, a régua de *Brose/low* pode ser uma ferramenta bastante útil. Existem também algumas folhas de cálculo automáticas pré- configuradas que nos permitem rapidamente, através do peso da criança, saber a dosagens farmacológicas. O CATS (*Children's Acute Transport Service*) do sistema nacional de saúde em Inglaterra, disponibiliza em <http://site.cats.nhs.uk/>, a sua *Drug Chart For Referring Hospitals* (Anexo 3).

Outro aspecto importante a considerar antes da partida é a verificação dos níveis de oxigénio existentes na carga da ambulância, e como tal, a equipa deve estar preparada para realizar um cálculo das necessidades de consumo deste gás durante a viagem (Anexo 4).

A equipa de profissionais deve ter sempre a preocupação de realizar uma inspeção das condições e dos equipamentos existentes na célula sanitária da ambulância, confirmando a existência de todos os requisitos técnico-legais. Segundo a OM & SPCI (2008), o não envolvimento nestas questões pode levar a que o transporte seja feito de forma desadequada.

1.5. Documentos certos

Ao longo da pré-estabilização da criança/jovem e antes da partida para o hospital de destino, toda a documentação necessária deve ser reunida. Para Traiber, Andreolio, & Luchese, (2006), estes documentos são: documentos de indicação para o transporte, estado clínico da

criança/jovem antes e durante a transferência, relatório do episódio clínico, registos médicos, registos de enfermagem e todos os exames laboratoriais e imagiológicos efetuados no hospital de origem.

Quando a criança/jovem chega ao hospital destino, toda esta informação deve ser entregue durante a passagem de dados da equipa de transporte para a equipa que recebe. Segundo, Azuero, Domínguez, & Calvo (2010), a transmissão da informação deve ser completa e focada nos aspetos principais: avaliação, tratamento farmacológico, intervenções realizadas, complicações durante o transporte e a condição clínica atual.

Importa referir ainda que, em situações tempo-dependentes, a preparação destes registos não deve motivar o adiamento da transferência, assim como a espera por resultados analíticos ou de imagem. Existe sempre a possibilidade de enviar estes documentos posteriormente por fax, outros meios eletrónicos ou em último caso verbalmente por telefone/telemóvel (Traiber et al., 2006).

2. Previsão de possíveis complicações e formas de prevenção

A previsão das complicações possíveis associadas ao transporte inter-hospitalar pediátrico e as respetivas formas de prevenção, é outro dos aspetos a ter em conta na fase de planeamento. Como defende a OM & SPCI (2008), a análise do risco de complicações deve ser feita de forma proativa com o objetivo de tomar medidas corretivas. A equipa deve ter especial atenção, “nos primeiros 5 minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (>30 minutos)” (OM & SPCI, 2008, p. 10).

A avaliação dos riscos é um processo dinâmico e pode ser separado em duas áreas chave (Gilpin & Hancock, 2016). A primeira diz respeito aos riscos associados à condição clínica do doente e a segunda está relacionada com os riscos associados à logística necessária, em recursos humanos e materiais, para garantir a segurança do transporte (Gilpin & Hancock, 2016).

O modo de transporte, pode por si só, ter impacto na estabilidade fisiológica da criança/jovem.

A condição clínica da criança/jovem com necessidade de nível assistencial superior, pode muitas vezes ser tendencialmente instável, mesmo antes do início da transferência (Droogh et al., 2015). De qualquer forma os incidentes fisiológicos adversos devem ser prevenidos, nomeadamente os cardiovasculares e respiratórios. Segundo, Droogh et al. (2015), os eventos cardiorrespiratórios mais comuns são as hipertensões ou hipotensões, as bradicardias ou taquicardias e as arritmias, e os respiratórios mais comuns são os relacionados com a inadequada ventilação ou a diminuição da saturação de oxigénio. Deste modo a equipa deve estar constantemente atenta a estes riscos e com as estratégias ou protocolos preparados para atuar rapidamente e preferencialmente em antecipação. A **DOPES** é um exemplo de estratégia prática que pode ser utilizada em casos de dessaturação de oxigénio em crianças/jovens ventilados e consiste em organizar o pensamento para as possíveis causas dessa complicação, ou seja: D – Tubo endotraqueal **desconectado**; O – **obstrução** do tubo endotraqueal; P – Existência de **pneumotórax**; E – Falha do **equipamento**; S – tubo endotraqueal no **estômago**.

De uma forma geral, Azuero, Domínguez, & Calvo (2010), aconselha à vigilância dos seguintes aspetos:

- Confirmar a posição do tubo endotraqueal e a sua permeabilidade;
- Fixar bem todos os tubos, drenos e acessos venosos periféricos, centrais ou linha arterial;
- Nunca perder o contacto visual com a criança/jovem, para a deteção precoce de alterações na sua perfusão periférica, movimentos respiratórios e estado de consciência;
- Estar sempre com atenção aos alarmes ou a qualquer alteração de som do funcionamento do ventilador;

- Avaliar periodicamente (dependendo da necessidade da criança/jovem) todos os parâmetros vitais;
- Ponderar a necessidade de parar a ambulância para reavaliar a situação clínica da criança/jovem no caso de ocorrer deterioração.

O tempo despendido no hospital de origem aquando da estabilização da criança/jovem antes do transporte é tempo ganho durante a sua efetivação, reduzindo a possibilidade de complicações clínicas e técnicas. É preferível, por exemplo, assegurar a permeabilidade da via aérea ou a canalização de acessos vasculares no serviço de origem do que em condições mais limitadas no interior de uma ambulância (Traiber et al., 2006).

As transferências dos doentes entre macas (do hospital de origem para a ambulância e da ambulância para o hospital de destino), constituem períodos especiais de risco de complicações (OM & SPCI, 2008). Este “*transfer*”, não constitui uma etapa mas sim um procedimento onde as equipas têm de ter especial atenção, que coincide com momentos de extubações acidentais, desconexões de tubuladuras, perda de acessos venosos ou trações traumáticas de drenos/algalias (Azüero et al., 2010). Durante este procedimento deve existir necessariamente um líder para coordenar a ação que pode ser realizada por várias pessoas. Segundo, Azüero, Domínguez, & Calvo (2010), o líder deve posicionar-se à cabeceira da criança/jovem a transferir para ter perceção do que está a acontecer à sua volta e deve assegurar que:

- toda a mobilização do doente é feita de forma coordenada, sincronizada e em bloco (especialmente em situações de trauma);
- todos os dispositivos médicos (sondas, cateteres, drenos, etc.) estão bem fixados e identificados;
- os dispositivos de imobilização (*Coquille*, cintos do plano duro, colar cervical, etc.) estão bem fixados e posicionados;
- não passam objetos, equipamentos (bombas, balas de oxigénio, monitor, etc) por cima do doente, para evitar lesões acidentais;
- existe um número de elementos necessários para realizar a manobra, dependendo da complexidade da situação;
- é mantida a atenção aos alarmes ou a qualquer alteração do som do funcionamento do ventilador.

Por detrás deste procedimento existe uma metodologia prática que permite organizar o pensamento e que consiste na utilização da estratégia **PATRA** (Carreras et al., 2016). Com esta mnemónica todos os passos são realizados pela sequência:

- **P – Preparação** (definir número de elementos necessários, identificação do líder, ajuste de funções de cada elemento, confirmar funcionamento dos equipamentos, estabelecer necessidade de utilizar ajudas técnicas como por exemplo tábua de “*transfer*” e definir estratégia);
- **A – Ajuste** (Fixar todos os dispositivos corretamente e coloca-los o mais próximos da criança/jovem, clampar sondas, não elevar drenagens acima do doente, prescindir dos equipamentos de perfusão desnecessários, mudar as seringas perfusoras, colocar a monitorização mínima necessária – oximetria de pulso, certificar que o espaço entre as macas está livre de obstruções, travar as macas, colocação de ajudas para o “*transfer*”);
- **T – Transfer** (realização da manobra à voz do líder e com movimentos coordenados);
- **R – Reajuste** (Fazer uma revisão céfalo-caudal de todos os dispositivos, desclampar sondas/drenos, voltar a monitorizar todos os parâmetros necessários, confirmar o funcionamento dos dispositivos de perfusão);
- **A – Acomodação** (Retirar os acessórios de ajuda para o “*transfer*”, recolocar e posicionar todos os dispositivos, posicionar a criança/jovem de acordo com a patologia e com sistema de retenção adequado, fixação dos dispositivos à nova estrutura de transporte).

Segundo Carreras et al. (2016), a transferência da criança/jovem entre macas é um momento crítico na estabilização do doente e um manuseamento incorreto do mesmo pode levar a perda de tempo vital, deste modo é fundamental o trabalho em equipa, a liderança, definir e ordenar etapas e fazer reavaliação contínua.

Outra estratégia que ajuda a refletir sobre os aspetos mais importantes antes da partida, é a mnemónica **TRANSFER**, utilizada pelo *Mid Essex Hospital Services*. Segundo Stanley (2014), esta abordagem permite:

- **“Timing” (T):** Assegurar que o médico do hospital emissor contactou o médico do hospital receptor e que este último aceitou a transferência;
- **Recursos (R):** Assegurar que os recursos humanos e materiais mais apropriados foram selecionados e estão disponíveis e preparados;
- **Avaliação (A):** Assegurar que foi feita uma avaliação completa da criança/jovem antes do transporte;
- **Notas (N):** Assegurar que toda a documentação necessária está reunida e devidamente identificada;
- **Segurança (S):** Assegurar que a equipa que acompanha a criança/jovem está suficientemente treinada para dar resposta a qualquer necessidade durante o transporte. O equipamento está bem acomodado e existe oxigénio suficiente para toda a viagem;
- **Família (F):** Assegurar que a família da criança/jovem está informada e atualizada sobre as últimas ocorrências. Devem ser dados todos os contactos e detalhes possíveis sobre o hospital receptor. Deve ser dada a possibilidade de acompanharem a criança/jovem, caso a equipa considere que estão reunidas condições para o efeito;
- **Equipamento (E):** Assegurar que o equipamento que vai ser utilizado durante a transferência está em total funcionamento e com as baterias carregadas;
- **Rever (R):** Assegurar que a preparação da passagem de dados da evolução clínica da criança/jovem é feita atempadamente para facilitar a sua chegada ao hospital de destino.

De forma a dar resposta a esta preocupação em prever e prevenir complicações e assegurar que todos os aspetos foram considerados, a equipa pode socorrer-se de instrumentos pré-partida. O preenchimento do **IMPRESSO C** (Apêndice 3), corresponde a uma *checklist* pré-partida e poderá ser útil nesta fase. A utilização destas listas de verificação, para simplificar e sistematizar as diferentes fases do transporte inter-hospitalar de doentes são defendidas por diversos autores, incluindo a OM & SPCI (2008) e Stanley (2014).

3. Cuidados centrados na família

Os cuidados centrados na família estão profundamente associados à pediatria, onde a família é reconhecida como uma unidade da qual faz parte uma criança/jovem (Pinto, Ribeiro, Pettengill, & Balieiro, 2010). Neste contexto, o indivíduo nunca poderá ser separado das suas necessidades de interação familiar e vice versa. Em saúde a parceria de cuidados com a família é um compromisso e uma responsabilidade dos profissionais de saúde e como tal é necessário cultivar esta interação (Pinto et al., 2010).

A evolução dos cuidados no que respeita ao transporte inter-hospitalar pediátrico deve centrar-se nas crianças sem negligenciar as necessidades dos seus familiares/pessoas significativas, em todo este processo que habitualmente constituem momentos de grande ansiedade e incertezas. Segundo, Masterson & Brenner (2016), os pais consideram ser de grande importância, a comunicação de informações atualizadas, pré-transferência, sobre a condição clínica dos seus filhos e a consciencialização das possíveis complicações durante a viagem. Por outro lado, Berube, Fothergill-Bourbonnais, Thomas, & Moreau, (2014), alertam para o impacto que a ansiedade provoca na capacidade de processamento de informações dos pais, quando têm os seus filhos doentes.

A equipa responsável pelo planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico deve ter presente o dever de informar a família e de proporcionar o contacto direto com a criança/jovem em todo este processo. Para a OM & SPCI (2008), na verificação final pré-partida em qualquer transporte inter-hospitalar deve ser assegurado que os familiares ou representantes legais estão devidamente informados das razões da necessidade do transporte, nome do hospital e nome do serviço de destino. Tal como é defendido na Carta da Criança Hospitalizada, "As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão." (EACH, 2009, p.16). É por isso imprescindível organizar um conjunto de informações para ir ao encontro das necessidades dos familiares das crianças/jovens a transferir e para o efeito a equipa pode complementar a sua abordagem com a entrega de folhetos informativos (Apêndice 4).

Segundo, Sarfatti & Ramnarayan (2017), um dos familiares deve ser convidado a acompanhar a criança/jovem durante a efetivação do transporte, no entanto esta hipótese é colocada em consideração pela equipa.

Em Portugal, é reconhecido na Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho, que todo o cidadão que tenha sido admitido num serviço de urgência tem direito a um acompanhante. Por outro lado na Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, as crianças, com idade até 18 anos, têm direito a acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou pessoa significativa, quando internada. No que respeita ao acompanhamento durante o transporte inter-hospitalar, não existe formalmente um documento oficial que possa esclarecer com clareza esta situação, no entanto não nos podemos esquecer que a criança tem o direito à não separação com os seus pais, como é clarificado no Artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989).

A equipa de transporte deve ter em conta os direitos das crianças mas por outro lado deve assegurar que a prestação de cuidados à criança não fica comprometida. Para, Sarfatti & Ramnarayan (2017), caso a equipa decida incluir os pais na transferência, deve ser dedicado um tempo para explicar as possibilidades de surgirem imprevistos, nomeadamente instabilidade da condição clínica, e como se devem comportar durante a viagem.

O importante neste ponto é a valorização do potencial dos pais no envolvimento dos cuidados e a possibilidade de serem dadas respostas, que satisfaçam as suas necessidades de informação permanente, com redução dos níveis de ansiedade, incerteza e insegurança.

PARTE III – AUDITORIA INTERNA DO PLANEAMENTO

De forma a garantir a qualidade e operacionalidade do planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico, é fundamental a implementação de um programa de acompanhamento e auditoria ao transporte secundário (OM & SPCI, 2008).

Este controlo de qualidade é feito por intermédio da análise dos dados objetivos do **IMPRESSO B**, que corresponde à escala de pontuação que define as necessidades em recursos de pessoal/equipamentos e pela análise de todos os registos clínicos nos respetivos formulários (OM & SPCI, 2008).

As *Guidelines* para transferência de crianças do NHS (*National Health Service*), aconselha à realização de uma auditoria anual, por um elemento médico e de enfermagem com esta competência delegada, de forma a avaliar:

- O cumprimento dos requisitos logísticos mínimos para a realização da transferência;
- A documentação que deve acompanhar a criança/jovem a ser transferida;
- O tempo despendido para o planeamento do transporte.

Os resultados da auditoria devem ser relatados às entidades superiores (Diretor Clínico e Chefe de Enfermagem), para que sejam desenvolvidas as devidas correções.

A OM & SPCI (2008), recomendam a existência de um sistema de acompanhamento e de auditoria local, onde os auditores devem socorrer-se de instrumentos de avaliação adequados (baseados em tabelas e em formulários de registo).

Apenas desta forma é possível avaliar o nível de desempenho no respeito pelas boas práticas e implementar medidas corretivas.

PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transporte inter-hospitalar pediátrico exige necessariamente uma política de segurança. A fase de planeamento deve garantir as condições ideais, de forma a permitir que perante uma determinada criança/jovem doente são disponibilizados os profissionais certos com o equipamento certo (Sarfatti & Ramnarayan, 2017).

A utilização de ferramentas de planeamento (greijas, tabelas, *checklist's*), permitem uma sistematização de todo o processo, diminuindo os níveis de ansiedade e as hipóteses de cometer erros dos profissionais e elevando os níveis de qualidade em cuidados à criança/jovem doentes e família/pessoas significativas.

O recurso a equipas com experiência na área pediátrica para o planeamento e efetivação do transporte inter-hospitalar pediátrico, está associado a melhores resultados e a maior segurança (Stroud et al., 2013). Segundo Traiber, Andreolio, & Luchese (2006), o transporte de crianças tem necessariamente de ser realizado por profissionais que trabalham com urgências pediátricas de forma a evitar complicações e intercorrências. Apenas com profissionais qualificados e com equipamentos adequados se consegue realizar um transporte seguro e eficiente (Traiber et al., 2006).

Os esquemas organizativos de transporte secundário são um caminho institucional a seguir. Reduzem as complicações inerentes aos riscos envolvidos no transporte de doentes e diminuem substancialmente a mortalidade e morbilidade (OM & SPCI, 2008).

Referências Bibliográficas

- Abecassis, F. (2008). Transporte Pediátrico – Organização e Perspectivas Actuais. *Nascer E Crescer*, XVII(3), 137–140.
- Abecassis, F., Catarino, R., Félix, M., Fonseca, P., Metello, J., & Valente, M. (2012). *Emergências Pediátricas e Obstétricas* (1.ª). Lisboa: INEM.
- Abecassis, F., & Correia, M. (2017). *Manual do IV curso de transporte neonatal e pediátrico* (4.ª). Lisboa: Centro de Formação do CHLN. Retrieved from [https://www.dropbox.com/sh/qnkhpzp0nvu3orc/AAAPL6Ke9G1RBH9w9uzyEppaa/Materia didactico/01.MANUAL CURSO TIP SULCHLN?dl=0](https://www.dropbox.com/sh/qnkhpzp0nvu3orc/AAAPL6Ke9G1RBH9w9uzyEppaa/Materia%20didactico/01.MANUAL%20CURSO%20TIP%20SULCHLN?dl=0)
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 7), 83–92. <https://doi.org/10.12707/RIII11145>
- Azuero, K., Domínguez, P., & Calvo, C. (2010). Estabilización y transporte interhospitalario del neonato y niño crítico. *Revista Española de Pediatría*, 66(1), 18–29. Retrieved from <https://medes.com/publication/58217>
- Berube, K. M., Fothergill-Bourbonnais, F., Thomas, M., & Moreau, D. (2014). Parents' Experience of the Transition with their Child from a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) to the Hospital Ward: Searching for Comfort Across Transitions. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(6), 586–595. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.06.001>

- Carreras, E., Domínguez, P., Esclapés, T., Gallardo, A., Jórdan, R., Nuñez, M., ... Valín, M. (2016). *Manual do Curso de Transporte Pediátrico y Neonatal SEMP-VH*. Barcelona: Hospital MAterno-infantil Vall d'Hebron. Retrieved from [https://www.dropbox.com/sh/qnkhpzp0nvu3orc/AABBgXrt4eOSASz8Rpi1P0aBa/Material didáctico/02.MANUAL CURSO SEMPVH?dl=0](https://www.dropbox.com/sh/qnkhpzp0nvu3orc/AABBgXrt4eOSASz8Rpi1P0aBa/Material%20didactico/02.MANUAL%20CURSO%20SEMPVH?dl=0)
- DGS. (2011). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre a segurança do doente. *Ministério Da Saúde*. Retrieved from www.dgs.pt
- Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>
- EACH. (2009). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Retrieved from http://www.pipop.info/fotos/editor2/annotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf
- Etxebarría, M. J., Serrano, S., Ruiz Ribó, D., Cía, M. T., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 5(1), 13–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10406413>
- Foronda, C., VanGraafeiland, B., Quon, R., & Davidson, P. (2016). Handover and transport of critically ill children: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 207–225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.020>
- Gilpin, D., & Hancock, S. (2016). Referral and transfer of the critically ill child. *BJA Education*, 16(8), 253–257. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkv050>
- Levick. (2008). Emergency Medical Services: Unique Transportation Safety Challenge. *TRB 2008 Annual Meeting*. Retrieved from <http://pubsindex.trb.org/paperorderform.pdf>
- Levick, N. R., & Swanson, J. (2005). An optimal solution for enhancing ambulance safety: implementing a driver performance feedback and monitoring device in ground emergency medical service vehicles. *Annual Proceedings. Association for the Advancement of Automotive Medicine*, 49, 35–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16179138>
- Machado, M. D. C., Alves, M. I., & Couceiro, M. L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal : indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42, 195–204. <https://doi.org/0873-9781/11/42-5/195>
- Maria, R., Conceição, D., Martins, S., Carlos, J., & Martins, A. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos Experiences of nurses during the transfer of critical patients from one hospital to another Experiencias de los enfermeros en lo traslado inter-hospitalario de los pacientes críticos. *Abstract Resumen*, 111–120. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a12.pdf>
- Masterson, K., & Brenner, M. (2016). Parents' Communication Preferences Prior to the Interhospital Transfer of an Acutely-ill Child: A Qualitative Study. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(3), 215–220. <https://doi.org/10.1080/24694193.2016.1186759>
- Mata, S., Escobar, M., Cabrerizo, M., Gómez, M., González, R., & Cid, L.-H. (2016). Pediatric and neonatal transport in Spain, Portugal and Latin America. *Medicina Intensiva*, (xx). <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.12.013>
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 4651/2013, 2013, 2012–2013.
- OE. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Ordem Dos Enfermeiros*. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - regulamento do perfil_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar_-_regulamento_do_perfil_VF.pdf)
- OM, & SPCI. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações, 45. Retrieved from http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

- OMS. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO Document Production Services. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132–135. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>
- Roland, D., Lewis, G., Fielding, P., Hakim, C., Watts, A., & Davies, F. (2016). The Paediatric Observation Priority Score: A System to Aid Detection of Serious Illness and Assist in Safe Discharge. *Open Journal of Emergency Medicine*, 4(2), 38–44. <https://doi.org/10.4236/ojem.2016.42006>
- Romanzeira, J. C. F., & Sarinho, S. W. (2015). Quality Assessment of Neonatal Transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (SAMU). *Jornal de Pediatria*, 91(4), 380–385. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.10.006>
- Sarfatti, A., & Ramnarayan, P. (2017). Transport of the critically ill child. *Paediatrics and Child Health*, 27(5), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.01.014>
- Soediono, B. (2009). *Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008. Alto Comissariado da Saúde* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Stanley, A. (2014). *Guidelines for transferring Children (0-16yrs)*. Chelmsford. Retrieved from <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qVJHMqqqZ7gJ:www.meht.nhs.uk/EasysiteWeb/getresource.axd%3FAssetID%3D10295%26type%3Dfull%26servicetype%3DAttachment+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Stroud, M. H., Trautman, M. S., Meyer, K., Moss, M. M., Schwartz, H. P., Bigham, M. T., ... Insoft, R. (2013). Pediatric and Neonatal Interfacility Transport: Results From a National Consensus Conference. *PEDIATRICS*, 132(2), 359–366. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0529>
- Traiber, C., Andreolio, C., & Luchese, S. (2006). Transporte inter-hospitalar de crianças criticamente doentes. *Scientia Medica*, 16(3), 119–125.
- UNICEF. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Retrieved from https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Wilson, P. (2007). Fasten their seatbelts: legal restraint of children in car seats and road ambulances. *Paediatric Care*, 19(7), 14–18. <https://doi.org/10.7748/paed2007.09.19.7.14.c4451>

Apêndices

- Apêndice 1 – IMPRESSO A – Avaliação da Condição Clínica da Criança/Jovem
- Apêndice 2 – IMPRESSO B – Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
- Apêndice 3 – IMPRESSO C – *Checklist* Pré-partida
- Apêndice 4 – Folheto Informativo sobre o TIP

Anexos

- Anexo 1 – Tabelas e Fórmulas de Cálculo em Pediatria
- Anexo 2 – Medicação em Pediatria
- Anexo 3 – *Drug Chart for Referring Hospitals*
- Anexo 4 – Cálculo das Necessidades de Oxigénio



APÊNDICES

APÊNDICE 1 - IMPRESSO A – Avaliação da Condição Clínica da Criança/Jovem

IMPRESSO A

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM
(COLAR ETIQUETA)

SERVIÇO DE ORIGEM:

HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO:

MÉDICO QUE RECEBE A CRIANÇA/JOVEM:

IDADE ATUAL: PESO ATUAL: ALTURA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____ ALERGIAS: _____

MEDICAÇÃO HABITUAL: _____

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ATUAL: _____

AVALIAR		AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA/JOVEM*		SUPORTE																										
		CONDIÇÃO CLÍNICA																												
A	AIRWAY	<input type="checkbox"/> Permeável <input type="checkbox"/> Não Permeável: <input type="checkbox"/> Ruidos da VA <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Estridor? <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Ingurgitamento jugular <input type="checkbox"/> Efisema SC TRAUMA: <input type="checkbox"/> imobilização cervical <input type="checkbox"/> plano duro <input type="checkbox"/> coquille <input type="checkbox"/> talas		<input type="checkbox"/> Tubo orofaríngeo n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo nasofaríngeo n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo orotraquel n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo nasotraquel n.º _____ <input type="checkbox"/> Máscara laríngea n.º _____ <input type="checkbox"/> outro: n.º _____																										
		B	BREATHING	FR(cpm): _____	<input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Tiragem <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Expansão simétrica <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Paradoxal		OXIGÉNIO FiO ₂ (%) _____ O ₂ (L/m) _____ <input type="checkbox"/> Másc. 100% <input type="checkbox"/> Másc. Venturi <input type="checkbox"/> Óculos nasais <input type="checkbox"/> Sonda nasal																							
AP <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> hipofonia <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> crepitações <input type="checkbox"/> ausentes	VENTILAÇÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">CPAP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>FiO₂(%)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>PEEP(mmHg)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>FR(cpm)</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">VM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Modo</td><td>_____</td></tr> <tr><td>FiO₂(%)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>FR(cpm)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Tinsp(s)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>PEEP(cmH₂O)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>PIP(cmH₂O)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>I:E</td><td>_____</td></tr> <tr><td>VC(ml)</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>			CPAP		FiO ₂ (%)	_____	PEEP(mmHg)	_____	FR(cpm)	_____	VM		Modo	_____	FiO ₂ (%)	_____	FR(cpm)	_____	Tinsp(s)	_____	PEEP(cmH ₂ O)	_____	PIP(cmH ₂ O)	_____	I:E	_____	VC(ml)	_____	
CPAP																														
FiO ₂ (%)	_____																													
PEEP(mmHg)	_____																													
FR(cpm)	_____																													
VM																														
Modo	_____																													
FiO ₂ (%)	_____																													
FR(cpm)	_____																													
Tinsp(s)	_____																													
PEEP(cmH ₂ O)	_____																													
PIP(cmH ₂ O)	_____																													
I:E	_____																													
VC(ml)	_____																													
SPO ₂ (%) _____	ETCO ₂ (mmHg) _____																													
Gasimetria (hora: ____:____)	pH _____ pCO ₂ _____ pO ₂ _____ HCO ₃ _____ BE _____ Lact _____																													
Tórax	<input type="checkbox"/> Pnemotórax <input type="checkbox"/> outro: _____	<input type="checkbox"/> Dreno torácico Obs.: _____																												
Estômago	<input type="checkbox"/> Abdómen distendido/timpanizado	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG																												
C	CIRCULATION	FC(bpm) _____	Pulso <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fino		ACESSOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>N.º</th> <th>LOCAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> VP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> VP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CVC</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> IO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Linha A</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		TIPO	N.º	LOCAL	<input type="checkbox"/> VP			<input type="checkbox"/> VP			<input type="checkbox"/> CVC			<input type="checkbox"/> IO			<input type="checkbox"/> Linha A								
		TIPO	N.º	LOCAL																										
		<input type="checkbox"/> VP																												
		<input type="checkbox"/> VP																												
<input type="checkbox"/> CVC																														
<input type="checkbox"/> IO																														
<input type="checkbox"/> Linha A																														
PA(mmHg) PAS: _____ PAD: _____ PAM: _____	TPC _____ <input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s																													
Pele <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianosada <input type="checkbox"/> Marmoreada																														
ECG(ritmo) <input type="checkbox"/> Ritmo sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia sinusal <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Outro(s): _____			MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> Corticóides <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Osmoterapia <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Analgésicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antiepilépticos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Inotrópicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Anestésicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Bicarbonatos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão																											
Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> ocultas																														
Consciência <input type="checkbox"/> GCS: (O ; V ; M) <input type="checkbox"/> AVPU:																														
D	DISABILITY	Dor valor _____ Tipo: _____ Local: _____																												
		Pupilas <input type="checkbox"/> Isocóricas/isoreativas <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midriase																												
		HIC <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Resp. irregular																												
		Sinais focais <input type="checkbox"/> Força muscular Ob.: _____ <input type="checkbox"/> Déficits sensorio motores Ob.: _____																												
		Convulsões <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mal convulsivo <input type="checkbox"/> Focais <input type="checkbox"/> Ausência																												
Glicémia(mg/dl) _____ Cetonémia(mmol/l) _____																														
E	EXPOSURE	Diurese Valor DU (ml): _____ em _____ h			<input type="checkbox"/> Algaliação																									
		Temperatura(°C) Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar			<input type="checkbox"/> Último antipirético às: _____ h m																									
		Lesões corporais Obs.: _____			<input type="checkbox"/> Manta térmica <input type="checkbox"/> Pensos Obs.: _____																									
F	FAMILY	- A família está presente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avô <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Outro: _____																												
		- Estão informados sobre a situação clínica da criança/jovem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem informou? _____																												
		- O acompanhante da criança/jovem está emocionalmente estável? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																												
		- O acompanhante da criança/jovem possui meios próprios de transporte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																												

*Adaptado de SEM-P. IBE: Información Básica Estructurada de Paciente. Maio 2011 (v2.0); v1.0: Junho 2009

APÊNDICE 2 – IMPRESSO B – Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

IMPRESSO B

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

(A avaliação dos parâmetros, é realizada no serviço de origem, perante a condição clínica da criança/jovem no momento, após a sua estabilização)

PARÂMETRO	PONTUAÇÃO	
1. VIA AÉREA ARTIFICIAL*		
Não	0	
Sim (adjuvantes básicos)	1	
Sim (TET ou traqueostomia)	2	
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**		
0 – 1 anos** (0 – 12 meses)	30 – 40 25 - 29 41 – 50 <25 50+	0 1 2
1 – 2 anos** (12 – 24 meses)	25 – 35 20 - 24 <20 36 - 50 50+	0 1 2
2 – 5 anos** (24 – 60 meses)	25 - 30 20 - 24 <20 31 - 40 +40	0 1 2
5 – 12 anos**	20 - 25 15 - 19 <15 26 - 46 40+	0 1 2
13 – 16 anos**	15 - 20 12 - 14 <12 20 - 25 25+	0 1 2
17 – 18 anos*	10 - 14 15 – 25 <10 35+	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO*		
Não	0	
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 < 40%)	1	
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)	2	
4. ACESSOS VENOSOS*		
Não	0	
Acesso Periférico em criança/jovem estável (não inclui catéter obturado)	1	
Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central	2	
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*		
Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade – consultar tabela no final do documento)	0	
Moderadamente estável	1	
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)	2	
6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA*		
Não	0	
Sim (desejável)	1	
Sim (em doente instável)	2	
7. RISCO DE ARRITMIAS*		
Não	0	
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.	1	
Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.	2	
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVDS)**		
Alerta (A)	0	
reativo a estímulo Verbal (V)	1	
reativo a estímulo Doloroso (D) ou Sem resposta a estímulos (S)	2	

IMPRESSO B

9. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO REALIZADO/EM CURSO*	
Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I (Corticosteróides, Manitol 20%, NaCl 3%, Analgésicos)	1
Grupo II (Inotrópicos; Vasodilatadores; Antiarrítmicos; Bicarbonato; Antiepiléticos; Anestésicos gerais; dreno torácico)	2
10. DOENÇA CRÓNICA**	
Não	0
Sim – sem influência na condição clínica atual e/ou sem potencial de descompensação pela condição clínica atual	1
Sim – com influência na condição clínica atual e/ou com potencial de descompensação pela condição clínica atual	2
11. PREMATURIDADE ATUAL*	
RN > 2000g ou não aplicável	0
RN ≥ 1500g ≤ 2000g	1
RN < 1500g	2

TOTAL:

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 – 2 Apenas O ₂ ou acesso venoso periférico obturado	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	“Standard”
3 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita
4 – 6 Sem nenhum item de pontuação 2	C	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável)	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + seringas e bombas perfusoras
≥ 7 ou ≤ 7 com um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável) Médico	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, ETCO ₂ (se ventilado)	Acima descrito+ Material de VA avançada + ventilador de transporte.

*Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998. ** Adaptado de Roland et al., Open Journal of Emergency Medicine, 2016.

Valores de Referência***

	Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 anos	110 – 160	70 - 60
1 – 2 anos	100 – 150	80 – 95
2 – 5 anos	95 - 140	80 – 100
5 – 12 anos	80 - 120	90 – 110
>12 anos	60 - 100	100 - 120

***Adaptado de Balderstone, T., A Guideline use of Paediatric Observation Priority Score (POPS), 2016.

ATENÇÃO: Anexar este impresso ao impresso A.

APÊNDICE 3 - IMPRESSO C – Checklist Pré-partida

IMPRESSO C

CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

EQUIPA	Constituição da equipa adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
	Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte	
	Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)	
	Equipa com equipamentos de proteção individual adequados para o transporte	
MEIO DE TRANSPORTE	Tipologia de ambulância adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
	Célula sanitária com condições de higiene adequadas	
	Ambulância com seguro respeitando as obrigações legais exigidas	
	Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária	
	Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes	
	Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)	
	Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)	
	TET permeável, bem posicionado (Rx de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)	
	A Máscara laríngea permeável, bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)	
	SNG colocada e bem fixa (se ventilado)	
	Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todas as vítimas de trauma)	
	Monitorização de FR e SPO ₂ – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Monitorização de EtCO ₂ (ideal se ventilado)	
	B Boa adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)	
	Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)	
Verificada gasimetria pré-transporte (com o ventilador de transporte)		
Verificados os níveis de oxigénio necessários para a viagem (cálculos para 2x as necessidades)		
Dreno torácico funcionante e bem fixo sem trações (se aplicável)		
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Monitorização do ECG, FC e PNI - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Dois acessos vasculares/intraósseos funcionantes no mínimo e bem fixos	
	CVC se inotrópicos (femoral > jugular) – confirmar fixação	
	C Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (ter lúmen livre para bólus)	
	Equipamentos perfusores em n.º suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
	Medicação pronta a usar (já diluída): bólus (não esquecer o <i>flush</i>) e perfusões	
	Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)	
	Catéter urinário bem fixo e livre de trações traumáticas (se aplicável)	
	D Avaliado estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVDS)	
	Avaliada glicémia antes da partida (ajustar fluidos de manutenção)	
Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)		
Proteger/tapar os olhos durante o transporte (se ventilado)		
Analgesia, sedação e curarização adequadas (se aplicável)		
Imobilizações de membros ajustadas sem compromisso neurocirculatório (se aplicável)		
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	E Avaliar temperatura e ajustar medidas externas	
	Criança/jovem coberta (manta térmica/gorro)	
	Confirmar imobilizações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)	
	F O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem	
DOCs	O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência	
	O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)	
	Notas de evolução clínica da criança (diário médico e diário de enfermagem)	
	Relatórios/imagens de exames de imagiologia, resultados laboratoriais e outros ECD's	
	Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte	

*Adaptado de Parkins, K. North West and North Wales Paediatric Critical Care Network: Transport Document – NHS, 2013

EQUIPA

ASS.: _____ n.º mec.: _____ DATA: ____/____/____

ASS.: _____ n.º mec.: _____ (Anexar ao IMPRESSO A e B)



APÊNDICE 4 - Folheto Informativo sobre o TIP



Esta é a equipa que me vai acompanhar:

Elementos da equipa:

Médico: _____

Enfermeiro: _____

Tripulante: _____

Tripulante: _____

Este é o local para onde me levam:

Hospital de destino: _____

Serviço: _____

Médico: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Sabemos que esta situação pode ser difícil para toda a família. No entanto é muito importante que se mantenham saudáveis, por isso lembrem-se de ter alguma coisa para comer e beber (particularmente para mães que estão a amamentar).

A família tem uma grande influência na saúde das suas crianças.

Os familiares são para nós, profissionais de saúde, parceiros essenciais para o planeamento e implementação dos cuidados de saúde.

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Diretor de Serviço: Dr.º Luís Caturra

Enf.º Chefe: Francisco Vaz

Realizado por:

Prof.ª Doutora Ana Ramos

Enf.ª Especialista Cátia Saraiva

Enf.ª Rui Pereira

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Hoje vou andar de ambulância...



Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Outão





Querida família! aqui têm algumas informações importantes sobre o meu transporte...

Embora o seu Hospital tenha realizado a maioria dos procedimentos necessários para melhorar a situação clínica da sua criança, precisamos de a transferir para outro Hospital para um nível assistencial mais especializado.

A nossa equipa de transporte tem como objetivo principal a realização de uma transferência segura e em tempo oportuno. Foram reunidas as condições em equipamentos, medicação e assistência por profissionais de saúde qualificados para que o nível de cuidados, durante a transferência, seja igual ou superior aos que foram realizadas até ao momento.

Sempre que estejam reunidas as condições adequadas, é nossa política deixar um dos pais acompanhar a criança. Quando não é possível, os pais/acompanhantes têm de providenciar transporte próprio, evitando seguir atrás da ambulância.

Se acompanhar a sua criança:

- ⇒ Deve permanecer sentado(a) com cinto de segurança colocado durante toda a viagem;
- ⇒ Deve seguir todas as indicações dadas pela equipa;
- ⇒ Lembre-se que a equipa precisa de estar livre e concentrada para fazer o seu trabalho;
- ⇒ A instabilidade emocional pode comprometer os cuidados à criança.

Vamos monitorizar a sua criança

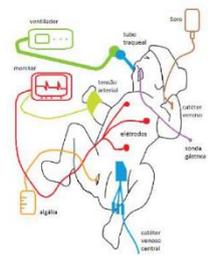
É possível que seja necessário avaliar os parâmetros vitais durante o transporte na ambulância. Esta vigilância é feita através da utilização de uns fios coloridos que são conectados a um monitor e que permite mostrar o batimento cardíaco, a tensão arterial, os ciclos respiratórios e os níveis de oxigénio.



Se a sua criança precisar de ajuda para respirar, poderá ser necessário colocar um tubo que passa pela boca ou pelo nariz para fazer passar oxigénio para os pulmões. Nestes casos a criança é colocada a dormir para não sentir qualquer desconforto. Este tubo fica ligado a um respirador artificial (ventilador) até a criança precisar.



Por vezes existe a necessidade de utilizarmos um pequeno tubo que passa pelo nariz ou pela boca e vai até ao estômago para drenar o seu conteúdo ou para dar medicação. Em algumas situações poderá existir a necessidade de saber a quantidade de urina que a criança produz com a colocação de uma algalia.



Habitualmente é necessário administrar soro e medicação endovenosa e para isso são colocados cateteres venosos. Uma das nossas maiores preocupações é realizar todas as intervenções sem que a sua criança tenha dor ou desconforto.



Esta é a equipa que me vai acompanhar:

Elementos da equipa:

Médico: _____

Enfermeiro: _____

Tripulante: _____

Tripulante: _____

Este é o local para onde me levam:

Hospital de destino: _____

Serviço: _____

Médico: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Sabemos que esta situação pode ser difícil para toda a família. No entanto é muito importante que se mantenham saudáveis, por isso lembrem-se de ter alguma coisa para comer e beber (particularmente para mães que estão a amamentar).

A família tem uma grande influência na saúde das suas crianças.

Os familiares são para nós, profissionais de saúde, parceiros essenciais para o planeamento e implementação dos cuidados de saúde.

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Diretor de Serviço: Dr.º Luís Caturra

Enf.º Chefe: Francisco Vaz

Realizado por:

Prof.ª Doutora Ana Ramos

Enf.ª Especialista Cátia Saraiva

Enf.ª Rui Pereira

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Hoje vou andar de ambulância...



Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico São João do Outão





Querida família! aqui têm algumas informações importantes sobre o meu transporte...

Embora o seu Hospital tenha realizado a maioria dos procedimentos necessários para melhorar a situação clínica da sua criança, precisamos de a transferir para outro Hospital para um nível assistencial mais especializado.

A nossa equipa de transporte tem como objetivo principal a realização de uma transferência segura e em tempo oportuno. Foram reunidas as condições em equipamentos, medicação e assistência por profissionais de saúde qualificados para que o nível de cuidados, durante a transferência, seja igual ou superior aos que foram realizadas até ao momento.

Sempre que estejam reunidas as condições adequadas, é nossa política deixar um dos pais acompanhar a criança. Quando não é possível, os pais/acompanhantes têm de providenciar transporte próprio, evitando seguir atrás da ambulância.

Se acompanhar a sua criança:

- ⇒ Deve permanecer sentado(a) com cinto de segurança colocado durante toda a viagem;
- ⇒ Deve seguir todas as indicações dadas pela equipa;
- ⇒ Lembre-se que a equipa precisa de estar livre e concentrada para fazer o seu trabalho;
- ⇒ A instabilidade emocional pode comprometer os cuidados à criança.

Vamos monitorizar a sua criança

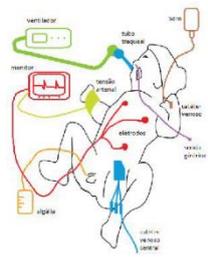
É possível que seja necessário avaliar os parâmetros vitais durante o transporte na ambulância. Esta vigilância é feita através da utilização de uns fios coloridos que são conectados a um monitor e que permite mostrar o batimento cardíaco, a tensão arterial, os ciclos respiratórios e os níveis de oxigénio.



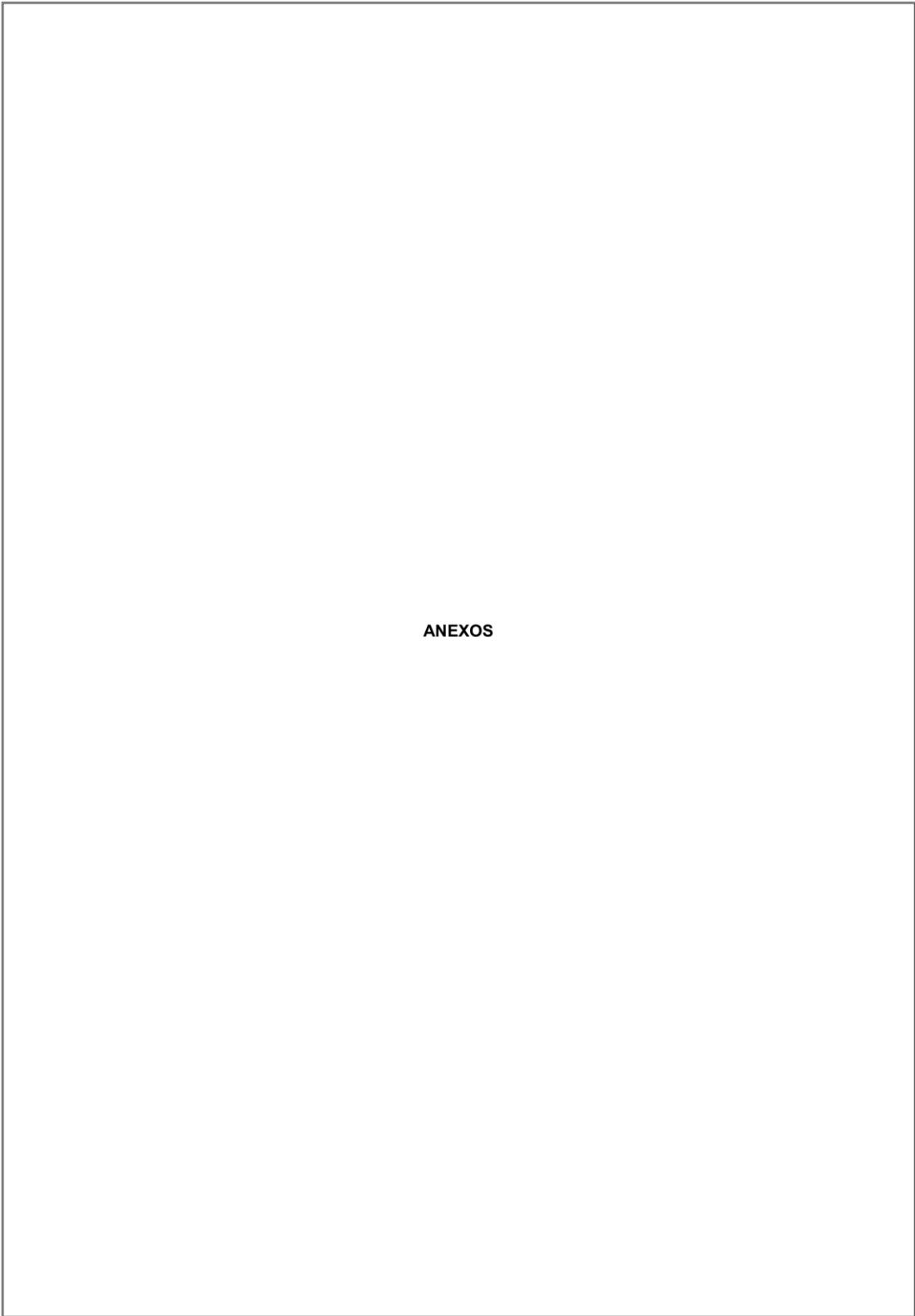
Se a sua criança precisar de ajuda para respirar, poderá ser necessário colocar um tubo que passa pela boca ou pelo nariz para fazer passar oxigénio para os pulmões. Nestes casos a criança é colocada a dormir para não sentir qualquer desconforto. Este tubo fica ligado a um respirador artificial (ventilador) até a criança precisar.



Por vezes existe a necessidade de utilizarmos um pequeno tubo que passa pelo nariz ou pela boca e vai até ao estômago para drenar o seu conteúdo ou para dar medicação. Em algumas situações poderá existir a necessidade de saber a quantidade de urina que a criança produz com a colocação de uma algalia.



Habitualmente é necessário administrar soro e medicação endovenosa e para isso são colocados cateteres venosos. Uma das nossas maiores preocupações é realizar todas as intervenções sem que a sua criança tenha dor ou desconforto.



ANEXOS

ANEXO 1 - Tabelas e Fórmulas de Cálculo em Pediatria

FÓRMULAS DE CÁLCULO EM PEDIATRIA*

Escolha do TET e da lâmina laringoscópica

Idade	Peso (Kg)	TET (diâmetro interno em mm)	Distância ao lábio	Distância ao nariz	Lâmina laringoscópica
RN prematuro	≤3	2-3	1,2,3 (Kg) / 7,8,9	6-10.5	00-0R
RN termo	3.5	3-3.5	(cm)	11	0R
3 meses	6	3.5	9	12	1R
1 ano	10	4	10	14	1C
2 anos	12	4.5	11	15	1-2C
3 anos	14	4.5	12	16	
4 anos	16	5	13	17	
6 anos	20	5.5	14	19	
8 anos	24	6	15	20	2-3C
10 anos	30	6.5	16	21	
12 anos	38	7	17	22	
14 anos	50	7.5	18	23	
adulto	60-70	8-9	19 20-21	24-25	4-5C

Fórmulas para crianças > 1ano:

- Peso = 2 x (idade+4)
- Diâmetro TET = (idade/4)+4
- Distância ao lábio = (idade/2)+12
- Distância ao nariz = (idade/2)+15

- Regra prática: diâmetro do TET = diâmetro do 5º dedo.
- Comprimento a introduzir do tubo oral=3 x diâmetro interno (até aos 12A)
- Tubos com cuff acima dos 8 anos
- Lâmina laringoscópica: <1 ano recta, ≥1 ano curva

*Abecassis & Correia, *Manual do IV curso de transporte neonatal e pediátrico* (4.ª). Lisboa: dentro de Formação do CHLN, 2017

ANEXO 2 - Medicação em Pediatria

MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Drogas de Reanimação

- ✓ **Adrenalina**- Diluir 1 amp (1:1000) 1mg até 10ml → dose EV 0,1ml /kg = 10mcg/kg (virgula no peso = ml)
- ✓ **Amiodarona**- Diluir 1 amp 150mg até 15ml → dose EV 0,5ml /kg = 5mg/kg (½ do peso = ml)
- ✓ **Atropina**- Diluir 1 amp 0,5mg até 5ml → dose EV 0,2ml/kg = 20mcg/kg (dobro de adrenalina = ml)

ANAFILAXIA

✓ **Adrenalina** (1:1000) IM

- < 6 M 0,05ml
- 6 M - 6 A 0,15ml
- 6 A - 12 A 0,3ml
- >12 A 0,5ml

(Se necessário repetir após 5 min)

✓ **Cristaloide**- 20ml/kg

✓ **Clemastina**- 0,025mg/kg EV/IM (máx 2mg)

✓ **Hidroxizina**- 1mg/kg IM (máx. 100mg)

✓ **Hidrocortisona**- 4mg/Kg EV/IM

- < 6 M 25mg
- 6 M - 6 A 50mg
- 6 A - 12 A 100mg
- >12 A 200mg

ASMA

✓ **Salbutamol**

- **Aerossol** 1gt/kg
(Min 7gts – Máx 24gts)
- **2 puffs** por cada 10kg 1Puff = 100mcg
(Máx 10 puffs)
- **EV** 5 mcg/kg
(ampola 0,5mg/5ml)

✓ **Brometo Ipratrópio** Aerossol 250mcg/dose (<30kg); 500mcg/dose (>30kg)

✓ **Hidrocortisona** 4 mg/kg EV/IM

✓ **Sulfato de Magnésio** 40 mg /kg (máx 2g) diluído em 50ml SF, em 30'

✓ **Aminofilina** 5mg/kg (máx. 240mg) diluído em 24ml SF, em 30'

CROUP

- ✓ **Adrenalina** NEBULIZAÇÃO 0,1 a 0,5 ml/kg (Máx 5ml)
(1mg/1ml - 1:1000)
- ✓ **Dexametasona** 0,6mg/kg oral (Máx 10mg)
(pode usar-se via oral a ampola ev)

INTOXICAÇÕES

Carvão Ativado 1 a 2 g/kg

CIAV

HIPOGLICÉMIA

(RN < 40mg/dl Lactente / Criança < 60mg/dl)

- ✓ **RN** Dextrose 10% 2ml /kg
- ✓ **<10A ou <30kg** Dextrose a 30% 2ml/kg ou Dextrose 10% 5ml/kg
- ✓ **>10A ou >30kg** Dextrose 30%

(Preparar G10%: retirar 20ml a um balão de 100ml de G5% e acrescentar uma ampola de G30% (20ml) – ficamos com um balão de 100ml de G10%)

Glucagon – < 25kg: 0,5ml > 25kg: 1ml

FEBRE

- ✓ **Paracetamol** :
 - **PO/EV** 15mg/kg/dose
7,5mg/kg/dose ev (se <10kg)
 - **supositório**

< 10kg	125mg
10 - 20kg	250mg
> 20kg	500mg

CONVULSÃO

- ✓ **Diazepam**
 - **EV** 0,1 a 0,2mg/kg
 - **Rectal** < 5A 5mg
(0,5 mg/kg) >5A 10mg
- ✓ **Midazolam**
 - **IN/oral** 0,4 mg /kg
 - **EV** 0,1 - 0,3mg/kg
 - **IM** 0,1 - 0,2 mg/kg
- ✓ **Fenitoína** 20mg/kg, diluído em 20ml SF, em 20' (sistema opaco)

TAQUICARDIA SUPRA VENTRICULAR (TSV)

- ✓ **Adenosina**
(6mg/2ml)
 - 0,1mg/kg (Máx 6 mg) 1ª
 - 0,2mg/kg (Máx 12mg) 2ª
- ✓ **Cardioversão**
 - 1 J/kg 1º Choque
 - 2 J/kg 2º Choque
- ✓ **Amiodarona** 5mg/kg/EV em 20'

FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR (FV)

- ✓ **DESFIBRILHAÇÃO** 4 Joules/kg
- ✓ **Adrenalina** (1:10000) 0,1ml/kg ev após o 3º choque e repete a cada 3' a 5'
- ✓ **Amiodarona** 5mg/kg após o 3º choque e repetir após 5º choque

ANALGESIA (Morfina/Fentanil)

- ✓ **Morfina**: dose **0,05mg-0,2mg/kg**
Diluir 1 amp 10mg até 10ml < 1mg/ml –
dose EV 0,1 ml/kg = 0,1mg/kg

Fármacos usados em Intubação endotraqueal

- ✓ **Midazolam** (15mg/3ml) → Diluir 1 amp 15mg até 15ml <> 1mg/ml – dose EV 0,1 ml/kg
Evitar se compromisso hemodinâmico; CI no RN PT 0,1 mg/kg
- ✓ **Fentanil** (50mcg/ml) → Diluir 1ml até 5 ml <> 10mcg/ml – dose EV 0,1 ml/kg
< efeitos cardiovasculares; início de acção mais rápido 1mcg/kg
- ✓ **Vecurónio** (10mg) → Reconstituir (R) 1 amp pó 10mg em 10 ml <> 1mg/ml – dose EV 0,1 ml/kg
Usar com experiência em intubação endotraqueal 0,1 mg/kg
- ✓ **Rocurónio** (50mg/5ml) → administrar puro <> 10mg/ml – dose EV 0,06 - 0,1 ml/kg
Usar com experiência em intubação endotraqueal 0,6 - 1 mg/kg
- ✓ **Propofol a 1%** (10mg/ml) → administrar puro – dose EV 0,1 - 0,2 ml/kg
Não usar abaixo dos 10kg 1 - 2 mg/kg
Efeito anticonvulsivante e protetor cerebral
- ✓ **Ketamina** (50mg/ml) → Diluir 1 ml até 5 ml <> 10mg/ml – dose EV 0,1 - 0,2 ml/kg
< efeitos cardiovasculares; efeito sedativo, analgésico e broncodilatador 1 a 2 mg/kg
Ponderar associar midazolam e atropina (alucinações e broncorreia)
- ✓ **Tiopental** (500 mg) → R 1amp pó 500mg em 20ml H2O<>25mg/ml – dose ev 0,12-0,2ml/kg
Protetor cerebral, diminui a PIC, hipotensor 3 a 5 mg/kg
- ✓ **Etomidato** (20mg/10ml) → administrar puro <> 2mg/ml – dose EV 0,15 ml/kg
Não usar no choque séptico 0,3 mg/kg
É boa opção na instabilidade hemodinâmica

SUGESTÃO: Analgésico + Sedativo/Anestésico + Relaxante Muscular (RM)

- 1ª linha em geral: Fentanil + Midazolam/Propofol + Vecurónio/Rocurónio
- TCE/ Convulsões/ HIC/ Encefalopatia: Fentanil + Propofol + Vecurónio/Rocurónio
- Instabilidade hemodinâmica/ Asma: Fentanil + Ketamina + Vecurónio/Rocurónio
- Mal Epiléptico: Fentanil + Tiopental + Vecurónio/Rocurónio
- HIC grave (S.R.1 < 60°): Fentanil + Propofol + Vecurónio/Rocurónio
- Recém Nascidos: Fentanil (ou Midazolam) + atropina (+RM)

Antagonistas

- (Fentanil) – Naloxona – RN 0,1mg/kg EV/IM (Máx 0,4mg/dose); Crianças 0,4 - 0,8 mg/dose EV/IM
- (Midazolam) - Flumazenil - 0,01 mg/kg
- (Vecurónio) - Sugamadex (2mg/kg) ou Neostigmina (0,04 mg/Kg) e Atropina (0,02 mg/Kg)

Perfusão de Sedação

(NOTA: A reconstituição é efectuada até perfazer os 50 ml)

- ✓ **Midazolam** (15mg/3ml) → 5mg x Peso(Kg) até 50ml SF <> 1 ml/h = 0,1mg/kg/h
Dose: 0,1 - 0,9 mg/kg/h
- ✓ **Fentanil** (50mcg/ml) → 50mcg x Peso(Kg) até 50ml SF <> 1ml/h = 1mcg/kg/h
Dose: 1 - 9 mcg/kg/h
- ✓ **Morfina** (10mg/ml) → 1mg x Peso(Kg) até 50ml SF <> 1ml/h = 20mcg/kg/h
Dose: 5 - 20 mcg/kg/h
- ✓ **Vecurónio** (R pó 10mg em 10 ml (1mg/ml) → 0,1 x Peso(Kg) = "X" <> " X"ml/h = 0,1mg/kg/h
Dose: 0,05 - 0,1 mg/kg/h
- ✓ **Propofol a 1%** (10mg/ml) → administrar puro → 0,1 x Peso(Kg) = "X" <> " X"ml/h = 1mg/kg/h
Dose: 1 - 9mg/kg/h
- ✓ **Ketamina** (10mg/ml) → 30mg x Peso(Kg) até 50ml SF <> 1ml/h = 10 mcg/kg/min
Dose: 10 - 40 mcg/kg/min
- ✓ **Tiopental** (R pó 500mg em 20 ml (25mg/ml) → 0,04 x Peso(Kg) = "X" <> " X"ml/h = 1mg/kg/h
Dose: 1 - 5 mg/kg/h

Perfusão de Catecolaminas

(NOTA: A reconstituição é efectuada até perfazer os 50 ml)

- ✓ **Dopamina** (200mg/5ml) → 3mg x Peso(Kg) até 50ml SF <> 1ml/h = 1mcg/kg/min
(choque refractária a volume) Dose: 5-20mcg/kg/min
- ✓ **Dobutamina** (250mg/20ml) → 3mg x Peso(Kg) até 50ml SF <> 1ml/h = 1mcg/kg/min
(choque cardiogénico) Dose: 5-20mcg/kg/min
- ✓ **Noradrenalina** (1mg/ml) → 0,3mg x Peso(Kg) até 50ml G5% <> 1ml/h = 0,1mcg/kg/min
(choque séptico quente, choque neurogénico) Dose: 0,05-2mcg/kg/min
- ✓ **Adrenalina** (1mg/ml) → 0,3mg x Peso(Kg) até 50ml SF <> 1ml/h = 0,1mcg/kg/min
(choque séptico frio, choque anafiláctico) Dose: 0,05-2mcg/kg/min
- ✓ **Isoprenalina** (1mg/ml)→ 0,3mg x Peso(Kg) até 50ml G5% <> 1ml/h = 0,1mcg/kg/min
Dose: 0,1-0,8mcg/kg/min

QUEIMADOS

CÁLCULO SCQ: regra dos 9 ou palma da mão da criança ≈ 1%

Se SCQ > 15%:

Fórmula de Parkland: 4ml x peso (kg) x SCQ + Necessidades Manutenção*

- < 20kg: (menores reserva de glucose)
Fórmula de Parkland: *Lactato Ringer* (metade nas 1^{as} 8H) +
Necessidades Manutenção: *Lactato Ringer* + G5%
- >20kg
Fórmula de Parkland (metade nas 1^{as} 8H) + Necessidades de manutenção: *Lactato Ringer*

*** Necessidades Manutenção:**

0 - 10kg → 4ml/kg/h ; 10-20kg → 2ml/kg/h; >20Kg → 1ml/kg/h

Ex. Criança de 10 kg com 20% SCQ:

Fórmula Parkland (LR): 4x10x20 = 800ml; Metade nas 1^{as} 8H = 400ml:8h= 50ml/h +

Manutenção (LR + G5%) a 4x10ml/h = 40ml/h

Ex. Criança de 22 kg com 20% SCQ:

FP: 4x22x20 = 1760ml; Metade nas 1^{as} 8H = 880ml:8h= 110ml/h + Manutenção a 4x10+2x10+1x2=62ml/h

Total: LR a 172 ml/h (primeiras 8 horas).

HIC

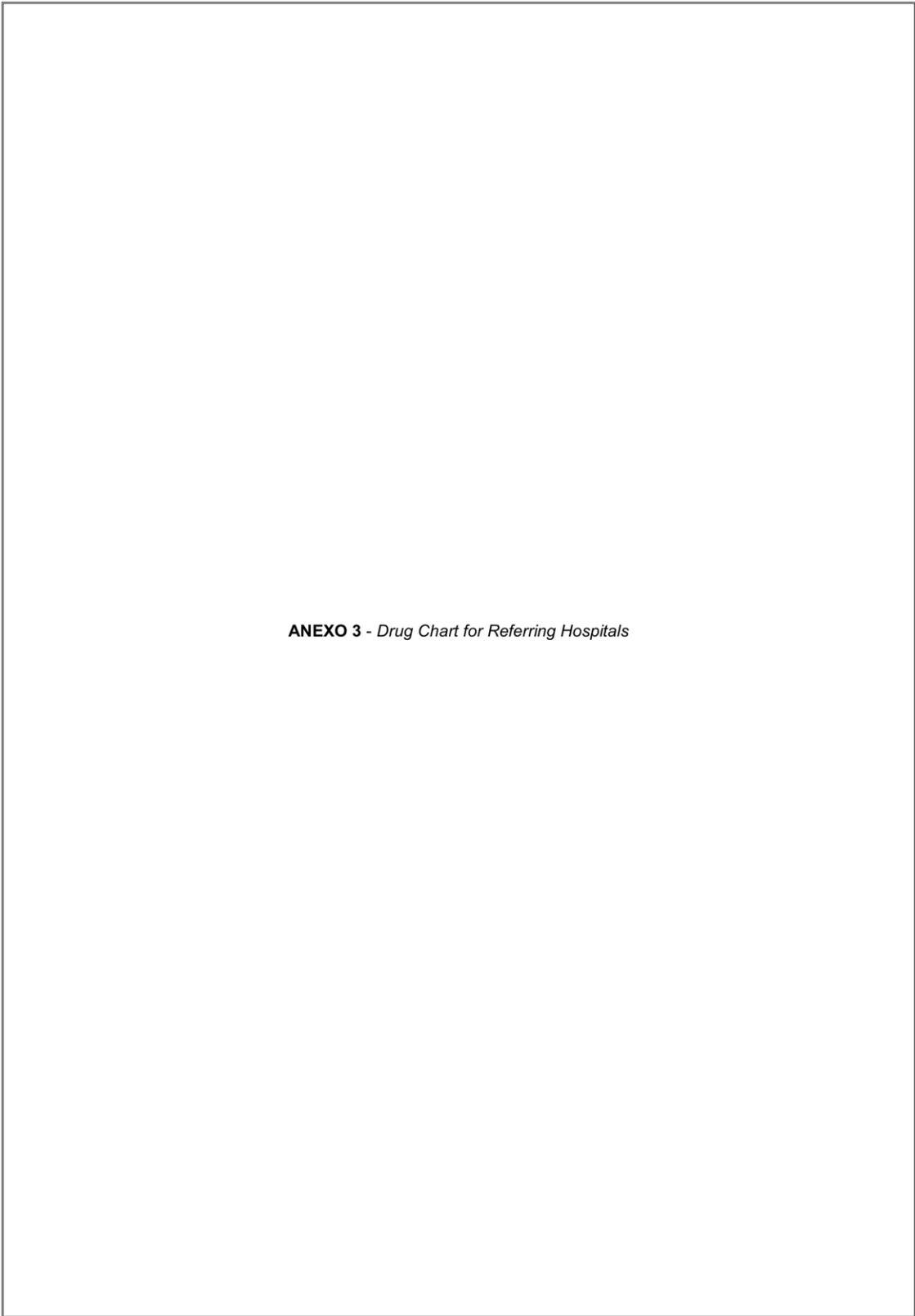
Manitol 10% – 0,25g/kg/dose (2,5ml/kg/dose) ev (10-20 min)

NaCl 3% - 3ml/kg ev (10-20 min)

(preparação NaCl 3%: 11ml de NaCl20% + 89ml de SF ou 85ml água destilada + 15ml de NaCl20%).

VENTILAÇÃO	FIO2	60-100%
	FR (cpm)	RN: 30-50 Lactente: 25-40 Criança: 15-30
	PEEP	4-6
	PIP máx.	25-30
	Volume Corrente (ml) (VC)	5-7ml/kg
	Volume Minuto (L/min)	(VCxFR) : 1000

Paula Neto, Dulce Silva
Outubro 2016



ANEXO 3 - Drug Chart for Referring Hospitals



CHILDREN'S ACUTE TRANSPORT SERVICE
ELECTRONIC DRUG CHART FOR REFERRING HOSPITALS

Great Ormond Street Hospital for Children
NHS Foundation Trust

PATIENT NAME & HOSPITAL NO (or addressograph label)	ALLERGIES/SENSITIVITIES	DATE OF BIRTH
	NAME & POSITION OF PERSON RECORDING ALLERGIES	DATE OF CHART
		08/11/2017

WEIGHT (IN KG)

15.00

CALCULATE

DATE WEIGHED

PRINT **RESET**

Allergies must be documented before prescribing/administration except in exceptional circumstances

DRUG	PUT	IN	DILUENT (circle as appropriate)	RATE RANGE	EQUIVALENT TO DOSE RANGE	PRESCRIBER SIGNATURE	TIME MADE	NURSE(S) SIGNATURE
ANALGESICS, SEDATIVES AND MUSCLE RELAXANTS								
MORPHINE	15.0	mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	0.5 to 2.0	mi/hr	10-40 microgram/kg/hr	
MIDAZOLAM	50	mg	50 ml	Neat	0.9 to 3.6	mi/hr		
* VECURONIUM	45.0	mg	25 ml	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	0.5 to 2.0	mi/hr	1-4 microgram/kg/min	
* ATRACURIUM	250.0	mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9%	0.81 to 5.31	mi/hr	270-1770 microgram/kg/hr	
* FENTANYL	1500	microgram	50 ml	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%	1.0 to 4.0	mi/hr	2-8 microgram/kg/hr	
KETAMINE		mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%		mi/hr	10-40 microgram/kg/min	
VASOACTIVE AGENTS								
ADRENALINE	4.5	mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	1.0 to 5.0	mi/hr	0.1-0.5 microgram/kg/min	
NORADRENALINE	4.5	mg	50 ml	Glucose 5% or Glucose 10%	1.0 to 5.0	mi/hr	0.1-0.5 microgram/kg/min	
DOPAMINE		mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	1.0 to 4.0	mi/hr	5-20 microgram/kg/min	
Central line	225.0	mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	2.8 to 11.3	mi/hr	5-20 microgram/kg/min	
Peripheral line	80.0	mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	1.0 to 4.0	mi/hr	5-20 microgram/kg/min	
DOBUTAMINE	225.0	mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	1.0 to 4.0	mi/hr	5-20 microgram/kg/min	
DUCT PATENCY								
ALPROSTADIL		microgram	50 ml	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%		mi/hr	10-100 nanogram/kg/min	
DINOPROSTONE		microgram	50 ml	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%		mi/hr	5-50 nanogram/kg/min	
INTRAVENOUS BRONCHODILATORS								
SALBUTAMOL	25	mg	50 ml	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%	1.8 to 3.6	mi/hr	1-2 microgram/kg/min	
AMINOPHYLLINE								
Age 1 mon-12 yrs	250	mg	250 ml	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%		mi/hr	1 mg/kg/hr	
Age 12 yrs-18 yrs	250	mg	250 ml	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%		mi/hr	0.5-0.7 mg/kg/hr	

* If patient is obese, adjust doses for ideal body weight
 Authors: P Ramnarayan (CATS Consultant) & Beverley Halverson Shields (CATS SSN)
 Checked by: Rachelle Booth (GOSH PICU Pharmacist), Veneda Simchowitz (PICU Pharmacist) & Lynn Shields (CATS ANP)
 Approved by GOSH Drugs & Therapeutics Committee 25/06/2012

Last checked: 01/11/2014
 Version: 1.2 (Review date: 01/11/2015)

ANEXO 4 - Cálculo das Necessidades de Oxigénio

FÓRMULA DE CÁLCULO DAS NECESSIDADES DE OXIGÉNIO*

Consumo total de O₂ = VM + CI

VM = volume minuto = VCxFR

CI = consumo interno do ventilador = 0,2 - 0,5 lpm

Gás disponível/ bala = pressão de carga (atm) x volume da bala

Exemplo: transporte de uma criança de 10Kg utilizando o oxilog 3000 durante 2h:

Consumo total = VM (VC 80ml x FR 20) + CI

CT = 1,6 lpm (VM) + 0,5 lpm = 2,1 lpm

Previsão : o dobro do calculado, 4,2 lpm

Gás disponível: pressão carga x volume bala

Ex: 200ATM x 5L = 1000L

Tempo disponível por bala: 1000L / 4,2 lpm = 238 min = 4h

Balas necessárias: 1

*Abecassis & Correia, *Manual do IV curso de transporte neonatal e pediátrico* (4.ª). Lisboa: dentro de Formação do CHLN, 2017

Apêndice 29 – IMPRESSO A: Avaliação da Condição Clínica da Criança/Jovem

IMPRESSO A

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM
(COLAR ETIQUETA)

SERVIÇO DE ORIGEM:

HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO:

MÉDICO QUE RECEBE A CRIANÇA/JOVEM:

IDADE ATUAL:

PESO ATUAL:

ALTURA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS:

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ATUAL:

AVALIAR		AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA/JOVEM*				SUPORTE		
		CONDIÇÃO CLÍNICA						
A	AIRWAY	<input type="checkbox"/> Permeável <input type="checkbox"/> Não Permeável: <input type="checkbox"/> Ruídos da VA <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Estridor? <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Ingurgitamento jugular <input type="checkbox"/> Efisema SC TRAUMA: <input type="checkbox"/> imobilização cervical <input type="checkbox"/> plano duro <input type="checkbox"/> coquille <input type="checkbox"/> talas				<input type="checkbox"/> Tubo orofaríngeo n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo nasofaríngeo n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo orotraqueal n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo nasotraqueal n.º _____ <input type="checkbox"/> Máscara laríngea n.º _____ <input type="checkbox"/> outro: n.º _____		
		Respiração <input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Tiragem <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Expansão simétrica <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Paradoxal		OXIGÉNIO FiO ₂ (%) _____ O ₂ (L/m) _____		VENTILAÇÃO CPAP FiO ₂ (%) _____ PEEP(mmHg) _____ FR(cpm) _____ VM Modo _____ FiO ₂ (%) _____ FR(cpm) _____ Tinsp(s) _____ PEEP(cmH ₂ O) _____ PIP(cmH ₂ O) _____ I:E _____ VC(ml) _____		
B	BREATHING	AP <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> hipofonia <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> crepitações <input type="checkbox"/> ausentes		SPO₂ (%) _____ ETCO₂ (mmHg) _____		<input type="checkbox"/> Másc. 100% <input type="checkbox"/> Másc. Venturi <input type="checkbox"/> Óculos nasais <input type="checkbox"/> Sonda nasal		
		Gasimetria (hora: __:__) pH _____ pCO ₂ _____ pO ₂ _____ HCO ₃ _____ BE _____ Lact _____						
		Tórax <input type="checkbox"/> Pneumotórax <input type="checkbox"/> outro: _____		<input type="checkbox"/> Dreno torácico Obs.: _____				
C	CIRCULATION	Estômago <input type="checkbox"/> Abdómen distendido/timpanizado <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG				ACESSOS TIPO N.º LOCAL		
		FC (bpm) _____		Pulso <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fino		<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> IO <input type="checkbox"/> Linha A		
		PA (mmHg) PAS: _____ PAD: _____ PAM: _____		Pele <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianosada TPC _____ <input type="checkbox"/> Mamoreada <input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s				
		ECG (ritmo) <input type="checkbox"/> Ritmo sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia sinusal <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Outro(s): _____		MEDICAÇÃO				
D	DISABILITY	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> ocultas				<input type="checkbox"/> Corticóides <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Osmoterapia <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Analgésicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antiepiléticos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Inotrópicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Anestésicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Bicarbonatos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão		
		Consciência <input type="checkbox"/> GCS: (O ;V ;M) <input type="checkbox"/> AVPU: _____		Dor valor _____ Tipo: _____ Local: _____				
		Pupilas <input type="checkbox"/> Isocóricas/isoreativas <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríase		HIC <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Resp. irregular				
		Sinais focais <input type="checkbox"/> Força muscular Ob.: _____ <input type="checkbox"/> Déficits sensorio motores Ob.: _____		Convulsões <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mal convulsivo <input type="checkbox"/> Focais <input type="checkbox"/> Ausência				
		Glicémia (mg/dl) _____ Cetonémia (mmol/l) _____		Diurese Valor DU (ml): _____ em _____ h				
		Temperatura (°C) Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar		<input type="checkbox"/> Algiação <input type="checkbox"/> Último antipirético às: _____ h _____ m				
E	EXPOSURE	Lesões corporais Obs.: _____				<input type="checkbox"/> Manta térmica <input type="checkbox"/> Pensos Obs.: _____		
		F FAMILY - A família está presente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avô <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Outro: _____ - Estão informados sobre a situação clínica da criança/jovem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem informou? _____ - O acompanhante da criança/jovem está emocionalmente estável? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - O acompanhante da criança/jovem possui meios próprios de transporte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						

*Adaptado de SEM-P. IBE: Información Básica Estructurada de Paciente. Maio 2011 (v2.0; v1.0: Junho 2009)

Apêndice 30 – IMPRESSO B: Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

IMPRESSO B

AValiação PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

(A avaliação dos parâmetros, é realizada no serviço de origem, perante a condição clínica da criança/jovem no momento, após a sua estabilização)

PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
1. VIA AÉREA ARTIFICIAL *	
Não	0
Sim (adjuvantes básicos)	1
Sim (TET ou traqueostomia)	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**	
0 – 1 anos** (0 – 12 meses)	30 – 40 25 - 29 <25 41 – 50 50+
	0 1 2
1 – 2 anos** (12 – 24 meses)	25 – 35 20 - 24 <20 36 - 50 50+
	0 1 2
2 – 5 anos** (24 – 60 meses)	25 - 30 20 - 24 <20 31 - 40 +40
	0 1 2
5 – 12 anos**	20 - 25 15 - 19 <15 26 - 46 40+
	0 1 2
13 – 16 anos**	15 - 20 12 - 14 <12 20 - 25 25+
	0 1 2
17 – 18 anos*	10 - 14 15 – 25 <10 35+
	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO*	
Não	0
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 < 40%)	1
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)	2
4. ACESSOS VENOSOS*	
Não	0
Acesso Periférico em criança/jovem estável (não inclui catéter obturado)	1
Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*	
Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade – consultar tabela no final do documento)	0
Moderadamente estável	1
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)	2
6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA*	
Não	0
Sim (desejável)	1
Sim (em doente instável)	2
7. RISCO DE ARRITMIAS*	
Não	0
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.	1
Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.	2
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVDS)**	
Alerta (A)	0
reativo a estímulo Verbal (V)	1
reativo a estímulo Doloroso (D) ou Sem resposta a estímulos (S)	2

IMPRESSO B

9. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO REALIZADO/EM CURSO*	
Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I (Corticosteróides, Manitol 20%, NaCl 3%, Analgésicos)	1
Grupo II (Inotrópicos; Vasodilatadores; Antiarrítmicos; Bicarbonato; Antiepiléticos; Anestésicos gerais; dreno torácico)	2
10. DOENÇA CRÔNICA**	
Não	0
Sim – sem influência na condição clínica atual e/ou sem potencial de descompensação pela condição clínica atual	1
Sim – com influência na condição clínica atual e/ou com potencial de descompensação pela condição clínica atual	2
11. PREMATURIDADE ATUAL*	
RN > 2000g ou não aplicável	0
RN ≥ 1500g ≤ 2000g	1
RN < 1500g	2

TOTAL:

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 – 2 Apenas O ₂ ou acesso venoso periférico obturado	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	“Standard”
3 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita
4 – 6 Sem nenhum item de pontuação 2	C	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável)	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + seringas e bombas perfusoras
≥ 7 ou ≤ 7 com um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável) Médico	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, ETCO ₂ (se ventilado)	Acima descrito+ Material de VA avançada + ventilador de transporte.

*Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998. ** Adaptado de Roland et al., Open Journal of Emergency Medicine, 2016.

Valores de Referência***		
	Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 anos	110 – 160	70 - 60
1 – 2 anos	100 – 150	80 – 95
2 – 5 anos	95 - 140	80 – 100
5 – 12 anos	80 - 120	90 – 110
>12 anos	60 - 100	100 - 120

***Adaptado de Balderstone, T., A Guideline use of Paediatric Observation Priority Score (POPS), 2016.

ATENÇÃO: Anexar este impresso ao impresso A.

Apêndice 31 – IMPRESSO C: *Checklist* Pré-partida

IMPRESSO C

CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

EQUIPA	Constituição da equipa adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
	Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte	
	Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)	
	Equipa com equipamentos de proteção individual adequados para o transporte	
MEIO DE TRANSPORTE	Tipologia de ambulância adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
	Célula sanitária com condições de higiene adequadas	
	Ambulância com seguro respeitando as obrigações legais exigidas	
	Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária	
	Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem	
	Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)	
	Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)	
	TET permeável, bem posicionado (Rx de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)	
	A Máscara laringea permeável, bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)	
	SNG colocada e bem fixa (se ventilado)	
	Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todas as vítimas de trauma)	
	Monitorização de FR e SPO ₂ – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Monitorização de EtCO ₂ (ideal se ventilado)	
	Boa adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	B Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)	
	Verificada gasimetria pré-transporte (com o ventilador de transporte)	
	Verificados os níveis de oxigénio necessários para a viagem (cálculos para 2x as necessidades)	
	Dreno torácico funcionante e bem fixo sem trações (se aplicável)	
	Monitorização do ECG, FC e PNI - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Dois acessos vasculares/intraósseos funcionantes no mínimo e bem fixos	
	CVC se inotrópicos (femoral > jugular) – confirmar fixação	
	C Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (ter lúmen livre para bólus)	
	Equipamentos perfusores em n.º suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
	Medicação pronta a usar (já diluída): bólus (não esquecer o <i>flush</i>) e perfusões	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)	
	Catéter urinário bem fixo e livre de trações traumáticas (se aplicável)	
	Avaliado estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVDS)	
	Avaliada glicémia antes da partida (ajustar fluidos de manutenção)	
	D Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)	
	Proteger/tapar os olhos durante o transporte (se ventilado)	
	Analgesia, sedação e curarização adequadas (se aplicável)	
	Imobilizações de membros ajustadas sem compromisso neurocirculatório (se aplicável)	
	E Avaliar temperatura e ajustar medidas externas	
	Criança/jovem coberta (manta térmica/gorro)	
DOCs	Confirmar imobilizações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)	
	F O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem	
	O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência	
	O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)	
Notas de evolução clínica da criança (diário médico e diário de enfermagem)		
Relatórios/imagens de exames de imagiologia, resultados laboratoriais e outros ECD's		
Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte		

*Adaptado de Parkins, K. North West and North Wales Paediatric Critical Care Network: Transport Document – NHS, 2013

EQUIPA

ASS.: _____ n.º mec.: _____

DATA: ____/____/____

ASS.: _____ n.º mec.: _____

(Anexar ao IMPRESSO A e B)

Apêndice 32 – Folheto Informativo para os Pais: “Hoje vou andar de ambulância...”



Esta é a equipa que me vai acompanhar:

Elementos da equipa:

Médico: _____

Enfermeiro: _____

Tripulante: _____

Tripulante: _____

Telefone: _____

Este é o local para onde me levam:

Hospital de destino: _____

Serviço: _____

Médico: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Sabemos que esta situação pode ser difícil para toda a família. No entanto é muito importante que se mantenham saudáveis, por isso lembrem-se de ter alguma coisa para comer e beber (particularmente para mães que estão a amamentar).

A família tem uma grande influencia na saúde das suas crianças.

Os familiares são para nós, profissionais de saúde, parceiros essenciais para o planeamento e implementação dos cuidados de saúde.

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Diretor de Serviço: [REDACTED]

Enf.º Chefe: [REDACTED]

Realizado por:

Prof.ª Doutora Ana Ramos

Enf.ª Especialista Cátia Saraiva

Enf.º Rui Pereira



TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Hoje vou andar de ambulância...





Querida família! aqui têm algumas informações importantes sobre o meu transporte...

Embora o seu Hospital tenha realizado a maioria dos procedimentos necessários para melhorar a situação clínica da sua criança, precisamos de a transferir para outro Hospital para um nível assistencial mais especializado.

A nossa equipa de transporte tem como objetivo principal a realização de uma transferência segura e em tempo oportuno. Foram reunidas as condições em equipamentos, medicação e assistência por profissionais de saúde qualificados para que o nível de cuidados, durante a transferência, seja igual ou superior aos que foram realizadas até ao momento.

Sempre que estejam reunidas as condições adequadas, é nossa política deixar um dos pais acompanhar a criança. Quando não é possível, os pais/acompanhantes têm de providenciar transporte próprio, evitando seguir atrás da ambulância.

Se acompanhar a sua criança:

- ⇒ Deve permanecer sentado(a) com cinto de segurança colocado durante toda a viagem;
- ⇒ Deve seguir todas as indicações dadas pela equipa;
- ⇒ Lembre-se que a equipa precisa de estar livre e concentrada para fazer o seu trabalho;
- ⇒ A instabilidade emocional pode comprometer os cuidados à criança.

Vamos monitorizar a sua criança

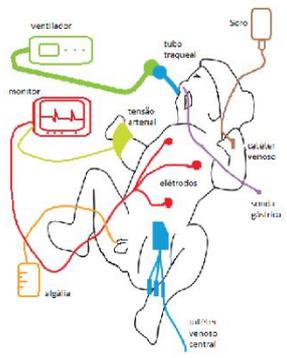
É possível que seja necessário avaliar os parâmetros vitais durante o transporte na ambulância. Esta vigilância é feita através da utilização de uns fios coloridos que são conectados a um monitor e que permite mostrar o batimento cardíaco, a tensão arterial, os ciclos respiratórios e os níveis de oxigénio.



Se a sua criança precisar de ajuda para respirar, poderá ser necessário colocar um tubo que passa pela boca ou pelo nariz para fazer passar oxigénio para os pulmões. Nestes casos a criança é colocada a dormir para não sentir qualquer desconforto. Este tubo fica ligado a um respirador artificial (ventilador) até a criança precisar.



Por vezes existe a necessidade de utilizarmos um pequeno tubo que passa pelo nariz ou pela boca e vai até ao estômago para drenar o seu conteúdo ou para dar medicação. Em algumas situações poderá existir a necessidade de saber a quantidade de urina que a criança produz com a colocação de uma algalia.



Habitualmente é necessário administrar soro e medicação endovenosa e para isso são colocados cateteres venosos. Uma das nossas maiores preocupações é realizar todas as intervenções sem que a sua criança tenha dor ou desconforto.



Esta é a equipa que me vai acompanhar:

Elementos da equipa:

Médico: _____

Enfermeiro: _____

Tripulante: _____

Tripulante: _____

Telefone: _____

Este é o local para onde me levam:

Hospital de destino: _____

Serviço: _____

Médico: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Sabemos que esta situação pode ser difícil para toda a família. No entanto é muito importante que se mantenham saudáveis, por isso lembrem-se de ter alguma coisa para comer e beber (particularmente para mães que estão a amamentar).

A família tem uma grande influencia na saúde das suas crianças.

Os familiares são para nós, profissionais de saúde, parceiros essenciais para o planeamento e implementação dos cuidados de saúde.

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Diretor de Serviço: _____

Enf.º Chefe: _____

Realizado por:

Prof.ª Doutora Ana Ramos

Enf.ª Especialista Cátia Saraiva

Enf.º Rui Pereira



TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Hoje vou andar de ambulância...



Querida família! aqui têm algumas informações importantes sobre o meu transporte...

Embora o seu Hospital tenha realizado a maioria dos procedimentos necessários para melhorar a situação clínica da sua criança, precisamos de a transferir para outro Hospital para um nível assistencial mais especializado.

A nossa equipa de transporte tem como objetivo principal a realização de uma transferência segura e em tempo oportuno. Foram reunidas as condições em equipamentos, medicação e assistência por profissionais de saúde qualificados para que o nível de cuidados, durante a transferência, seja igual ou superior aos que foram realizadas até ao momento.

Sempre que estejam reunidas as condições adequadas, é nossa política deixar um dos pais acompanhar a criança. Quando não é possível, os pais/acompanhantes têm de providenciar transporte próprio, evitando seguir atrás da ambulância.

Se acompanhar a sua criança:

- ⇒ Deve permanecer sentado(a) com cinto de segurança colocado durante toda a viagem;
- ⇒ Deve seguir todas as indicações dadas pela equipa;
- ⇒ Lembre-se que a equipa precisa de estar livre e concentrada para fazer o seu trabalho;
- ⇒ A instabilidade emocional pode comprometer os cuidados à criança.

Vamos monitorizar a sua criança

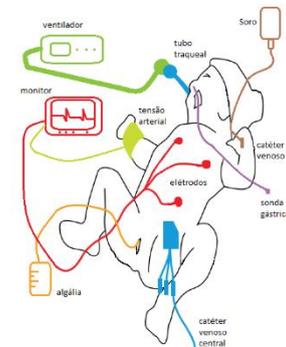
É possível que seja necessário avaliar os parâmetros vitais durante o transporte na ambulância. Esta vigilância é feita através da utilização de uns fios coloridos que são conectados a um monitor e que permite mostrar o batimento cardíaco, a tensão arterial, os ciclos respiratórios e os níveis de oxigénio.



Se a sua criança precisar de ajuda para respirar, poderá ser necessário colocar um tubo que passa pela boca ou pelo nariz para fazer passar oxigénio para os pulmões. Nestes casos a criança é colocada a dormir para não sentir qualquer desconforto. Este tubo fica ligado a um respirador artificial (ventilador) até a criança precisar.



Por vezes existe a necessidade de utilizarmos um pequeno tubo que passa pelo nariz ou pela boca e vai até ao estômago para drenar o seu conteúdo ou para dar medicação. Em algumas situações poderá existir a necessidade de saber a quantidade de urina que a criança produz com a colocação de uma algalia.



Habitualmente é necessário administrar soro e medicação endovenosa e para isso são colocados cateteres venosos. Uma das nossas maiores preocupações é realizar todas as intervenções sem que a sua criança tenha dor ou desconforto.

Apêndice 33 – Plano de Sessão de Formação em Serviço: GOPTIP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PLANO DE SESSÃO

Tema: Guia Orientador para o Planeamento do Transporte Pediátrico

Data: 13/12/2017 **Horário:** das 11h às 12,30h

Duração da sessão: 1h30m

Formadores: Rui Pereira

Objectivo Geral: Relembrar os procedimentos em caso para o planeamento de um transporte inter-hospitalar pediátrico seguro;

Sumário: Sessão de abertura da formação.
 Apresentação da respetiva atividade formativa;
 Apresentação dos intervenientes na formação (formador/formandos);
 Exposição dos conteúdos programáticos, da metodologia e avaliação;
 Dinâmica de grupo.

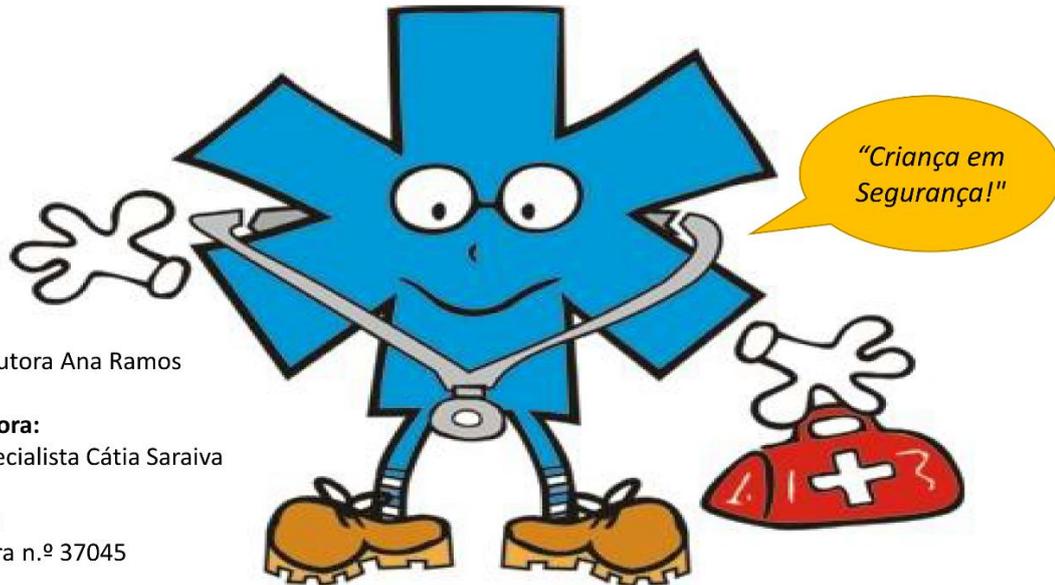
Objectivos específicos	Conteúdos	Metodologias/ Técnicas	Recursos Didáticos	Avaliação	Duração
Realizar um breve enquadramento teórico sobre o transporte inter-hospitalar pediátrico; Divulgar à equipa o resultado dos questionários de diagnóstico de situação realizados aos colegas da UUP/SI; Divulgar à equipa a estrutura e o conteúdo da proposta de guia orientador Realizar um exercício de preenchimento do IMPRESSO B com base num caso prático simulado; Esclarecer dúvidas; Recolher críticas e sugestões de melhoria.	Introdução; Resultado dos questionários do diagnóstico de situação; Análise SWOT; Estrutura do guia orientador: Parte I (Background; Objetivo; Campo de Aplicação; Responsabilidades.) Parte II (Os 5 certos do planeamento; Previsão de possíveis complicações e formas de prevenção; Cuidados Centrados na Família.) Parte III (Controlo da qualidade) Exercício de Preenchimento do IMPRESSO B – Caso Simulado Considerações finais. Críticas e sugestões. Avaliação da sessão de formação.	Método Expositivo Método Demonstrativo Método Experimental (prática simulada)	Computador Videoprojector PowerPoint Cópias dos IMPRESSOS e do Guia Orientador	Que os formandos reconheçam as fases do planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico; Que os formandos conheçam a proposta de guia orientador; Que os formandos saibam preencher o IMPRESSO B;	1h30m

Apêndice 34 – Apresentação da Sessão de Formação em Serviço: GOPTIP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



GUIA ORIENTADOR PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO



Docente:
Prof.ª Doutora Ana Ramos

Orientadora:
Enf.ª Especialista Cátia Saraiva

Discente:
Rui Pereira n.º 37045

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



OBJETIVOS

- Realizar um **breve enquadramento** teórico sobre o transporte inter-hospitalar pediátrico;
- Divulgar à equipa o resultado dos questionários de **diagnóstico de situação** realizados aos colegas da UUP/SI do [REDACTED];
- Divulgar à equipa a estrutura e o conteúdo da **proposta de guia orientador** para o transporte inter-hospitalar pediátrico;
- Divulgar à equipa o resultado dos questionários de **opinião sobre os impressos do guia** orientador para o transporte inter-hospitalar pediátrico;
- Realizar um **exercício de preenchimento do IMPRESSO B** com base num caso prático simulado;
- Esclarecer **dúvidas**;
- Recolher críticas e **sugestões de melhoria**.

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



INTRODUÇÃO [Importância do transporte Inter-hospitalar Pediátrico]



Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



INTRODUÇÃO [Enquadramento do tema e justificação da escolha, articulando com as Competências de Mestre e Enf.º Especialista]



Linha de Investigação = Segurança da Criança/Jovem "Segurança e qualidade de vida"

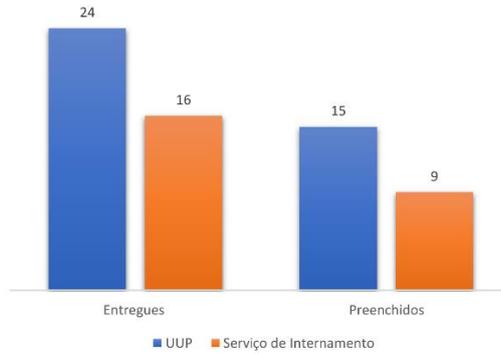
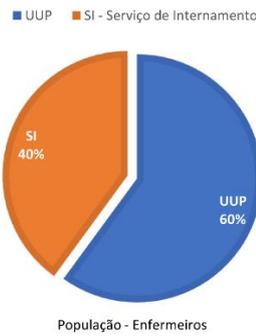
Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIOS [diagnosticar a problemática: Existência de um planeamento de ação no transporte inter-hospitalar adaptado à realidade pediátrica?]

APLICADOS VS PREENCHIDOS



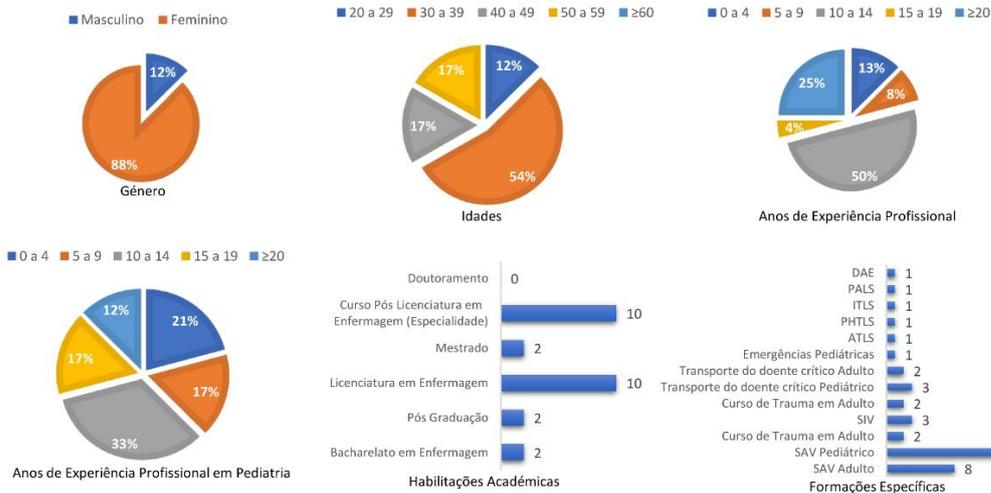
Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIOS [diagnosticar a problemática: Existência de um planeamento de ação no transporte inter-hospitalar adaptado à realidade pediátrica?]

Caracterização dos Inquiridos



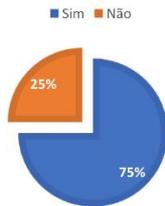
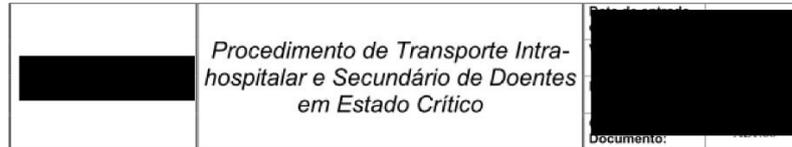
Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIOS [diagnosticar a problemática: Existência de um planeamento de ação no transporte inter-hospitalar adaptado à realidade pediátrica?]

Opinião relativamente ao procedimento de transporte secundário em vigor



Tem conhecimento do procedimento geral?



Como teve conhecimento do procedimento geral?

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OPINIÃO SEGUNDO O NÍVEL DE CONCORDÂNCIA



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIOS [diagnosticar a problemática: Existência de um planeamento de ação no transporte inter-hospitalar adaptado à realidade pediátrica?]

1. Indique sugestões sobre aspetos que possam contribuir para adaptar o procedimento do transporte secundário (inter-hospitalar) à realidade pediátrica:

Sugestões de Melhoria	Afirmações (Exemplos)
Procedimento de Transporte Inter-hospitalar específico para a pediatria	"A construção do procedimento deve ter em consideração as especificidades do utente pediátrico." "Adaptar o procedimento de transporte secundário à idade pediátrica." "Existir um procedimento específico para o transporte inter-hospitalar adequado à realidade pediátrica." "O procedimento deve contemplar as especificidades da pediatria..." "Reformular o procedimento em vigor na instituição tendo em conta o utente pediátrico."
Grelha de avaliação do transporte baseada nos parâmetros vitais em pediatria	"Adequar os parâmetros vitais à nossa população." "Adaptar a grelha para avaliação do transporte secundário das crianças (parâmetros vitais)..." "...tendo em consideração as FC/FR/TA da idade pediátrica..." "Adaptar parâmetros vitais, tais como a frequência respiratória, TA e FC..." "Valor da frequência cardíaca adaptado às faixas etárias."
Doenças crónicas contempladas na grelha de avaliação do transporte	"Realçar os aspetos relacionados (...) com situações de doença crónica." "Deverá ainda contemplar as patologias pediátricas (tendo especial atenção às crianças com doenças crónicas)."
Equipas de transporte constituídas por enfermeiros de pediatria, preferencialmente especialistas e com formação em SAV pediátrico.	"Transporte realizado por enfermeiros com experiência na área pediátrica." "...o transporte deveria ser realizado por enfermeiro com SAV pediátrico ou enfermeiro especialista." "A equipa para o transporte do doente pediátrico deve ser constituída por um enfermeiro com experiência em pediatria, formação em SAV pediátrico e se possível EESJ." "...existir escala de prevenção na UUP com enfermeiros experientes em pediatria." "Deverá existir uma escala de prevenção de enfermeiros na urgência pediátrica para a realização do transporte inter-hospitalar." "Existência de um EESJ na escala de prevenção..."
Formação em transporte inter-hospitalar pediátrico	"Realizar formação à equipa de enfermagem dos serviços referentes sobre o transporte inter-hospitalar pediátrico." "Existir enfermeiros com formação em transporte inter-hospitalar pediátrico..."

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

		Pontos Fracos	Pontos Fortes
		AMBIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de um procedimento de transporte inter-hospitalar de doentes adaptado à idade pediátrica; Deficiente uniformização de práticas de planeamento das transferências inter-hospitalares pediátricas; Acompanhamento da criança/jovem, em transporte secundário, por Enfermeiros da escala de prevenção, sem experiência na área pediátrica (Enfermeiros da Urgência Geral).
ANÁLISE SWOT		Oportunidades	Ameaças
		AMBIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> Construção de um guia orientador para assistir os enfermeiros a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico; Adotar ferramentas de planeamento adaptadas à pediatria para determinar a necessidade em recursos humanos e materiais necessários para um transporte inter-hospitalar seguro; Formar a equipa de enfermagem no transporte inter-hospitalar pediátrico.

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO [Formulação do problema e objetivos]

PROBLEMA GERAL: Ausência de uniformização de práticas no planeamento das transferências inter-hospitalares adaptadas à pediatria → possíveis repercussões na qualidade dos cuidados e na segurança da criança/jovem.

Potencial de melhoria

Realidade atual

Existem recursos para ser estudado

OBJETIVO GERAL: Planear um transporte inter-hospitalar pediátrico seguro de forma sistematizada

Elaborar um guia orientador para assistir os enfermeiros a planear o transporte inter-hospitalar pediátrico

Realizar sessão de divulgação de uma proposta de guia orientador para o planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico

Implementar o guia orientador de planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico depois de ser validado

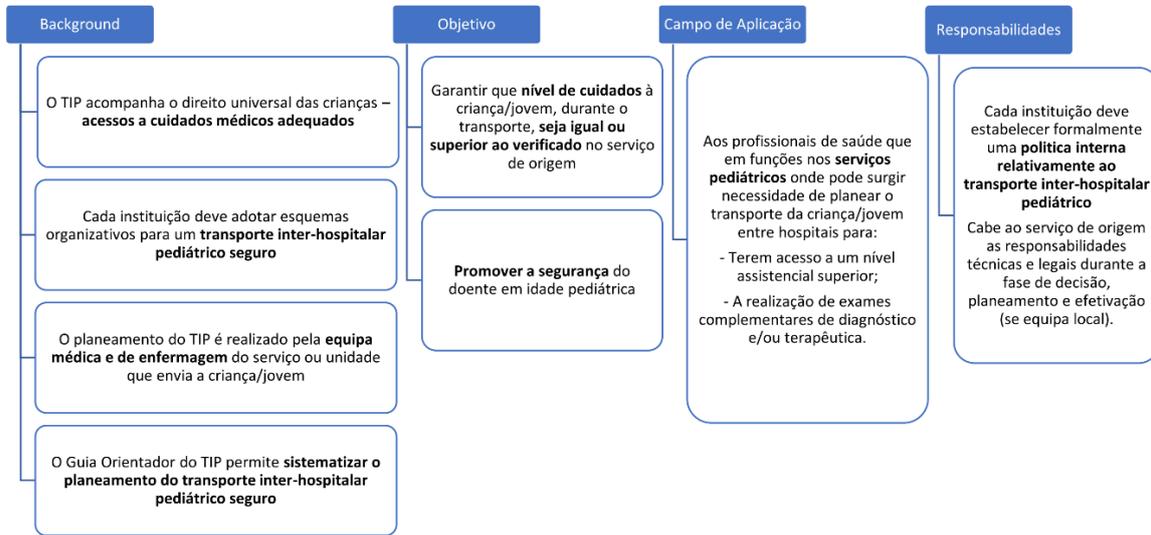
Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PARTE I [Enquadramento]

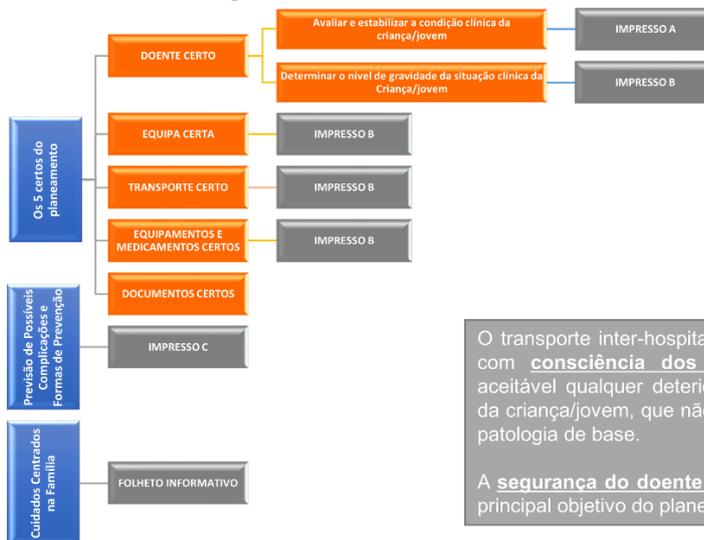


Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PARTE II [Planeamento da Transferência]



O transporte inter-hospitalar pediátrico deve ser planeado com **consciência dos riscos inerentes**, não sendo aceitável qualquer deterioração do seu estado de saúde da criança/jovem, que não se relacione diretamente com a patologia de base.

A **segurança do doente e dos profissionais** deve ser o principal objetivo do planeamento (OM & SPCI, 2008)

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PARTE III [Auditoria Interna do Planeamento]

De forma a garantir a qualidade e operacionalidade do planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico, é fundamental a implementação de um programa de acompanhamento e auditoria ao transporte secundário (OM & SPCI, 2008).



A OM & SPCI (2008), recomendam a existência de um sistema de acompanhamento e de **auditoria local**, onde os auditores devem socorrer-se de instrumentos de avaliação adequados (baseados em tabelas e em formulários de registo).

Os resultados da auditoria devem ser relatados às **entidades superiores** (Diretor Clínico e Chefe de Enfermagem), para que sejam desenvolvidas as devidas **correções**.

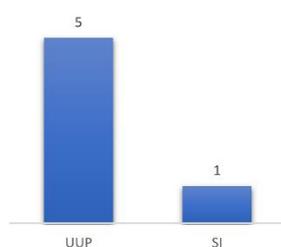
Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

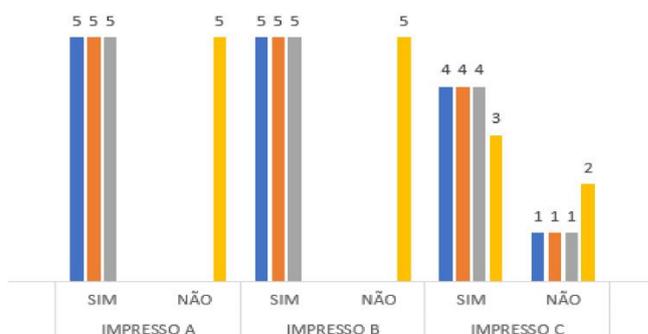


QUESTIONÁRIOS DE OPINIÃO SOBRE OS IMPRESSOS DO GUIA ORIENTADOR

Preenchidos até ao momento



Análise dos Impressos



- O estilo visual é adequado?
- Os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos?
- Os campos utilizados, permitem colher as informações desejadas?
- É muito longo e provoca desinteresse ou irritação?

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



EXERCÍCIO DE PREENCHIMENTO DO IMPRESSO B – CASO SIMULADO

- Criança de 34 meses
- Vitima de trauma – TCE
- AP: Epilepsia
- História de vômito alimentar após queda

- Sonolenta despertável a estímulos verbais
- VA permeável
- Hematoma parietal esquerdo
- FR=24 cpm
- FC=101 bpm
- TAS=89mmHg
- SPO2=98% AA
- ECG ritmo sinusal
- Colheita de sangue para análises – fica com CO
- Não fez medicação;
- TAC revela pequeno hematoma subdural

Perante este caso, e utilizando a escala de pontuação de avaliação para o transporte inter-hospitalar pediátrico - IMPRESSO B, indique:

TOTAL DE PONTOS: 6

NÍVEL DE TRANSFERÊNCIA:

- Nível A (Verde)
- Nível B (Amarelo)
- Nível C (Laranja)
- Nível D (Vermelho)

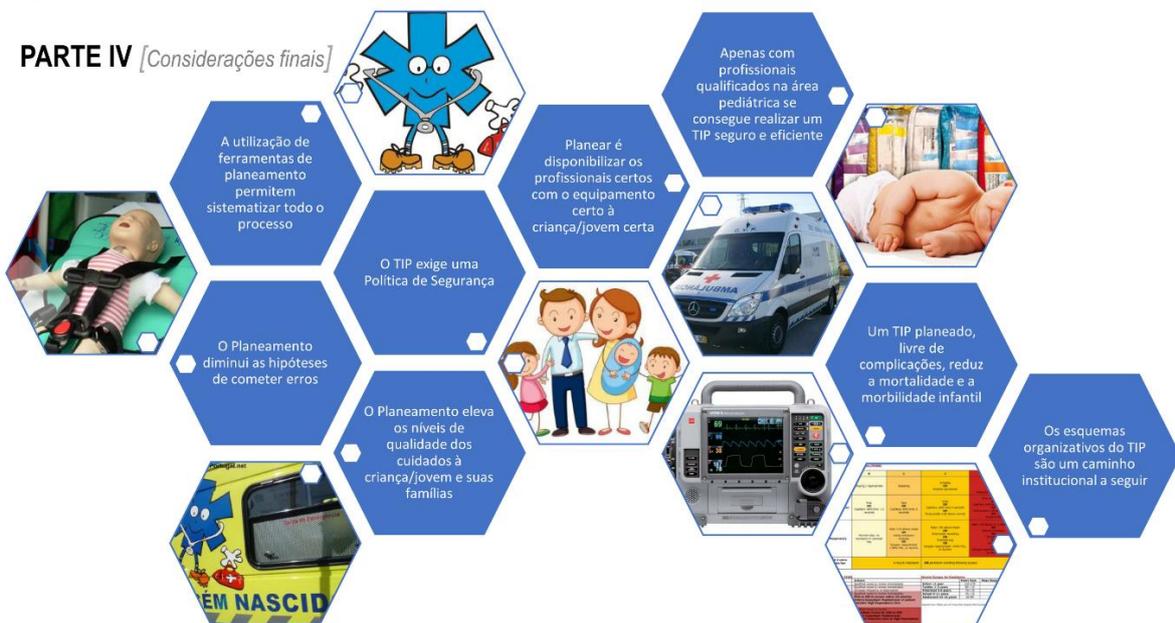


Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PARTE IV [Considerações finais]



Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Referências Bibliográficas

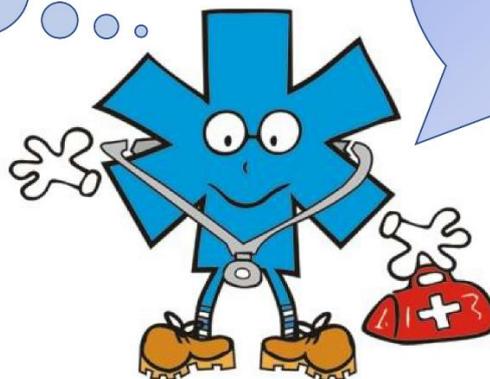
- Abecassis, F. (2008). Transporte Pediátrico – Organização e Perspectivas Actuais. *Nascer E Crescer*, XVII(3), 137–140.
- Abecassis, F., Catarino, R., Félix, M., Fonseca, P., Metello, J., & Valente, M. (2012). *Emergências Pediátricas e Obstétricas* (1.ª). Lisboa: INEM.
- Abecassis, F., & Correia, M. (2017). *Manual do IV curso de transporte neonatal e pediátrico* (4.ª). Lisboa: Centro de Formação do CHLN. Retrieved from https://www.dropbox.com/sh/qnkhpzp0nvv30rc/AAAPL6Ke9G1RBH9w9zyEppaa?Material=didático/01.MANUAL_CURSO_TIP_SULCHLN?dl=0
- Azuro, K., Domínguez, P., & Calvo, C. (2010). Estabilización y transporte interhospitalario del neonato y niño crítico. *Revista Española de Pediatría*, 66(1), 18–29. Retrieved from <https://medes.com/publication/58217>
- DGS. (2011). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre a segurança do doente. *Ministério Da Saúde*. Retrieved from www.dgs.pt
- Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtnerberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>
- Etxebarria, M. J., Serrano, S., Ruiz Ribó, D., Cia, M. T., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 5(1), 13–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10406413>
- Levick. (2008). Emergency Medical Services: Unique Transportation Safety Challenge. *TRB 2008 Annual Meeting*. Retrieved from <http://pubsindex.trb.org/paperorderform.pdf>
- Masterson, K., & Brenner, M. (2016). Parents' Communication Preferences Prior to the Interhospital Transfer of an Acutely-ill Child: A Qualitative Study. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(3), 215–220. <https://doi.org/10.1080/24694193.2016.1186759>
- OE. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Ordem Dos Enfermeiros*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - regulamento do perfil_VF.pdf
- OM, & SPCI. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações, 45. Retrieved from http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balleiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132–135. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>
- Roland, D., Lewis, G., Fielding, P., Hakim, C., Watts, A., & Davies, F. (2016). The Paediatric Observation Priority Score: A System to Aid Detection of Serious Illness and Assist in Safe Discharge. *Open Journal of Emergency Medicine*, 4(2), 38–44. <https://doi.org/10.4236/ojem.2016.42006>
- Romanzeira, J. C. F., & Sarinho, S. W. (2015). Quality Assessment of Neonatal Transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (SAMU). *Jornal de Pediatria*, 91(4), 380–385. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.10.006>
- Sarfatti, A., & Ramnarayan, P. (2017). Transport of the critically ill child. *Paediatrics and Child Health*, 27(5), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.01.014>
- Traiber, C., Andreoli, C., & Luchese, S. (2006). Transporte inter-hospitalar de crianças criticamente doentes. *Scientia Medica*, 16(3), 119–125.
- UNICEF. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Retrieved from https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



SUGESTÕES [reunir contributos!]



Estrutura do Guia Orientador?
Aplicabilidade prática?
Ferramentas de planeamento (IMPRESSOS)?
Questões?

Ramo da área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

APÊNDICES E ANEXOS

DOENTE CERTO

AValiação da Condição Clínica da Criança/Jovem

IMPRESSO A

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM
nome e sobrenome

SERVIÇO DE ORIGEM:
HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO:
MÉDICO QUE RECEBE A CRIANÇA/JOVEM:
IDADE ATUAL: **PESO ATUAL:** **ALTURA ATUAL:**

ANTECEDENTES PESSOAIS: ALERGIAS:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ATUAL:

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA/JOVEM*

AVALIAR	CONDIÇÃO CLÍNICA	SUPORTE
A AIRWAY	<input type="checkbox"/> Permeável <input type="checkbox"/> Não Permeável <input type="checkbox"/> Ruídos da VA <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Estridor? <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Inguirgamento jugular <input type="checkbox"/> Estertor SG TRAUMA: <input type="checkbox"/> mobilização cervical <input type="checkbox"/> plano duro <input type="checkbox"/> coqueille <input type="checkbox"/> talas	<input type="checkbox"/> Tubo orofaríngeo n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo nasofaríngeo n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo oro-traqueal n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo nasotraqueal n.º _____ <input type="checkbox"/> Máscara laríngea n.º _____ <input type="checkbox"/> outro: n.º _____
	B BREATHING	OMISENIO FI _{O₂} (%) _____ O ₂ (L/m) _____ M _{ásc.} 100% M _{ásc.} Venturi O ₂ Oculos nasais Sonda nasal
B BREATHING	VENTILAÇÃO CPAP PEEP (mmHg) _____ FR (cpm) _____ VM Modo _____ FI _{O₂} _____ FR (cpm) _____ Time (s) _____ PEEP (cmH ₂ O) _____ PIP (cmH ₂ O) _____ I:E _____ VC (ml) _____	RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Tragem <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Expansão simétrica <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Paradoxal AP <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> síbilos <input type="checkbox"/> hipofonia <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> crepitações <input type="checkbox"/> ausentes
	C CIRCULATION	ACESSOS TIPO _____ N.º _____ LOCAL _____ <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> IO <input type="checkbox"/> Linha A
D DISABILITY	TOXAS <input type="checkbox"/> Premotórax <input type="checkbox"/> outro: _____ Estômago <input type="checkbox"/> Abdômen distendido/timpanizado <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG	ECG (ritmo) <input type="checkbox"/> Ritmo sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia sinusal <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Outros(s): _____
	E EXPOSURE	Medicação Corticoides <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução Osmoterapia <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução Analgésicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução Antibióticos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução Antiepiléticos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução Inotrópicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução Antiarrítmicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução Anestésicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução Bicarbonatos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfução
F FAMILY	FCI (bpm) Pulso _____ <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Chelo <input type="checkbox"/> Fino	GI PAS: _____ FAD: _____ PAM: _____ TPC <input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s
	GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Consciência GOS: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII <input type="checkbox"/> IX <input type="checkbox"/> X valor _____ Tipo: _____ Local: _____
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	Pupilas <input type="checkbox"/> Isocóricas/soreativas <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midriase
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	HIC <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Resp. irregular <input type="checkbox"/> Força muscular Os. _____
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	Sinais focais <input type="checkbox"/> Déficits sensorio motores Ob.: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mal convulsivo <input type="checkbox"/> Focais <input type="checkbox"/> Ausência
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	Convulsões <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mal convulsivo <input type="checkbox"/> Focais <input type="checkbox"/> Ausência
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	Diurese Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	Temperatura (°C) Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	Lesões corporais Obs.: _____ <input type="checkbox"/> Manta térmica <input type="checkbox"/> Pensos Obs.: _____
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	Algaliação <input type="checkbox"/> Último antipirético às: h m
GI Valor DU (ml): _____ em _____ h Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar	Hemorragias <input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> Ocultas	Algaliação <input type="checkbox"/> Último antipirético às: h m

*Adaptado de SAMP 38 | Informação Básica Estruturada de Paciente, Maio 2011 (v.1.0 Junho 2009)

- Permite uma estabilização do doente em idade pediátrica através de uma avaliação sistemática por ordem de prioridade;
- Permite identificar os problemas que ameaçam a vida e estabelecer medidas para as resolver ou minimizar;
- Permite conhecer os parâmetros vitais da criança/jovem e as medidas de suporte já implementadas.



DOENTE CERTO

AVLIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
1. VIA AÉREA ARTIFICIAL*	
Não	0
Sim (adjuvantes básicos)	1
Sim (TET ou traqueostomia)	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**	
0 - 1 anos**	30 - 40
25 - 29	41 - 50
<25	50*
1 - 2 anos**	25 - 35
20 - 24	36 - 50
<20	50*
2 - 5 anos**	25 - 30
20 - 24	31 - 40
<20	40*
5 - 12 anos**	20 - 25
15 - 19	26 - 46
<15	40*
13 - 16 anos**	15 - 20
12 - 14	20 - 25
<12	25*
17 - 18 anos*	10 - 14
<10	15 - 25
35*	
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO*	
Não	0
Sim (Oxigenoterapia com FIO2 < 40%)	1
Sim (Oxigenoterapia com FIO2 ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)	2
4. ACESSOS VENOSOS*	
Não	0
Acesso Periférico em criança/jovem estável (não inclui cateter obturado)	1
Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*	
Estável (FC e TAD dentro dos parâmetros normais para a idade - consultar tabela no final do documento)	0
Moderadamente estável	1
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)	2
6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA*	
Não	0
Sim (dessejável)	1
Sim (sem doença instável)	2
7. RISCO DE ARRITMIAS*	
Não	0
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.	1
Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.	2
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVPU)**	
Alerta (A)	0
Voz (V)	1
Dor (P) ou Inconsciente (U)	2

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 - 2	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	"Standard"
3	B	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita
4 - 6	C	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (dessejável)	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor distribuidor + seringas e bombas perfusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (dessejável) Médico	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, ETCO ₂ (se ventilador de transporte)	Acima descrito + Material de VA avançada + ventilador de transporte

TOTAL: 2

ATENÇÃO: Avaliar este impresso no Impresso A.

Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 anos	110 - 150
75 - 90	
1 - 2 anos	100 - 150
80 - 95	
2 - 5 anos	95 - 140
80 - 100	
5 - 12 anos	80 - 120
90 - 110	
>12 anos	60 - 100
100 - 120	

Corresponde a uma escala de pontuação que permite determinar:

- Recursos humanos – equipa de acompanhamento;
- Recursos materiais – meio de transporte e equipamentos.

Determina os recursos logísticos com base:

- No nível de gravidade ou do risco de agravamento previsível da condição clínica da criança/jovem.



Construção do IMPRESSO B

Prospective application of risk scores in the inehospital transport of patients (1998)

M.J. ETXEBARRÍA, S. SERRANO*, D. RUIZ RIBÓ, M.T. CÍA, F. OLAZ and J. LÓPEZ

Emergency Department, Hospital Reina Sofía, Carretera de Tarazona s/n, 31500 Tudela, Navarra, Spain

OM & SPCI, 2008

A escala de risco para o transporte inter-hospitalar surgiu da necessidade em gestão de recursos;

Restringir a utilização de profissionais de saúde, dos serviços de origem, apenas para os doentes que precisam de acompanhamento diferenciado de forma a prevenir/controlar complicações adicionais;

A utilização da escala de risco permite determinar os recursos humanos e técnicos para o transporte inter-hospitalar para uma transferência segura do doente e dos profissionais;

Table 1. Risk score for transport patients

1. Haemodynamics		
• Stable	0	
• Moderately stable (requires volume < 15 ml/min in adults)	1	
• Unstable (requires volume > 15ml/min or inotropic or blood)	2	
2. Arrhythmias (existing or probable)		
• No	0	
• Yes, not serious (and AMI after first 48 hours)	1	
• Serious (and AMI in the first 48 hours)	2	
3. ECG monitoring		
• No	0	
• Yes (desirable)	1	
• Yes (essential)	2	
4. Intravenous line		
• No	0	
• Yes	2	
• Pulmonary artery catheter	2	
5. Provisional pacemaker		
• No	0	
• Yes (not invasive). Always AMI in the first 48 hours	1	
• Yes (invasive)	2	
6. Respiration		
• RF between 10 and 14 r/m in adults	0	
• RF between 15-25 r/m in adults	1	
• Apnoea < 10 or > 36 or irregular breathing	2	
7. Airway		
• No	0	
• Yes (Guedel Tube)	1	
• Yes (intubation or tracheostomy)	2	
8. Respiratory support		
• No	0	
• Yes (oxygen therapy)	1	
• Yes (mechanical ventilation)	2	
9. Assessment		
• Glasgow = 15	0	
• Glasgow B-14	1	
• Glasgow < B and/or neurologic disorder	2	
10. Prematurity		
• Newborn > 2000 g	0	
• Newborn between 1200 and 2000 g	1	
• Newborn < 1200 g	2	
11. Technopharmacological support (actual or en route)		
• None	0	
• Group I	1	
• Group II	2	

Points	Group	Vehicle	Staff
0-2	I	Conventional ambulance	None
3-6	I	Conventional ambulance	Nurse
Over 6	II	Group ICU Helicopter recommended if transfer > 1 hour	Doctor

Avaliação para o transporte secundário*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL	0	1	2
Não	0	1	2
Sim (tubo de Guedel)	1	2	
Sim (se instalado ou traqueostomia recente)	2		
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0	1	2
FR entre 10 e 14 r/m	0	1	2
FR entre 15 e 25 r/m	1	2	
Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	2		
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO	0	1	2
Não	0	1	2
Sim (Oxigenoterapia)	1	2	
Sim (Ventilação Mecânica)	2		
4. ACESSOS VENOSOS	0	1	2
Não	0	1	2
Acesso periférico	1	2	
Acesso central em doente instável	2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA	0	1	2
Estável	0	1	2
Moderadamente estável (requer < 15ml/min)	1	2	
Instável (inotrópicos ou sangue)	2		
6. MONITORIZAÇÃO DO DOENTE	0	1	2
Não	0	1	2
Sim (dessejável)	1	2	
Sim (sem doença instável)	2		
7. RISCO DE ARRITMIAS	0	1	2
Não	0	1	2
Sim, baixo risco* (se EKG > 48 h)	1	2	
Sim, alto risco** (se EKG < 48 h)	2		
TOTAL: ...			

* Baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.
 ** Alto risco - risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2	A	Ambulância normal	Tripulantes	Nenhuma	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat, O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, seringas e soro
> 7 ou < 7 se um item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat, O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador de transporte, Material para a via aérea avançada, Distribuidor com soro, Seringas e Bombas perfusoras.

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

Construção do IMPRESSO B

OM & SPCI, 2008

2013

Table 1. Risk score for transport patients

1. Haemodynamics	0
• Stable	1
• Moderately stable (requires volume < 15 ml/min in adults)	2
• Unstable (requires volume > 15ml/min or inotropics or blood)	2
2. Arrhythmias (existing or probable)	0
• No	1
• Serious (and AMI in the first 48 hours)	2
3. ECG monitoring	0
• No	1
• Yes (essential)	2
4. Intravenous line	0
• No	1
• Pulmonary artery catheter	2
5. Pulmonary pacemaker	0
• No	1
• Yes (not invasive). Always AMI in the first 48 hours	2
• Yes (endocavitary)	2
6. Respiration	0
• RR between 10 and 14 r/min in adults	1
• RR between 15–35 r/min in adults	1
• Apnoea < 10 or > 30 or irregular breathing	2
7. Airway	0
• No	1
• Yes (Guedel Tube)	1
• Yes (intubation or tracheostomy)	2
8. Respiratory support	0
• No	1
• Yes (oxygen therapy)	1
• Yes (mechanical ventilation)	2
9. Assessment	0
• Glasgow = 15	1
• Glasgow 8–14	2
• Glasgow < 8 and/or neurologic disorder	2
10. Prematurity	0
• Newborn > 2000 g	1
• Newborn between 1200 and 2000 g	2
• Newborn < 1200 g	2
11. Technopharmacological support (actual or en route)	0
• None	1
• Group I	1
• Group II	2

Group I	Group II
<ul style="list-style-type: none"> Inotropics Vasodilators Antiarrhythmics Bicarbonate Analgics Antiepileptics 	<ul style="list-style-type: none"> Starolids MAO-B Inotropics + Vasodilators MAO-B Inotropic + Vasodilators Antitarrhythmics Uterine relaxants

Pontos	Group	Vehicle	Staff
0-2	0	Conventional ambulance	None
3-6	1	Conventional ambulance	Nurse
Over 6	1	Group ICU	Doctor
		Helicopter recommended if transfer < 1 hour	Nurse

Avaliação para o transporte secundário*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsto) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL	2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	3. SUPORTE RESPIRATÓRIO	4. ACESSOS VENOSOS	5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA	6. MONITORIZAÇÃO ECG	7. RISCO DE ARRITMIAS	8. PACEMAKER	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO
Não Sim (tubo de Guedel) Sim (intubação ou traqueostomia)	RR entre 10 e 14 / min RR entre 15 e 35 / min Apnéia ou FR < 10 ou FR > 35 ou irregular	Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	Acesso Periférico ou Central em doente estável Acesso central em doente instável	Estável (Cv > 50 mmHg, 45 mmHg) Moderadamente estável Instável (Inotrópicos ou sangue)	Não Sim (desajável) Sim (em doente instável)	Não Sim, baixo risco (EAM > 48h) Sim, alto risco (EAM < 48h)	Não Sim, provisório (externo ou endocavitário)	Escala de Glasgow < 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow < 8	Nenhum dos abaixo indicados Grupo I Grupo II

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.
 ** Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equip	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas O2 ou linha EV)	A	Ambulância normal	Terapeuta	Nenhuma	"Standard" ambulância MAS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor + Desfibrilador + Material para via aérea + Seringas + Bombas perfusoras
7 ou > 7 (se item com pontuação 2)	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Monitor + Desfibrilador com pace + Ventilador transporte + Material de via aérea avançada + Seringas e bombas perfusoras

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores à prova de água e com avaliação/cuidado periódico de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e entrega para posterior avaliação.

* Adaptado de Eisenberg et al., Eur J Emerg Med, 1996.

Avaliação para o Transporte Secundário

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL	2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	3. SUPORTE RESPIRATÓRIO	4. ACESSOS VENOSOS	5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA	6. MONITORIZAÇÃO ECG	7. RISCO DE ARRITMIAS	8. PACEMAKER	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO
Não Sim (tubo de Guedel) Sim (intubação ou traqueostomia)	RR entre 10 e 14 / min RR entre 15 e 35 / min Apnéia ou FR < 10 ou FR > 35 ou irregular	Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	Acesso Periférico ou Central em doente estável Acesso central em doente instável	Estável (Cv > 50 mmHg, 45 mmHg) Moderadamente estável Instável (Inotrópicos ou sangue)	Não Sim (desajável) Sim (em doente instável)	Não Sim, baixo risco (EAM > 48h) Sim, alto risco (EAM < 48h)	Não Sim, provisório (externo ou endocavitário)	Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow < 8	Nenhum dos abaixo indicados Grupo I Grupo II

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.
 ** Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas O2 ou linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhuma	"Standard" ambulância MAS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância Normal	Enfermeiro	Sat O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor + Desfibrilador + Material para via aérea + Seringas + Bombas perfusoras
7 ou > 7 (se item com pontuação 2)	C	Ambulância medicalizada ou Helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Monitor + Desfibrilador com pace + Ventilador transporte + Material de via aérea avançada + Seringas e bombas perfusoras

Adaptado de "Transporte de doentes críticos - Recomendações"

Construção do IMPRESSO B

Adaptar à Pediatria

Avaliação para o Transporte Secundário

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (intubação ou traqueostomia)	2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA RR entre 10 e 14 / min RR entre 15 e 35 / min Apnéia ou FR < 10 ou FR > 35 ou irregular	3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	4. ACESSOS VENOSOS Acesso Periférico ou Central em doente estável Acesso central em doente instável	5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável (Cv > 50 mmHg, 45 mmHg) Moderadamente estável Instável (Inotrópicos ou sangue)	6. MONITORIZAÇÃO ECG Não Sim (desajável) Sim (em doente instável)	7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco (EAM > 48h) Sim, alto risco (EAM < 48h)	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow < 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow < 8	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I Grupo II
---	--	--	--	--	---	--	---	--	--

** Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.
 Legendas: TAM: Tendão arterial média; FR: Frequência respiratória; FC: Frequência cardíaca; EAM: Enterte agudo de miocárdio

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas O2 ou linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhuma	"Standard" ambulância MAS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância Normal	Enfermeiro	Sat O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor + Desfibrilador + Material para via aérea avançada + Seringas e bombas perfusoras
7 ou > 7 (se item com pontuação 2)	C	Ambulância medicalizada ou Helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Monitor + Desfibrilador com pace + Ventilador transporte + Material de via aérea avançada + Seringas e bombas perfusoras

Adaptado de "Transporte de doentes críticos - Recomendações"

IMPRESSO B

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

(A avaliação deve ser realizada no serviço de origem, perante a condição clínica da criança/paciente no momento, após a sua estabilização)

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL*	2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**	3. SUPORTE RESPIRATÓRIO*	4. ACESSOS VENOSOS*	5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*	6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA*	7. RISCO DE ARRITMIAS*	8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVPU)**
Não Sim (adjuvantes básicos) Sim (TET ou traqueostomia)	0-1 anos** 1-2 anos** 2-5 anos** 5-12 anos** 13-16 anos** 17-18 anos**	Não Sim (Oxigenoterapia com FIO2 < 40%) Sim (Oxigenoterapia com FIO2 ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)	Acesso Periférico em criança/jovem estável (não exclui cateter obturado) Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central	Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade - consultar tabela no final do documento) Moderadamente estável Instável (sob inotrópicos ou hemodiluídos)	Não Sim (desajável) Sim (em doente instável)	Não Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata	Alerta (A) Voz (V) Dor (P) ou Inconsciente (U)

ATENÇÃO: Anexar este impresso ao REGISTRO.

Construção do IMPRESSO B

SUGESTÕES DE MELHORIA DOS QUESTIONÁRIOS

Sugestões de Melhoria	Afirmações (Exemplos)
Procedimento de Transporte Inter-hospitalar específico para a pediatria	"A construção do procedimento deve ter em consideração as especificidades do utente pediátrico." "Adaptar o procedimento de transporte secundário à idade pediátrica." "Existir um procedimento específico para o transporte inter-hospitalar adequado à realidade pediátrica." "O procedimento deve contemplar as especificidades da pediatria..." "Reformular o procedimento em vigor na instituição tendo em conta o utente pediátrico."
Grelha de avaliação do transporte baseada nos parâmetros vitais em pediatria	"Adequar os parâmetros vitais à nossa população." "Adaptar a grelha para avaliação do transporte secundário das crianças (parâmetros vitais)..." "...tendo em consideração as FC/FR/TA da idade pediátrica..." "Adaptar parâmetros vitais, tais como a frequência respiratória, TA e FC..." "Valor da frequência cardíaca adaptado às faixas etárias."
Doenças crónicas contempladas na grelha de avaliação do transporte	"Realçar os aspetos relacionados (...) com situações de doença crónica." "Deverá ainda contemplar as patologias pediátricas (tendo especial atenção às crianças com doenças crónicas)."
Equipas de transporte constituídas por enfermeiros de pediatria, preferencialmente especialistas e com formação em SAV pediátrico.	"Transporte realizado por enfermeiros com experiência na área pediátrica." "...o transporte deveria ser realizado por enfermeiro com SAV pediátrico ou enfermeiro especialista." "A equipa para o transporte do doente pediátrico deve ser constituída por um enfermeiro com experiência em pediatria, formação em SAV pediátrico e se possível EESJC." "...existir escala de prevenção na UUP com enfermeiros experientes em pediatria." "Deverá existir uma escala de prevenção de enfermeiros na urgência pediátrica para a realização do transporte inter-hospitalar." "Existência de um EESJC na escala de prevenção..."
Formação em transporte inter-hospitalar pediátrico	"Realizar formação à equipa de enfermagem dos serviços referentes sobre o transporte inter-hospitalar pediátrico." "Existir enfermeiros com formação em transporte inter-hospitalar pediátrico..."



Construção do IMPRESSO B

Paediatric Observation Priority Score: A System to aid detection of serious illness and assist in safe discharge (2016)

POPS é um sistema de pontuação observacional e fisiológico no atendimento em urgência/emergência Pediátrica

É um método personalizado que determina o nível de gravidade da condição clínica de uma criança/jovem

Dr. Damian Roland



Paediatric Observation Priority Score (POPS) Chart
This chart is not a substitute for good clinical judgement and any concerns about the condition of a child should be brought to the attention of a senior nurse or doctor

Age	Score	2	1	0	1	2	Total Score	Priority
Any	Sats	<90%	90-94%	>95%	90-94%	<90%		
Any	Breathing	Stridor	Audible grunt or wheeze	No distress	Mild or Moderate Recession	Severe Recession	0-1	
Any	AVPU	Pain	Voice	Alert	Voice	Pain	2-3	
Any	Gut Feeling	High level concern	Low level concern	Well	Low level concern	Child looks unwell	4-7	
Any	Other	Oncology Patient	Significant PMH*		Significant PMH*	Congenital heart disease	8+	Immediate review
0-1	Pulse	<90	90 - 109	110 - 160	161 - 180	180+		
	RR	<25	25 - 29	30 - 40	41 - 50	50+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 37.5°	37.6 - 39°	39+		
1-2	Pulse	90 - 99	100 - 150	151 - 170	170+			
	RR	<20	20 - 24	25 - 35	36 - 50	50+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 38.4°	38.5 - 40°	40+		
2-5	Pulse	<80	80 - 94	95 - 140	141 - 160	160+		
	RR	<20	20 - 24	25 - 30	31 - 40	40+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 38.4°	38.5 - 40°	40+		
5-12	Pulse	<70	70 - 79	80 - 120	121 - 150	150+		
	RR	<15	15 - 19	20 - 25	26 - 40	40+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 38.4°	38.5 - 40°	40+		
13-16	Pulse	<50	50 - 60	60 - 100	100 - 110	110+		
	RR	<12	12 - 14	15 - 20	20 - 25	25+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 36.4°	36.5 - 40°	40+		

Any child scoring above 8 should be considered for transfer to resus

*Significant PMH includes:
• Ex-premature
• Cardiac problems
• Asthma
• Diabetes
• Long term steroids
• All other chronic conditions

- Ferramenta de avaliação personalizada para uso em departamentos de emergência pediátrica;
- Abrange os parâmetros vitais (objetivos) e dados de observação mais subjetivos baseados na experiência profissional de clínicos de emergência pediátrica;
- Tem por base o sistema de triagem e as [Paediatric Early Warning Scores \(PEWS\)](#);
- A POPS demonstra ter utilidade para a promoção da segurança da criança/jovem doente e consequentemente para planear os recursos.

POPS is copyright (creative commons attribution non-commercial sharealike 4.0) Dr Damian Roland and Dr Ffion Davies 2010
This is version 1.2 August 2015

Construção do IMPRESSO B

2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**					
0 – 1 anos**	25 - 29	30 – 40	41 – 50		0
	<25		50+		1 2
1 – 2 anos**	20 - 24	25 – 35	36 - 50		0
	<20		50+		1 2
2 – 5 anos**	20 - 24	25 - 30	31 - 40		0
	<20		+40		1 2
5 – 12 anos**	15 - 19	20 - 25	26 - 46		0
	<15		40+		1 2
13 – 16 anos**	12 - 14	15 - 20	20 - 25		0
	<12		25+		1 2
17 – 18 anos*		10 - 14			0
	<10	15 – 25	35+		1 2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*					
Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade – consultar tabela no final do documento)					0
Moderadamente estável					1
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)					2
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVPU)**					
Alerta (A)					0
Voz (V)					1
Dor (P) ou Inconsciente (U)					2
10. DOENÇA CRÓNICA**					
Não					0
Sim – sem influência na condição clínica atual e/ou sem potencial de descompensação pela condição clínica atual					1
Sim – com influência na condição clínica atual e/ou com potencial de descompensação pela condição clínica atual					2
11. PREMATURIDADE ATUAL*					
RN > 2000g ou não aplicável					0
RN ≥ 1200g ≤ 2000g					1
RN < 1200g					2

Construção do IMPRESSO B

ANTES

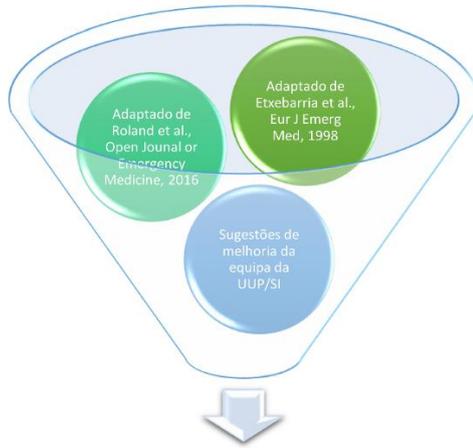
PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas O2 ou linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhuma	"Standard" ambulância MAS
3-6 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Normal	Enfermeiro	Sat O2, , ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte+Injectáveis+Soros
≥ 7 ou < 7 (se item com pontuação 2)	C	Ambulância medicalizada ou Helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat O2, , ECG, FC, TA não invasiva, capnografia (se indicado)	Acima descrito + Monitor+ Desfibrilhador com pace + Ventilador transporte + Material de via aérea avançada + Seringas e bombas perfusoras

Adaptado de "Transporte de doentes críticos - Recomendações"

DEPOIS

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 – 2 Apenas O2 ou acesso venoso periférico obturado	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	"Standard"
3 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita em SOS
4 – 6 Sem nenhum item de pontuação 2	C	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável)	SPO2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + medicação prescrita + seringas e bombas infusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável) Médico	SPO2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, ETCO2 (se ventilado)	Acima descrito+ Material de VA avançada + ventilador de transporte.

Construção do IMPRESSO B



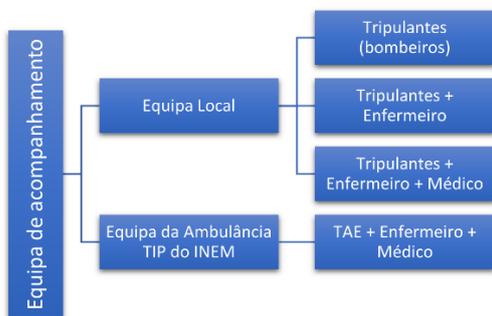
(Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico)

IMPRESSO B		PONTUAÇÃO	
9. SUPORTE TÉCNICO			
Nenhum dos abalos			
Grupo I (Corrosivo)			
Grupo II (Incolor)			
Anestésicos gerais			
10. DOENÇA CRÓNICA			
Não			
Sim - sem influência			
descompensação p			
Sim - com influência			
descompensação p			
11. PREMATUREZADE			
RN > 2000g ou não			
RN > 1200g < 2000g			
RN < 1200g			
PONTOS	NÍVEL		
0 - 2	A		
Apenas O ₂ ou acesso venoso periférico obturado			
3	B		
Sem nenhum item com pontuação 2			
4 - 6	C		
Sem nenhum item de pontuação 2			
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	D		
3. SUPORTE RESPIRATORIO*			
Não			
Sim (Oxigenoterapia com FIO ₂ < 40%)			
Sim (Oxigenoterapia com FIO ₂ ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)			
4. ACESSOS VENOSOS*			
Não			
Acesso Periférico em criança/jovem estável (não inclui cateter obturado)			
Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central			
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*			
Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade - consultar tabela no final do documento)			
Moderadamente estável			
Instável (se instável ou hemodinamizado)			
6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATORIA*			
Não			
Sim (desejável)			
Sim (em doente instável)			
7. RISCO DE ARRITMIAS*			
Não			
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica médica.			
Sim, alto risco - sem risco imediato de vida ou necessidade de intervenção terapêutica médica.			
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVPU)**			
Alerta (V)			
Dor (P) ou Inconsciente (U)			



EQUIPA CERTA

Elementos com as competências mais adequadas às necessidades do doente (Forinda, VanGraafeiland, Quon & Davidson 2016)



- Idealmente o **doente crítico** deverá ser transportado pela **equipa mais diferenciada** e com os recursos mais apropriados;
- Em contexto pediátrico a equipa deve ter **formação e experiência nesta área específica**; A equipa de transporte deve estar familiarizada com todos os fármacos e equipamentos (Azuero, Domínguez & Calvo, 2010);
- Em pediatria a equipa deve ter **formação em SAV Pediátrico** (OM & SPCI, 2008);
- O EEESCI tem **competência para antecipar e responder a situações de emergência e ao mesmo tempo avalia a família respondendo às suas necessidades**, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2012).

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 - 2	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	"Standard"
3	B	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita em SOS
4 - 6	C	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável)	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + medicação prescrita + seringas e bombas infusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável) Médico	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, ETCO ₂ (se ventilado)	Acima descrito + Material de VA avançada + ventilador de transporte.



Transporte Certo

Em Portugal dispomos de três tipos de Ambulâncias definidas pela Portaria n.º 142-A/2012 de 15 de maio



PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 - 2 Apenas O ₂ ou acesso venoso periférico obturado	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	"Standard"
3 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SIV + monitor de transporte + medicação prescrita em SOS
4 - 6 Sem nenhum item de pontuação 2	C	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desajável)	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SIV + monitor desfibrilhador + medicação prescrita + seringas e bombas infusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desajável) Médico	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva ETCO ₂ (se ventitado)	Acima descrito + Material de VA avançada + ventilador de transporte.

- O **helitransporte** requer **equipas com formação específica em fisiologia de voo** e são realizadas em Portugal pelo INEM. Tem vantagens em rapidez e acompanhamento diferenciado mas tem elevados custos e efeitos sobre o organismo (OM & SPCI, 2008);
- A **via terrestre** é **mais acessível** e tem resultados equiparados ao helitransporte quando tripuladas por equipas igualmente especializadas (Droogh et al., 2015);
- Devido ao especial efeito em crianças da **aceleração, desaceleração, vibrações, etc.**, o **transporte em pediatria deve ser realizado de forma o mais suave possível** (Romanzeira & Sarinho, 2015);
- Deve ser **garantida a segurança da criança/jovem que é transportada com a utilização de SRC** adequados: Kidy Safe®, cadeira de transporte ou maca de vácuo (Levick, 2008);
- As ambulâncias são obrigada por lei a ter **cobertura de responsabilidade civil** que inclui todos os ocupantes da viatura. (DL n.º 291/2007nde 21 de Agosto).



Equipamentos e Medicamentos Certos

Os serviços que admitem crianças/jovens devem assegurar que possuem todos os equipamentos e medicamentos apropriados para a estabilização e transferência



- Os serviços de urgência pediátrica devem **possuir malas de transporte** com dispositivos pediátricos e *checklist's* de revisão periódicas e regulares (Sarfatti & Ramnarayan (2017);
- É fundamental que as equipas de transferência estejam familiarizadas com o conteúdo das malas e com os restantes dispositivos existentes (bombas, seringas perfusoras, ventilador de transporte, monitor, aspirador de secreções, etc.);
- Antes da transferência a equipa deve reunir todo o equipamento e medicação adequada** às características específicas (peso/idade) de cada criança/jovem (preparar bólus e perfusões necessárias);
- A monitorização durante o transporte deve ser mantida com pelo menos os parâmetros que a criança tinha antes da transferência (Traiber et al., 2006); É altamente recomendado a **Capnografia** em doentes ventilados (Abecassis & Correia, 2017);
- Não esquecer do **equipamento de comunicação** (Andreolio & Luchese, 2006);
- Antes da partida deve ser feito o **calculo das necessidades de Oxigénio** para a viagem;

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 - 2 Apenas O ₂ ou acesso venoso periférico obturado	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	"Standard"
3 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SIV + monitor de transporte + medicação prescrita em SOS
4 - 6 Sem nenhum item de pontuação 2	C	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desajável)	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + medicação prescrita + seringas e bombas infusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desajável) Médico	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva ETCO ₂ (se ventitado)	Acima descrito+ Material de VA avançada + ventilador de transporte.



Equipamentos e Medicamentos Certos

Fórmulas de Cálculo em Pediatria

Escolha do TET e da lâmina laringoscópica

Idade	Peso (Kg)	TET (diâmetro interno em mm)	Distância ao lábio	Distância ao nariz	Lâmina laringoscópica
RN prematuro	≤3	2-3	1,2,3 (Kg) / 7,8,9	6-10.5	00-0R
RN termo	3.5	3-3.5	(cm)	11	0R
3 meses	6	3.5	9	12	1R
1 ano	10	4	10	14	1C
2 anos	12	4.5	11	15	1-2C
3 anos	14	4.5	12	16	
4 anos	16	5	13	17	
6 anos	20	5.5	14	19	
8 anos	24	6	15	20	2-3C
10 anos	30	6.5	16	21	
12 anos	38	7	17	22	
14 anos	50	7.5	18	23	
adulto	60-70	8-9	19	24-25	4-5C

- Fórmulas para crianças > 1ano:**
- Peso = 2 x (idade+4)
 - Diâmetro TET = (idade/4)+4
 - Distância ao lábio = (idade/2)+12
 - Distância ao nariz = (idade/2)+15
- Regra prática: diâmetro do TET = diâmetro do 5º dedo.
 - Comprimento a introduzir do tubo oral=3 x diâmetro interno (até aos 12A)
 - Tubos com cuff acima dos 8 anos
 - Lâmina laringoscópica: <1 ano recta, ≥1 ano curva

*Abecassis & Correia, Manual do IV curso de transporte neonatal e pediátrico (4.ª). Lisboa: dentro de Formação do CHLN, 2017



Equipamentos e Medicamentos Certos

Fita de Broselow®



COR	Peso em Kg
CINZA	3-5 kg
ROSA	6-7 kg
VERMELHO	8-9 kg
ROXO	10-11 kg
AMARELO	12-14 kg
BRANCO	15-18 kg
AZUL	19-23 kg
LARANJA	24-29 kg
VERDE	30-36 kg

YELLOW				WHITE			
12 kg	13 kg	14 kg	15 kg	16 kg	17 kg	18 kg	
ORANGE				GREEN			
19 kg	20 kg	22 kg	24 kg	26 kg	28 kg	30 kg	



Equipamentos e Medicamentos Certos

Medicação em Pediatria – Tabelas Auxiliares

Fármacos usados em Intubação endotraqueal

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Midazolam (15mg/3ml) → Diluir 1 amp 15mg até 15ml < 1mg/ml – dose EV 0,1 ml/kg <i>Eutar se compromisso hemodinâmico; CI no RN PT</i> ✓ Fentanil (50mcg/ml) → Diluir 1ml até 5 ml < 10mcg/ml – dose EV 0,1 ml/kg <i>< efeitos cardiovasculares; início de ação mais rápido</i> ✓ Vecurónio (10mg) → Reconstituir (R) 1 amp pó 10mg em 10 ml < 1mg/ml – dose EV 0,1 ml/kg <i>Usar com experiência em intubação endotraqueal</i> ✓ Rocurónio (50mg/5ml) → administrar puro < 10mg/ml – dose EV 0,06-0,1 ml/kg <i>Usar com experiência em intubação endotraqueal</i> ✓ Propofol a 1% (10mg/ml) → administrar puro – dose EV 0,1-0,2 ml/kg <i>Não usar abaixo dos 10kg Efeito anticonvulsivante e protetor cerebral</i> ✓ Ketamina (50mg/ml) → Diluir 1 ml até 5 ml < 10mg/ml – dose EV 0,1-0,2 ml/kg <i>< efeitos cardiovasculares; efeito sedativo, analgésico e broncodilatador Ponderar associar midazolam e atropina (alucinações e broncorrelax)</i> ✓ Tiopental (500 mg) → R 1amp pó 500mg em 20ml H2O < 25mg/ml – dose ev 0,12-0,2ml/kg <i>Protetor cerebral, diminui a PIC, hipotensor</i> ✓ Etomidato (20mg/10ml) → administrar puro < 2mg/ml – dose EV 0,15 ml/kg <i>Não usar no choque séptico É boa opção na instabilidade hemodinâmica</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – dose EV 0,1 ml/kg 0,1 mg/kg – dose EV 0,1 ml/kg 1mcg/kg – dose EV 0,1 ml/kg 0,1 mg/kg – dose EV 0,06-0,1 ml/kg 0,6-1 mg/kg – dose EV 0,1-0,2 ml/kg 1-2 mg/kg – dose EV 0,1-0,2 ml/kg 1 a 2 mg/kg – dose ev 0,12-0,2ml/kg 3 a 5 mg/kg – dose EV 0,15 ml/kg 0,3 mg/kg
---	--

SUGESTÃO: Analgésico + Sedativo/Anestésico + Relaxante Muscular (RM)

- 1ª linha em geral: Fentanil + Midazolam/Propofol + Vecurónio/Rocurónio
- TCE/ Convulsões/ HIC/ Encefalopatia: Fentanil + Propofol + Vecurónio/Rocurónio
- Instabilidade hemodinâmica/ Asma: Fentanil + Ketamina + Vecurónio/Rocurónio
- Mal Epiléptico: Fentanil + Tiopental + Vecurónio/Rocurónio
- HIC grave (s.u. + 4%) Fentanil + Propofol + Vecurónio/Rocurónio
- Recém Nascidos: Fentanil (ou Midazolam) + atropina (+RM)

Antagonistas

(Fentanil) – Naloxona – RN 0,1mg/kg EV/IM (Máx 0,4mg/dose); Crianças 0,4- 0,8 mg/dose EV/IM

(Midazolam) – Flumazenil – 0,01 mg/kg

(Vecurónio) – Sugamadex (2mg/kg) ou Neostigmina (0,04 mg/kg) e Atropina (0,02 mg/kg)

Perfusão de Sedação

(NOTA: A reconstituição é efectuada até perfazer os 50 ml)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Midazolam (15mg/3ml) → 5mg x Peso(Kg) até 50ml SF < 1 ml/h = 0,1mg/kg/h <i>Dose: 0,1-0,3 mg/kg/h</i> ✓ Fentanil (50mcg/ml) → 50mcg x Peso(Kg) até 50ml SF < 1ml/h = 1mcg/kg/h <i>Dose: 1-9 mcg/kg/h</i> ✓ Morfina (10mg/ml) → 1mg x Peso(Kg) até 50ml SF < 1ml/h = 20mcg/kg/h <i>Dose: 5-20 mcg/kg/h</i> ✓ Vecurónio (R pó 10mg em 10 ml (1mg/ml)) → 0,1 x Peso(Kg) = "X" < "X" ml/h = 0,1mg/kg/h <i>Dose: 0,05-0,1 mg/kg/h</i> ✓ Propofol a 1% (10mg/ml) → administrar puro → 0,1 x Peso(Kg) = "X" < "X" ml/h = 1mg/kg/h <i>Dose: 1-9mg/kg/h</i> ✓ Ketamina (10mg/ml) → 30mg x Peso(Kg) até 50ml SF < 1ml/h = 10 mg/kg/min <i>Dose: 10-40 mcg/kg/min</i> ✓ Tiopental (R pó 500mg em 20 ml (25mg/ml)) → 0,04 x Peso(Kg) = "X" < "X" ml/h = 1mg/kg/h <i>Dose: 1-5 mg/kg/h</i>
--

Perfusão de Catecolaminas

(NOTA: A reconstituição é efectuada até perfazer os 50 ml)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dopamina (200mg/5ml) → 3mg x Peso(Kg) até 50ml SF < 1ml/h = 1mcg/kg/min <i>(choque refractário a volume)</i> <i>Dose: 5-20mcg/kg/min</i> ✓ Dobutamina (250mg/20ml) → 3mg x Peso(Kg) até 50ml SF < 1ml/h = 1mcg/kg/min <i>(choque cardiogénico)</i> <i>Dose: 5-20mcg/kg/min</i> ✓ Noradrenalina (1mg/ml) → 0,3mg x Peso(Kg) até 50ml G5% < 1ml/h = 0,1mcg/kg/min <i>(choque séptico quente, choque neurogénico)</i> <i>Dose: 0,05-2mcg/kg/min</i> ✓ Adrenalina (1mg/ml) → 0,3mg x Peso(Kg) até 50ml SF < 1ml/h = 0,1mcg/kg/min <i>(choque séptico frio, choque anafixético)</i> <i>Dose: 0,05-2mcg/kg/min</i> ✓ Isoprenalina (1mg/ml) → 0,3mg x Peso(Kg) até 50ml G5% < 1ml/h = 0,1mcg/kg/min <i>Dose: 0,1-0,8mcg/kg/min</i>



Equipamentos e Medicamentos Certos

Drug Chart For Referring Hospitals

http://site.cats.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/11/dgh_drugcalculator_v1.2.pdf



CHILDREN'S ACUTE TRANSPORT SERVICE
ELECTRONIC DRUG CHART FOR REFERRING HOSPITALS

Great Ormond Street

Hospital for Children

PATIENT NAME & HOSPITAL NO (or addressograph label)	ALLERGIES/SENSITIVITIES	DATE OF BIRTH	WEIGHT (IN KG)	15.00	CALCULATE
NAME & POSITION OF PERSON RECORDING ALLERGIES			DATE WEIGHED		PRINT RESET
Allergies must be documented before prescribing/administration except in exceptional circumstances					

DRUG	PUT	IN	DILUENT (circle as appropriate)	RATE RANGE	EQUIVALENT TO DOSE RANGE	PRESCRIBER SIGNATURE	TIME MADE	NURSE(S) SIGNATURE
ANALGESICS, SEDATIVES AND MUSCLE RELAXANTS								
MORPHINE	15.0	mg	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	0.5 to 2.0 ml/hr	10-40 microgram/kg/hr			
MIDAZOLAM	50	mg	Nest	0.9 to 3.6 ml/hr				
VECURONIUM	45.0	mg	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	0.5 to 2.0 ml/hr	1.4 microgram/kg/min			
ATRACURIUM	250.0	mg	Sodium Chloride 0.9%	0.81 to 5.31 ml/hr	270-1770 microgram/kg/hr			
FENTANYL	1500	microgram	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%	1.0 to 4.0 ml/hr	2-8 microgram/kg/hr			
KETAMINE		mg	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%	to ml/hr	10-40 microgram/kg/min			
VASOACTIVE AGENTS								
ADRENALINE	4.5	mg	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	1.0 to 5.0 ml/hr	0.1-0.5 microgram/kg/min			
NORADRENALINE	4.5	mg	Glucose 5% or Glucose 10%	1.0 to 5.0 ml/hr	0.1-0.5 microgram/kg/min			
DOPAMINE								
Central line	225.0	mg	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	1.0 to 4.0 ml/hr	5-20 microgram/kg/min			
Peripheral line	80.0	mg	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	2.8 to 11.3 ml/hr	5-20 microgram/kg/min			
DOBUTAMINE	225.0	mg	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	1.0 to 4.0 ml/hr	5-20 microgram/kg/min			
DIURETIC PATENCY								
ALPROSTADIL		microgram	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%	to ml/hr	10-100 microgram/kg/min			
DINOPROSTONE		microgram	Sodium Chloride 0.9%, Glucose 5% or 10%	to ml/hr	5-50 nanogram/kg/min			
INTRAVENOUS BRONCHODILATORS								
SALBUTAMOL	25	mg	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%	1.8 to 3.6 ml/hr	1-2 microgram/kg/min			
AMINOPHYLLINE								
Age 1 mon-12 yrs	250	mg	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%	to ml/hr	1 mg/kg/hr			
Age 12 yrs-18 yrs	250	mg	Sodium Chloride 0.9% or Glucose 5%	to ml/hr	0.5-0.7 mg/kg/hr			

* If patient is obese, adjust doses for ideal body weight
 Authors: P Ramnarayan (CATS Consultant) & Beverley Halerson Steele (CATS SSN).
 Checked by: Rachelle Booth (GOSH PICU Pharmacist), Venetia Simchowit (PICU Pharmacist) & Lynn Shields (CATS ANP)
 Approved by GOSH Drugs & Therapeutics Committee 25/06/2012

Last checked: 01/11/2014
 Version: 1.2 (Revision date: 01/11/2015)

CCCXXXVIII

Equipamentos e Medicamentos Certos

Fórmula de cálculo para as necessidades de oxigénio

Consumo total de O₂ = VM + CI
 VM = volume minuto = VCxFR
 CI = consumo interno do ventilador = 0,2 - 0,5 lpm
 Gás disponível/ bala = pressão de carga (atm) x volume da bala
Exemplo: transporte de uma criança de 10Kg utilizando o oxilox 3000 durante 2h:
 Consumo total = VM (VC 80ml x FR 20) + CI
 CT = 1,6 lpm (VM) + 0,5 lpm = 2,1 lpm
 Previsão : o dobro do calculado, 4,2 lpm
 Gás disponível: pressão carga x volume bala
 Ex: 200ATM x 5L = 1000L
 Tempo disponível por bala: 1000L / 4,2 lpm = 238 min = 4h
 Balas necessárias: 1

*Abecassis & Correia, *Manual do IV curso de transporte neonatal e pediátrico* (4.ª). Lisboa: dentro de Formação do CHLN, 2017

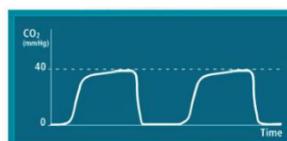


CAPNOGRAFIA – ETCO₂

A **capnografia** permite precocemente alertar para as complicações com o TET durante o transporte (Abecassis & Correia, 2017)

Capnograma Normal

Indica que a via aérea está permeável e que o doente está a ventilar. Um valor de EtCO₂ entre 35 e 45 mmHg indica perfusão adequada dos tecidos.



Perda súbita de EtCO₂

Pode ser devida à deslocação ou exteriorização do tubo traqueal, a intubação esofágica, à obstrução total da via aérea, à desconexão do ventilador, ao incorreto funcionamento do ventilador. Pode também significar paragem respiratória ou ventilação de tal forma superficial que não permite a realização das trocas gasosas. Pode ainda representar deslocação ou desconexão da linha ou dispositivo que faz a colheita do ar expirado, no caso de doentes não intubados.



Figura 16

Perda gradual de EtCO₂

Decréscimo da produção de CO₂, decréscimo sistémico ou de perfusão (ex. hipotensão súbita, tromboembolismo pulmonar, hipotermia, hiperventilação, hipovolemia ou agravamento da insuficiência cardíaca).



Figura 17

Elevação de EtCO₂

O EtCO₂ elevado com plateau alveolar e com CO₂ de zero na linha de base representa hipoventilação. Se o EtCO₂ se apresentar >45 mmHg, mantendo-se a zero a linha de base, o doente provavelmente necessitará de ventilação assistida.



Figura 20

Aumento da linha de base

Re-inalação do ar expirado (ex. fluxo insuficiente da máscara de O₂ ou respiração muito superficial que não elimina o ar no espaço morto; incorreto alinhamento da cabeça e pescoço). No doente ventilado poderá ser necessário prolongar o tempo expiratório.



Figura 21

EtCO₂ sustentado baixo

Representa uma frequência respiratória elevada com hipocápnia.



Figura 18

Aumento gradual de EtCO₂

Pode representar a libertação de um garrote que esteve insuflado/aplicado durante um período prolongado de tempo e/ou hipoventilação.



Figura 19

Plateau alveolar ausente

Representa esvaziamento alveolar incompleto ou perda da integridade da via aérea (ex. obstrução parcial da via aérea devido à presença de secreções, fuga ao longo do sistema de ventilação ou desconexão parcial do sistema de avaliação de capnografia).



Figura 22

Curva em forma de "barbatana de tubarão"

Indicativa de broncospasmo, pode ser encontrada em doentes com agudização de DPOC, asma ou ainda com reação alérgica.



Figura 23



Documentos Certos

Ao longo da pré-estabilização da criança/jovem e antes da partida para o hospital de destino, toda a documentação necessária deve ser reunida (Traiber, Andreolio & Luchese, 2006)

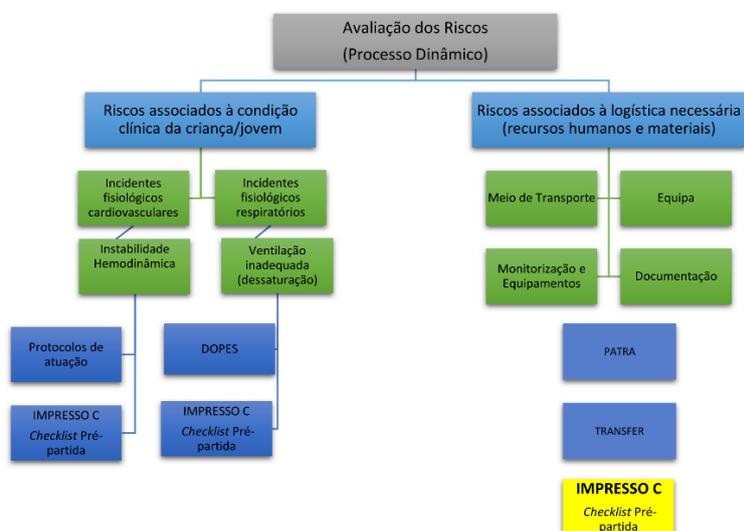


- Quando a criança/jovem chega ao hospital de destino, **toda a informação deve ser entregue durante a passagem de dados** da equipa de transporte para a equipa que recebe;
- A **transmissão da informação deve ser completa e focada nos aspetos principais**: avaliação, tratamento farmacológico, intervenções realizadas, complicações durante o transporte e a condição clínica atual (Azuero, Domínguez & Calvo, 2010);
- Nas situações tempo-dependentes (Ex. neurocirúrgicos), **a espera por resultados analíticos ou de imagem não devem atrasar a transferência**, podem ser enviados à posteriori para o hospital de destino (Traiber et al., 2006).



Previsão de Possíveis Complicações e Formas de Prevenção

A análise do risco de complicações deve ser feita de forma proativa com o objetivo de tomar medidas corretivas (OM & SPCI, 2008)



A **Checklist Pré-partida** ajuda a equipa a prever/prevenir complicações e a assegurar que todos os aspetos foram considerados.

- A equipa deve ter especial atenção, **"nos primeiros 5 minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (>30minutos)."** (OM & SPCI, 2008, p. 10);
- O modo de transporte, pode por si só, ter impacto na estabilidade fisiológica da criança/jovem;
- Os incidentes fisiológicos associados à condição clínica devem ser prevenidos com estratégias e **protocolos de atuação em antecipação**;
- **O tempo despendido no hospital de origem aquando da estabilização da criança/jovem antes do transporte é tempo ganho**, reduzindo a possibilidade de complicações clínicas e técnicas;
- Em doentes ventilados onde se verifica dessaturação pode ser útil utilizar a mnemónica **DOPES**;
- As transferências dos doentes entre macas constituem períodos especiais de risco e complicações pode ser útil utilizar a mnemónica **PATRA**;
- Outra estratégia que ajuda a refletir sobre os aspetos mais importante antes da partida é a mnemónica **TRANSFER**.



Previsão de Possíveis Complicações e Formas de Prevenção

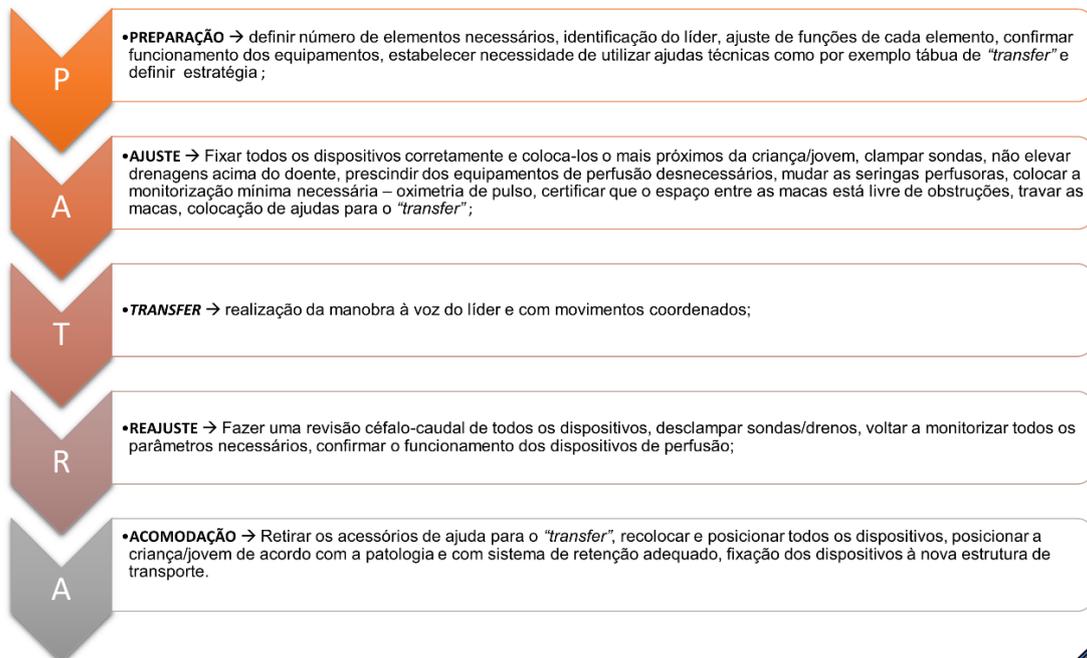
DOPES

- D – Tubo endotraqueal **desconectado**;
- O – **obstrução** do tubo endotraqueal;
- P – Existência de **pneumotórax**;
- E – Falha do **equipamento**;
- S – tubo endotraqueal no **estômago**.



Previsão de Possíveis Complicações e Formas de Prevenção

PATRA



Previsão de Possíveis Complicações e Formas de Prevenção

TRANSFER

- T** • **“Timing”**: Assegurar que o médico do hospital emissor contactou o médico do hospital recetor e que este último aceitou a transferência;
- R** • **Recursos**: Assegurar que os recursos humanos e materiais mais apropriados foram selecionados e estão disponíveis e preparados;
- A** • **Avaliação**: Assegurar que foi feita uma avaliação completa da criança/jovem antes do transporte;
- N** • **Notas**: Assegurar que toda a documentação necessária está reunida e devidamente identificada;
- S** • **Segurança**: Assegurar que a equipa que acompanha a criança/jovem está suficientemente treinada para dar resposta a qualquer necessidade durante o transporte. O equipamento está bem acomodado e existe oxigénio suficiente para toda a viagem;
- F** • **Família**: Assegurar que a família da criança/jovem está informada e atualizada sobre as últimas ocorrências. Devem ser dados todos os contactos e detalhes possíveis sobre o hospital recetor. Deve ser dada a possibilidade de acompanharem a criança/jovem, caso a equipa considere que estão reunidas condições para o efeito;
- E** • **Equipamento**: Assegurar que o equipamento que vai ser utilizado durante a transferência está em total funcionamento e com as baterias carregadas;
- R** • **Rever**: Assegurar que a preparação da passagem de dados da evolução clínica da criança/jovem é feita atempadamente para facilitar a sua chegada ao hospital de destino.



Previsão de Possíveis Complicações e Formas de Prevenção

Checklist Pré-partida

IMPRESSO C

CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

PLANO	PLANO
Confirmada identificação da criança/jovem	
Confirmado hospital e serviço de destino (contactos: n.º de telefone direto)	
Confirmado e registada identificação do Médico que recebe o doente	
Avaliação da condição clínica da criança/jovem e estabilização (IMPRESSO A)	
Determinação do nível de gravidade, meio de transporte, equipa e equipamentos (IMPRESSO B)	
EQUIPA	EQUIPA
Constituição da equipa adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
Elementos com formação mínima exigida (SAV pediátrico)	
Enfermeiro com Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (ideal)	
Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte	
Equipa informada sobre o plano de transferência	
Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)	
Equipa com equipamentos de proteção individual adequados para o transporte	
MEIO DE TRANSPORTE	MEIO DE TRANSPORTE
Tipologia de ambulância adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
Célula sanitária com condições de higiene adequadas	
Ambulância com seguro respetando as obrigações legais exigidas	
Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária	
Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes	
Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem	
Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)	
Confirmada carga da ambulância (dispositivos adaptados à pediatria)	
Confirmado funcionamento de rampas de oxigénio	
Confirmado funcionamento de aspirador de secreções	
Confirmado funcionamento de ventilador de transporte (se aplicável e adaptado à pediatria)	
Confirmado funcionamento de monitor de transporte (se aplicável e adaptado à pediatria)	
Confirmadas luzes e sistema de climatização da célula sanitária	
Espaço da célula sanitária preparado para receber a criança e respetivos dispositivos/equipamentos	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS
Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)	
TET permeável, bem posicionado (Rx de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)	
A Máscara laríngea permeável, bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)	
SNG colocada e bem fixa (se ventilado)	
Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todas as vítimas de trauma)	
Monitorização de SPO ₂ – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
Monitorização de ETCO ₂ (ideal se ventilado)	
Monitorização da FR – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
Bom adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)	
Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)	
B Verificada gasimetria pré-transporte (com o ventilador de transporte)	
Confirmados alarmes do ventilador (se aplicável)	
Verificados os níveis de oxigénio necessários para a viagem (cálculos para 2x as necessidades)	
Garantir fornecimento de oxigénio humidificado	
Excluída hipótese de pneumotórax	
Dreno torácico funcional e bem fixo sem trações (se aplicável)	
Monitorização do ECG e FC - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
Monitorização da pressão arterial não invasiva	
C Dois acessos vasculares/intraósseos funcionantes no mínimo e bem fixos	
CVC se inotrópicos (femoral > jugular)	
Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (ter lúmen livre para bólus)	
Acesso intra-ósseo funcional e bem fixo (se aplicável)	

IMPRESSO C

MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Bombas perfusoras em número suficiente/razionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
	Seringas perfusoras em número suficiente/razionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
	Medicação pronta a usar (já diluída) bólus (não esquecer o flush) e perfusões	
	Garantir a conservação, estabilidade e acomodação dos fármacos	
	Seringas de medicação e frascos devidamente identificados	
	Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)	
	Prescrição da medicação para administração no transporte pelo médico	
	Caldear urínio bem fixo e livre de trações traumáticas (se aplicável)	
	Avaliada estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVPU)	
	Avaliada glicémia antes da partida (ajustar fluidos de manutenção)	
	Avaliar sinais de HIC (se aplicável)	
	Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)	
D	Proteger/parar os olhos durante o transporte (se ventilado)	
	Analgesia, sedação e curatização adequadas (se aplicável)	
	Imobilizações de membros ajustadas sem compromisso neurocirculatório (se aplicável)	
	Criança/jovem calmo (sem agitação psicomotora)	
	Avaliar temperatura e ajustar medidas externas	
E	Ajustar previamente a temperatura da célula sanitária da ambulância (sistema de climatização)	
	Criança/jovem coberta (manta térmica/porro) – não esquecer lúmen EV de fácil acesso	
	Confirmar imobilizações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)	
	O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem	
F	O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência	
	O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)	
	O familiar/pessoa significativa que acompanha a criança foi alertado para os cuidados a ter	
	Foi disponibilizado apoio emocional à família/pessoa significativa	
DOCUMENTAÇÃO	Notas de evolução clínica da criança (diário médico)	
	Notas de evolução clínica da criança (diário de enfermagem)	
	Relatórios/imagens de exames de imagiologia	
	Resultados laboratoriais	
	Outros exames complementares de diagnóstico	
	Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte	
	Consentimentos informados (se aplicável)	

*Adaptado de Parkes, N. North West and North Wales Paediatric Critical Care Week. Transport Document 1. NHE, 2013

Data: ____/____/____

EQUIPA:

Assinatura: _____ N.º mecanográfico: _____

Assinatura: _____ N.º mecanográfico: _____



Cuidados Centrados na Família

- Pinto, Ribeiro, Pettengill & Balieiro (2010)**
 - Os cuidados centrados na família estão profundamente associados à pediatria, onde a família é reconhecida como uma unidade da qual faz parte a criança/jovem.
- Masterson & Brenner (2016)**
 - Os cuidados no que respeita ao transporte inter-hospitalar pediátrico deve centrar-se nas crianças sem negligenciar as necessidades dos seus familiares/pessoas significativas.
 - Os pais consideram de grande importância a comunicação de informações atualizadas, pré-transferência, sobre a condição clínica dos seus filhos e a consciencialização das possíveis complicações durante a viagem.
- OM & SPCI (2008)**
 - Na verificação final pré-partida em qualquer transporte inter-hospitalar deve ser assegurado que os familiares ou representantes legais estão devidamente informados das razões da necessidade do transporte, nome do hospital de destino e nome do serviço de destino.

É imprescindível organizar um conjunto de informações para ir ao encontro das necessidades dos familiares das crianças/jovens a transferir e para o efeito a equipa pode complementar a sua abordagem com a entrega de **folhetos informativos**

Acompanhamento dos Familiares durante o transporte da criança/jovem?



Cuidados Centrados na Família

Folhetos Informativos



Esta é a equipa que me vai acompanhar:

Elementos da equipa:

Médico: _____

Enfermeiro: _____

Tripulante: _____

Este é o local para onde me levam:

Hospital de destino: _____

Serviço: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Sabemos que esta situação pode ser difícil para toda a família. No entanto é muito importante que se mantenham calmos, por isso lembrem-se de ter alguma coisa para comer e beber (particularmente para crianças que estão a amamentar).

A família tem uma grande influência no estado das suas crianças. Os familiares são para nós, profissionais de saúde, parceiros essenciais para o planeamento e implementação dos cuidados de saúde.

Realizado por:
Prof.ª Doutora Ana Ramos
En.ª Especialista Cisca Saraiva
En.ª Rui Pereira

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Hoje vou andar de ambulância...

Esta é a equipa que me vai acompanhar:

Elementos da equipa:

Médico: _____

Enfermeiro: _____

Tripulante: _____

Este é o local para onde me levam:

Hospital de destino: _____

Serviço: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Sabemos que esta situação pode ser difícil para toda a família. No entanto é muito importante que se mantenham calmos, por isso lembrem-se de ter alguma coisa para comer e beber (particularmente para crianças que estão a amamentar).

A família tem uma grande influência no estado das suas crianças. Os familiares são para nós, profissionais de saúde, parceiros essenciais para o planeamento e implementação dos cuidados de saúde.

Realizado por:
Prof.ª Doutora Ana Ramos
En.ª Especialista Cisca Saraiva
En.ª Rui Pereira

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Hoje vou andar de ambulância...

Querida família! aqui têm algumas informações importantes sobre o meu transporte...

Embora o nosso hospital tenha realizado a maioria dos procedimentos necessários para melhorar a situação clínica da sua criança, precisamos de a transferir para outro Hospital para um nível assistencial mais especializado.

A nossa equipa de transporte tem como objetivo garantir a realização de uma transferência segura e em tempo oportuno. Foram reunidas as condições em equipamentos, medicação e assistência por profissionais de saúde qualificados para que o nível de cuidados, durante a transferência, seja igual ao suportar aos que foram realizados até ao momento.

Sempre que existirem condições as condições adequadas, a nossa política deve ser não desacompanhar a criança. Quando não é possível, os pais/acompanhantes têm de providenciar transporte próprio, evitando seguir atrás da ambulância.

Se acompanhar a sua criança:

- Deve permanecer sentado(a) com cinto de segurança colocado durante toda a viagem;
- Deve seguir todas as indicações dadas pela equipa;
- Lembrar-se que a equipa precisa de estar limpa e desinfetada para fazer o seu trabalho;
- A instabilidade emocional pode comprometer os cuidados à criança.

Vamos monitorizar a sua criança

É possível que seja necessário avaliar os parâmetros vitais durante o transporte na ambulância. Esta vigilância é feita através da colocação de sensores coloridos que são conectados a um monitor e que permitem monitorizar o batimento cardíaco, a tensão arterial, os níveis respiratórios e o nível de oxigénio.

Se a sua criança precisar de ajuda para respirar, poderá ser necessário colocar um tubo que passa pela boca no peito para fazer passar oxigénio para os pulmões. Nestes casos a criança é colocada a dormir para não sentir qualquer desconforto. Este tubo fica ligado a um respirador artificial (ventilador) até a criança precisar.

Por vezes existe a necessidade de utilizarmos um pequeno tubo que passa pelo nariz ou pela boca e vai até ao estômago para drenar o seu conteúdo ou para dar medicação. Em algumas situações poderá existir a necessidade de saber a quantidade de urina que a criança produz com a colocação de uma sonda.

habitualmente é necessário administrar soro e medicação endovenosa e para isso são utilizados cateteres venosos. Uma das nossas maiores preocupações é realizar todos os procedimentos sem que a sua criança tenha dor ou desconforto.

Cuidados Centrados na Família

Acompanhamento dos Familiares durante o transporte da criança/jovem?

Segundo, Sarfatti & Ramnarayan (2017), um dos familiares deve ser **convidado a acompanhar** a criança/jovem durante a efetivação do transporte, no entanto esta hipótese é **colocada em consideração pela equipa**.

- Lei n.º 33/2008 de 14 de julho

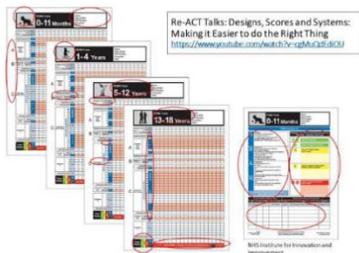
- Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a um acompanhante.
- Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro

- As crianças, com idade até 18 anos, têm direito a acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou pessoa significativa, quando internada.
- ?

- No que respeita ao acompanhamento durante o transporte inter-hospitalar pediátrico, não existe nenhum diploma legal que possa clarificar objetivamente esta situação.

a criança tem o direito à **NÃO SEPARAÇÃO COM OS SEUS PAIS**, como é clarificado no Artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989).

caso a equipa decida incluir os pais na transferência, deve ser **dedicado um tempo para explicar as possibilidades de surgirem imprevistos**, nomeadamente instabilidade da condição clínica, e **como se devem comportar durante a viagem** (Sarfatti & Ramnarayan, 2017)



Re-ACT Talks: Designs, Scores and Systems: Making It Easier to do the Right Thing. <https://www.youtube.com/watch?v=qgMuc8d8OU>

PEWS – PAEDIATRIC EARLY WARNING SCORES

a

b

RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura*											RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura*											
Idade (anos)	Percentil (%)	Tensão Sistólica (mmHg)					Tensão Diastólica (mmHg)					Tensão Média (mmHg)					Tensão Média (mmHg)					
		1	5	50	95	99	1	5	50	95	99	1	5	50	95	99	1	5	50	95	99	
1	50	94	96	97	98	99	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
1	95	96	98	100	102	104	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96
1	99	98	100	102	104	106	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98
2	50	97	99	100	101	102	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
2	95	99	101	103	105	107	67	69	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97
2	99	100	102	104	106	108	69	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99
3	50	98	100	101	102	103	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81
3	95	100	102	104	106	108	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98
3	99	101	103	105	107	109	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100
4	50	99	101	102	103	104	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
4	95	101	103	105	107	109	69	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99
4	99	102	104	106	108	110	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101
5	50	99	101	102	103	104	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
5	95	101	103	105	107	109	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100
5	99	102	104	106	108	110	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102
6	50	99	101	102	103	104	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
6	95	101	103	105	107	109	71	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101
6	99	102	104	106	108	110	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103
7	50	99	101	102	103	104	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
7	95	101	103	105	107	109	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102
7	99	102	104	106	108	110	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104
8	50	99	101	102	103	104	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
8	95	101	103	105	107	109	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103
8	99	102	104	106	108	110	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105
9	50	99	101	102	103	104	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
9	95	101	103	105	107	109	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104
9	99	102	104	106	108	110	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106
10	50	99	101	102	103	104	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
10	95	101	103	105	107	109	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105
10	99	102	104	106	108	110	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	107

RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura* (continuação)											RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura* (continuação)											
Idade (anos)	Percentil (%)	Tensão Sistólica (mmHg)					Tensão Diastólica (mmHg)					Tensão Média (mmHg)					Tensão Média (mmHg)					
		1	5	50	95	99	1	5	50	95	99	1	5	50	95	99	1	5	50	95	99	
11	50	100	101	102	103	104	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
11	95	101	103	105	107	109	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106
11	99	102	104	106	108	110	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108
12	50	100	101	102	103	104	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
12	95	101	103	105	107	109	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	107
12	99	102	104	106	108	110	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	107	109
13	50	100	101	102	103	104	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
13	95	101	103	105	107	109	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108
13	99	102	104	106	108	110	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110
14	50	100	101	102	103	104	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92
14	95	101	103	105	107	109	79	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	107	109
14	99	102	104	106	108	110	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	107	109	111
15	50	100	101	102	103	104	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93
15	95	101	103	105	107	109	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110
15	99	102	104	106	108	110	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112
16	50	100	101	102	103	104	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94
16	95	101	103	105	107	109	81	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	107	109	111
16	99	102	104	106	108	110	83	85	87	89	91	93	95	97	99	101	103	105	107	109	111	113
17	50	100	101	102	103	104	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
17	95	101	103	105	107	109	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112
17	99	102	104	106	108	110	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114

Valores de Referência*		
Idade (anos)	Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 anos	110 – 160	70 – 60
1 – 2 anos	100 – 150	80 – 95
2 – 5 anos	95 – 140	80 – 100
5 – 12 anos	80 – 120	90 – 110
>12 anos	60 – 100	100 – 120

*Adaptado de Balderstone, T. A Guideline use of PAdiatric Observation Priority Score (POPS), 2016.

Apêndice 35 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação em Serviço: GOPTIP

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE FORMATIVA

- Guia Orientador para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico -

PARTICIPANTES				
	Enfermeiros(as)			12
AVALIAÇÃO GLOBAL				
Itens Avaliados	1=Nada Satisfatório	2=Pouco Satisfatório	3=Satisfatório	4=Totalmente Satisfatório
Globalmente a ação de formação agradou-lhe:	0	0	1	11
Os objetivos propostos foram alcançados:	0	0	1	11
A atividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:	0	0	0	12
CONTEÚDOS				
Itens Avaliados	1=Nada Satisfatório	2=Pouco Satisfatório	3=Satisfatório	4=Totalmente Satisfatório
O nível de conhecimentos adquiridos foi:	0	0	0	12
A pertinência do tema abordado foi:	0	0	0	12
A profundidade do tema abordado foi:	0	0	0	12
A utilidade do tema abordado foi:	0	0	0	12
DESEMPENHO DO(S) FORMADOR(ES)				
Itens Avaliados	1=Nada Satisfatório	2=Pouco Satisfatório	3=Satisfatório	4=Totalmente Satisfatório
A identificação dos objetivos foi:	0	0	0	12
O domínio das matérias ministradas foi:	0	0	0	12
A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:	0	0	1	11
A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:	0	0	0	12
O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:	0	0	0	12
A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o	0	0	0	12

contexto real de trabalho foi:		
Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referências bibliográficas, sites, outros)?	SIM	NÃO
	12	0

ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE FORMATIVA				
Itens Avaliados	1=Nada Satisfatório	2=Pouco Satisfatório	3=Satisfatório	4=Totalmente Satisfatório
A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:	0	0	1	11
A duração da atividade formativa foi:	0	0	2	10
Foi distribuída documentação de apoio?		SIM		NÃO
		12		0

Em que situações/atividades profissionais prevê vir a plicar os conhecimentos que adquiriu?

- “No quotidiano da urgência pediátrica”;
- “No contexto profissional – urgência pediátrica, aquando da necessidade de transferência de crianças para outro hospital.”
- “Parabéns pelo trabalho desenvolvido, pertinente e enriquecedor para aplicar na prática real”
- “Na prática diária”
- “No contexto diário”
- “Brevemente em situação de transporte do doente crítico (criança).”
- “No planeamento do transporte inter-hospitalar”
- “No transporte inter-hospitalar – transferência da criança”
- “Criação de procedimento que regule o transporte inter-hospitalar pediátrico”

Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real de trabalho?

- “A sua aplicação pode encontrar obstáculos devido ao envolvimento de equipas externas à UUP”
- “Exaustão sentida na equipa”
- “Falta de pessoal”
- “Falta de pessoal para criar uma equipa especializada em transporte pediátrico”
- “Escassez de profissionais que adie a rapidez de início da aplicabilidade”

Outros comentários ou sugestões?

- “Realização de mais atividades formativas”;
- “Realização de simulacros”;
- “Divulgar o trabalho nacional e internacionalmente atendendo à pertinência e aplicabilidade na prática”
- “Trabalho excecional, extremamente pertinente para a prática da UUP”

Apêndice 36 – Questionário para Avaliação do GOPTIP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GOPTIP

No âmbito do trabalho de projeto, inserido na linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, com o título: *Transporte Inter-hospitalar pediátrico: Prontos para partir? Desenvolvimento de uma ferramenta de planeamento*, e após realização do diagnóstico de situação, foi elaborado um Guia Orientador para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (GOPTIP).

Este guia tem como objetivo uniformizar o planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico tendo por base a promoção da segurança do doente em idade pediátrica. Neste documento estão presentes **três impressos**, que constituem ferramentas de planeamento:

IMPRESSO A – Avaliação da Condição Clínica da Criança/Jovem;

IMPRESSO B – Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico;

IMPRESSO C – *Checklist* Pré-partida.

Com este questionário pretendemos auscultar a opinião dos Enfermeiros relativamente aos referidos impressos de forma a serem melhorados e validados pela equipa. Importa ainda salientar que este guia orientador não é um procedimento de serviço. Ficará ao critério da equipa, o aproveitamento dos seus possíveis contributos para ser implementado no serviço.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.

A sua colaboração no preenchimento do mesmo será essencial para o desenvolvimento do projeto. Agradecemos a sua colaboração e disponibilizamo-nos a divulgar os dados obtidos, que constatarão no Relatório, se assim o entenderem.

Rui Miguel Figueira Pereira

Enfermeira Orientadora: ██████████

Professora Orientadora: Ana Lúcia Ramos

PARTE I – Análise dos Impressos

Nesta parte do questionário, pretende-se que a equipa analise de forma crítica os três IMPRESSOS do guia orientador:

1. Realize uma leitura e análise dos IMPRESSOS (Apêndice 1).
2. Responda às seguintes questões, devendo assinalar com “X” as respostas que melhor se adaptam à situação:

	IMPRESSO A	IMPRESSO B	IMPRESSO C
O estilo visual é adequado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os termos utilizados, são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Os campos utilizados, permitem colher as informações desejadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
É muito longo e provoca desinteresse ou irritação?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

3. Indique as suas críticas e sugestões sobre aspetos a melhorar nos IMPRESSOS:

PARTE II – Caso Prático Simulado

Com o objetivo de testar o IMPRESSO B, vai ser colocado nesta parte do questionário um caso clínico simulado:

Na sala de reanimação dá entrada uma criança de 34 meses de idade, trazida pelos bombeiros e acompanhada pela mãe, vítima de trauma por queda accidental da cama com TCE. A criança tem antecedentes pessoais de epilepsia, medicada no domicílio com antiepilético, sem alergias medicamentosas conhecidas e com o PNV atualizado. Segundo informação da mãe, a criança teve um vômito alimentar no seguimento da queda e ficou mais sonolenta. Na sala de reanimação, mantém-se sonolenta mas despertável à estimulação verbal, tem VA permeável sem necessidade de adjuvantes e apresenta hematoma na região parietal esquerda. Parâmetros: FR=24cpm; FC=101bpm; TAS=89mmHg; SPO₂=98% em ar ambiente; traçado cardíaco rítmico de base sinusal. Feita colheita de sangue para fins analíticos e ficou com cateter venoso periférico obturado na fossa antecubital esquerda. Não foi administrada qualquer terapêutica até ao momento. A condição clínica da criança é avaliada e após a estabilização e realização de exames complementares de diagnóstico, o médico responsável, após contactar o serviço recetor, decide transferir a criança para um centro neurocirúrgico. O relatório da TAC revela pequeno hematoma subdural.

1. Perante este caso, e utilizando a escala de pontuação de avaliação para o transporte inter-hospitalar pediátrico - IMPRESSO B, indique:

TOTAL DE PONTOS: _____

NÍVEL DE TRANSFERÊNCIA:

- Nível A (Verde)
- Nível B (Amarelo)
- Nível C (Laranja)
- Nível D (Vermelho)

2. Caso tenham surgido dúvidas durante o preenchimento, indique quais:

APÊNDICE 1 – IMPRESSOS

- A – Avaliação da Condição Clínica da Criança/Jovem
- B – Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
- C – *Checklist* Pré-partida

IMPRESSO A

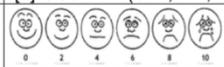
IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM <small>(COLAR ETIQUETA)</small>	SERVIÇO DE ORIGEM:		
	HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO:		
MÉDICO QUE RECEBE A CRIANÇA/JOVEM:			
IDADE ATUAL:	PESO ATUAL:	ALTURA ATUAL:	

ANTECEDENTES PESSOAIS:

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ATUAL:

AVALIAR		AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA/JOVEM*				SUPORTE		
		CONDIÇÃO CLÍNICA						
A	AIRWAY	<input type="checkbox"/> Permeável <input type="checkbox"/> Não Permeável: <input type="checkbox"/> Ruídos da VA <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Estridor? <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Ingurgitamento jugular <input type="checkbox"/> Efisema SC TRAUMA: <input type="checkbox"/> imobilização cervical <input type="checkbox"/> plano duro <input type="checkbox"/> coquille <input type="checkbox"/> talas				<input type="checkbox"/> Tubo orofaríngeo n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo nasofaríngeo n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo orotraqueal n.º _____ <input type="checkbox"/> Tubo nasotraqueal n.º _____ <input type="checkbox"/> Máscara laríngea n.º _____ <input type="checkbox"/> outro: n.º _____		
		B	BREATHING	FR(cpm):	<input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Tiragem <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Expansão simétrica <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Paradoxal		FiO ₂ (%)	OXIGÉNIO O ₂ (L/m) _____ <input type="checkbox"/> Másc. 100% <input type="checkbox"/> Másc. Venturi <input type="checkbox"/> Óculos nasais <input type="checkbox"/> Sonda nasal
Respiração				VENTILAÇÃO CPAP FiO ₂ (%) _____ PEEP(mmHg) _____ FR(cpm) _____ VM Modo _____ FiO ₂ (%) _____ FR(cpm) _____ Tinsp(s) _____ PEEP(cmH ₂ O) _____ PIP(cmH ₂ O) _____ I:E _____ VC(ml) _____				
AP	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> hipofonia <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> crepitações <input type="checkbox"/> ausentes							
SPO ₂ (%)	ETCO ₂ (mmHg)							
Gasimetria (hora:__:__)	pH _____ pCO ₂ _____ pO ₂ _____ HCO ₃ _____ BE _____ Lact _____							
C	CIRCULATION	Tórax	<input type="checkbox"/> Pnemotórax <input type="checkbox"/> outro: _____		<input type="checkbox"/> Dreno torácico Obs.: _____			
		Estômago	<input type="checkbox"/> Abdómen distendido/timpanizado		<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG			
		FC(bpm)	Pulso		ACESSOS			
		PA(mmHg)	PAS: _____ PAD: _____ PAM: _____	TIPO	N.º	LOCAL		
		Pele	<input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianosada <input type="checkbox"/> Marmoreada	TPC	<input type="checkbox"/> ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s	<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> IO <input type="checkbox"/> Linha A		
D	DISABILITY	ECG(ritmo)	<input type="checkbox"/> Ritmo sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia sinusal <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Outro(s): _____		MEDICAÇÃO			
		Hemorragias	<input type="checkbox"/> Externas <input type="checkbox"/> Internas conhecidas <input type="checkbox"/> ocultas		<input type="checkbox"/> Corticóides <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Osmoterapia <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Analgésicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antiepiléticos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Inotrópicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Anestésicos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão <input type="checkbox"/> Bicarbonatos <input type="checkbox"/> Bólus <input type="checkbox"/> Perfusão			
		Consciência	<input type="checkbox"/> GCS: (O ;V ;M) <input type="checkbox"/> AVPU:					
		Dor	 valor _____ Tipo: _____ Local: _____					
		Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocóricas/isoreativas <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midriase					
E	EXPOSURE	HIC	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Resp. irregular					
		Sinais focais	<input type="checkbox"/> Força muscular Ob.: _____ <input type="checkbox"/> Déficits sensorio motores Ob.: _____					
		Convulsões	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mal convulsivo <input type="checkbox"/> Focais <input type="checkbox"/> Ausência					
		Glicémia(mg/dl)	Cetonémia(mmol/l)					
		Diurese	Valor DU (ml): _____ em _____ h		<input type="checkbox"/> Algaliação			
F	FAMILY	Temperatura(°C)	Valor Temp.: _____ <input type="checkbox"/> Timpânica <input type="checkbox"/> retal <input type="checkbox"/> axilar		<input type="checkbox"/> Último antipirético às: _____ h _____ m			
		Lesões corporais	Obs.: _____		<input type="checkbox"/> Manta térmica <input type="checkbox"/> Pensos Obs.:			
		- A família está presente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Outro: _____ - Estão informados sobre a situação clínica da criança/jovem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quem informou? _____ - O acompanhante da criança/jovem está emocionalmente estável? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - O acompanhante da criança/jovem possui meios próprios de transporte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						

*Adaptado de SEM-P. IBE: Información Básica Estructurada de Paciente, Maio 2011 (v2.0; v1.0: Junho 2009)

IMPRESSO B

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

(A avaliação dos parâmetros, é realizada no serviço de origem, perante a condição clínica da criança/jovem no momento, após a sua estabilização)

PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
1. VIA AÉREA ARTIFICIAL*	
Não	0
Sim (adjuvantes básicos)	1
Sim (TET ou traqueostomia)	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**	
0 – 1 anos**	30 – 40
	25 - 29
	41 – 50
	<25
	50+
1 – 2 anos**	25 – 35
	20 - 24
	36 - 50
	<20
	50+
2 – 5 anos**	25 - 30
	20 - 24
	31 - 40
	<20
	+40
5 – 12 anos**	20 - 25
	15 - 19
	26 - 46
	<15
	40+
13 – 16 anos**	15 - 20
	12 - 14
	20 - 25
	<12
	25+
17 – 18 anos*	10 - 14
	15 – 25
	<10
	35+
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO*	
Não	0
Sim (Oxigenoterapia com FiO ₂ < 40%)	1
Sim (Oxigenoterapia com FiO ₂ ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)	2
4. ACESSOS VENOSOS*	
Não	0
Acesso Periférico em criança/jovem estável (não inclui catéter obturado)	1
Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*	
Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade – consultar tabela no final do documento)	0
Moderadamente estável	1
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)	2
6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA*	
Não	0
Sim (desejável)	1
Sim (em doente instável)	2
7. RISCO DE ARRITMIAS*	
Não	0
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.	1
Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.	2
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVPU)**	
Alerta (A)	0
Voz (V)	1
Dor (P) ou Inconsciente (U)	2

IMPRESSO B

9. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO REALIZADO/EM CURSO*		
Nenhum dos abaixo indicados		0
Grupo I (Corticosteróides, Manitol 20%, NaCl 3%, Analgésicos)		1
Grupo II (Inotrópicos; Vasodilatadores; Antiarrítmicos; Bicarbonato; Antiepiléticos; Anestésicos gerais; dreno torácico)		2
10. DOENÇA CRÔNICA**		
Não		0
Sim – sem influência na condição clínica atual e/ou sem potencial de descompensação pela condição clínica atual		1
Sim – com influência na condição clínica atual e/ou com potencial de descompensação pela condição clínica atual		2
11. PREMATURIDADE ATUAL*		
RN > 2000g ou não aplicável		0
RN ≥ 1200g ≤ 2000g		1
RN < 1200g		2

TOTAL:					
PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 – 2 Apenas O ₂ ou acesso venoso periférico obturado	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	“Standard”
3 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita
4 – 6 Sem nenhum item de pontuação 2	C	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável)	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilador + seringas e bombas perfusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	D	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável) Médico	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, ETCO ₂ (se ventilado)	Acima descrito+ Material de VA avançada + ventilador de transporte.

*Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998. ** Adaptado de Roland et al., Open Journal of Emergency Medicine, 2016.

Valores de Referência***		
	Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 anos	110 – 160	70 - 60
1 – 2 anos	100 – 150	80 – 95
2 – 5 anos	95 - 140	80 – 100
5 – 12 anos	80 - 120	90 – 110
>12 anos	60 - 100	100 - 120

***Adaptado de Balderstone, T., A Guideline use of Paediatric Observation Priority Score (POPS), 2016.

ATENÇÃO: Anexar este impresso ao impresso A.

IMPRESSO C

CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

PLANO	Confirmada identificação da criança/jovem	
	Confirmado hospital e serviço de destino (contactos: n.º de telefone direto)	
	Confirmado e registada identificação do Médico que recebe o doente	
	Avaliação da condição clínica da criança/jovem e estabilização (IMPRESSO A)	
	Determinação do nível de gravidade, meio de transporte, equipa e equipamentos (IMPRESSO B)	
EQUIPA	Constituição da equipa adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
	Elementos com formação mínima exigida (SAV pediátrico)	
	Enfermeiro com Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (ideal)	
	Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte	
	Equipa informada sobre o plano de transferência	
	Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)	
MEIO DE TRANSPORTE	Tipologia de ambulância adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
	Célula sanitária com condições de higiene adequadas	
	Ambulância com seguro respeitando as obrigações legais exigidas	
	Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária	
	Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes	
	Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem	
	Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)	
	Confirmada carga da ambulância (dispositivos adaptados à pediatria)	
	Confirmado funcionamento de rampas de oxigénio	
	Confirmado funcionamento de aspirador de secreções	
	Confirmado funcionamento de ventilador de transporte (se aplicável e adaptado à pediatria)	
	Confirmado funcionamento de monitor de transporte (se aplicável e adaptado à pediatria)	
	Confirmadas luzes e sistema de climatização da célula sanitária	
Espaço da célula sanitária preparado para receber a criança e respetivos dispositivos/equipamentos		
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)	
	TET permeável, bem posicionado (Rx de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)	
	A Máscara laríngea permeável, bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)	
	SNG colocada e bem fixa (se ventilado)	
	Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todas as vítimas de trauma)	
	Monitorização de SPO ₂ – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Monitorização de EtCO ₂ (ideal se ventilado)	
	Monitorização da FR - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Boa adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)	
	Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)	
	B Verificada gasimetria pré-transporte (com o ventilador de transporte)	
	Confirmados alarmes do ventilador (se aplicável)	
	Verificados os níveis de oxigénio necessários para a viagem (cálculos para 2x as necessidades)	
	Garantir fornecimento de oxigénio humidificado	
	Excluída hipótese de pneumotórax	
	Dreno torácico funcionante e bem fixo sem trações (se aplicável)	
	Monitorização do ECG e FC - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Monitorização da pressão arterial não invasiva	
	Dois acessos vasculares funcionantes no mínimo e bem fixos	
	CVC se inotrópicos (femoral > jugular)	
Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (ter lúmen livre para bólus)		
C Acesso intra-ósseo funcionante e bem fixo (se aplicável)		
Bombas perfusoras em número suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação		
Seringas perfusoras em número suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação		
Medicação pronta a usar (já diluída): bólus (não esquecer o <i>flush</i>) e perfusões		
Garantir a conservação, estabilidade e acomodação dos fármacos		
Seringas de medicação e frascos devidamente identificados		

IMPRESSO C

DOCUMENTAÇÃO	Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)	
	Prescrição da medicação para administração no transporte pelo médico	
	Catéter urinário bem fixo e livre de trações traumáticas (se aplicável)	
	A Avaliado estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVPU)	
	Avaliada glicémia antes da partida (ajustar fluidos de manutenção)	
	Avaliar sinais de HIC (se aplicável)	
	D Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)	
	Proteger/tapar os olhos durante o transporte (se ventilado)	
	Analgesia, sedação e curarização adequadas (se aplicável)	
	Imobilizações de membros ajustadas sem compromisso neurocirculatório (se aplicável)	
	Criança/jovem calmo (sem agitação psicomotora)	
	E Avaliar temperatura e ajustar medidas externas	
	Ajustar previamente a temperatura da célula sanitária da ambulância (sistema de climatização)	
	Criança/jovem coberta (manta térmica/gorro) – não esquecer lúmen EV de fácil acesso	
	Confirmar imobilizações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)	
F O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem		
O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência		
O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)		
O familiar/pessoa significativa que acompanha a criança foi alertado para os cuidados a ter		
Foi disponibilizado apoio emocional à família/pessoa significativa		
Notas de evolução clínica da criança (diário médico)		
Notas de evolução clínica da criança (diário de enfermagem)		
Relatórios/imagens de exames de imagiologia		
Resultados laboratoriais		
Outros exames complementares de diagnóstico		
Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte		
Consentimentos informados (se aplicável)		

*Adaptado de Parkins, K. North West and North Wales Paediatric Critical Care Network: Transport Document – NHS, 2013

Data: ___/___/___

EQUIPA:

Assinatura: _____ N.º mecanográfico: _____

Assinatura: _____ N.º mecanográfico: _____

Apêndice 37 – Resultados dos Questionário para Avaliação do GOPTIP

RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DO GUIA ORIENTADOR PARA O PLANEAMENTO DO TIP

PARTE I – ANÁLISE DOS IMPRESSOS

PERGUNTA DE RESPOSTA ABERTA

Indique as suas críticas e sugestões sobre aspetos a melhorar nos IMPRESSOS:

IMPRESSOS	Afirmações (Exemplos)
IMPRESSO A	1. “A escala das faces de Wong Baker apenas permite avaliar a partir dos 3 anos.”
IMPRESSO B	1. “colocar no impresso B a FR da criança traduzida em meses” 2. “retirar do parâmetro (4) se a criança está estável ou instável.” 3. “não faz sentido distinguir criança/jovem estável ou instável nos acessos venosos do impresso B”
IMPRESSO C.	1. “...considero que poderia ser realizada uma revisão do impresso C de modo a simplifica-lo, tornando-se assim mais interessante.” 2. “Especificar célula sanitária no impresso C” 3. “Impresso C muito extenso com demasiada informação.” 4. “Letra do impresso C muito pequena e demasiada informação, numa primeira avaliação visual” 5. “Adaptar o impresso C à nossa realidade, pois por exemplo a <i>checklist</i> do meio de transporte não é executada pela equipa de enfermagem.”

PARTE II – CASO PRÁTICO SIMULADO

PERGUNTA DE RESPOSTA ABERTA

Caso tenham surgido dúvidas durante o preenchimento, indique quais:

Não foi registado nenhum comentário pelos inquiridos

Apêndice 38 – IMPRESSO C: *Checklist* Pré-partida – modelo inicial

IMPRESSO C

CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

PLANO	Confirmada identificação da criança/jovem	
	Confirmado hospital e serviço de destino (contactos: n.º de telefone direto)	
	Confirmado e registada identificação do Médico que recebe o doente	
	Avaliação da condição clínica da criança/jovem e estabilização (IMPRESSO A)	
	Determinação do nível de gravidade, meio de transporte, equipa e equipamentos (IMPRESSO B)	
EQUIPA	Constituição da equipa adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
	Elementos com formação mínima exigida (SAV pediátrico)	
	Enfermeiro com Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (ideal)	
	Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte	
	Equipa informada sobre o plano de transferência	
	Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)	
	Equipa com equipamentos de proteção individual adequados para o transporte	
MEIO DE TRANSPORTE	Tipologia de ambulância adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
	Célula sanitária com condições de higiene adequadas	
	Ambulância com seguro respeitando as obrigações legais exigidas	
	Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária	
	Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes	
	Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem	
	Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)	
	Confirmada carga da ambulância (dispositivos adaptados à pediatria)	
	Confirmado funcionamento de rampas de oxigénio	
	Confirmado funcionamento de aspirador de secreções	
	Confirmado funcionamento de ventilador de transporte (se aplicável e adaptado à pediatria)	
	Confirmado funcionamento de monitor de transporte (se aplicável e adaptado à pediatria)	
	Confirmadas luzes e sistema de climatização da célula sanitária	
	Espaço da célula sanitária preparado para receber a criança e respetivos dispositivos/equipamentos	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)	
	TET permeável, bem posicionado (Rx de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)	
	A Máscara laríngea permeável, bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)	
	SNG colocada e bem fixa (se ventilado)	
	Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todas as vítimas de trauma)	
	Monitorização de SPO ₂ – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Monitorização de EtCO ₂ (ideal se ventilado)	
	Monitorização da FR - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Boa adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)	
	Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)	
	B Verificada gasimetria pré-transporte (com o ventilador de transporte)	
	Confirmados alarmes do ventilador (se aplicável)	
	Verificados os níveis de oxigénio necessários para a viagem (cálculos para 2x as necessidades)	
	Garantir fornecimento de oxigénio humidificado	
	Excluída hipótese de pneumotórax	
	Dreno torácico funcionante e bem fixo sem trações (se aplicável)	
	Monitorização do ECG e FC - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
	Monitorização da pressão arterial não invasiva	
C Dois acessos vasculares/intraósseos funcionantes no mínimo e bem fixos		
CVC se inotrópicos (femoral > jugular)		
Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (ter lúmen livre para bólus)		
Acesso intra-ósseo funcionante e bem fixo (se aplicável)		

IMPRESSO C

MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Bombas perfusoras em número suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
	Seringas perfusoras em número suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
	Medicação pronta a usar (já diluída): bólus (não esquecer o <i>flush</i>) e perfusões	
	Garantir a conservação, estabilidade e acomodação dos fármacos	
	Seringas de medicação e frascos devidamente identificados	
	Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)	
	Prescrição da medicação para administração no transporte pelo médico	
	Catéter urinário bem fixo e livre de trações traumáticas (se aplicável)	
	D Avaliado estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVPU)	
	Avaliada glicémia antes da partida (ajustar fluidos de manutenção)	
Avaliar sinais de HIC (se aplicável)		
D Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)		
Proteger/tapar os olhos durante o transporte (se ventilado)		
Analgesia, sedação e curarização adequadas (se aplicável)		
Imobilizações de membros ajustadas sem compromisso neurocirculatório (se aplicável)		
Criança/jovem calmo (sem agitação psicomotora)		
E Avaliar temperatura e ajustar medidas externas		
Ajustar previamente a temperatura da célula sanitária da ambulância (sistema de climatização)		
Criança/jovem coberta (manta térmica/gorro) – não esquecer lúmen EV de fácil acesso		
Confirmar imobilizações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)		
F O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem		
O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência		
O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)		
O familiar/pessoa significativa que acompanha a criança foi alertado para os cuidados a ter		
Foi disponibilizado apoio emocional à família/pessoa significativa		
DOCUMENTAÇÃO	Notas de evolução clínica da criança (diário médico)	
	Notas de evolução clínica da criança (diário de enfermagem)	
	Relatórios/imagens de exames de imagiologia	
	Resultados laboratoriais	
	Outros exames complementares de diagnóstico	
	Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte	
	Consentimentos informados (se aplicável)	

*Adaptado de Parkins, K. North West and North Wales Paediatric Critical Care Network: Transport Document – NHS, 2013

Data: ___/___/___

EQUIPA:

Assinatura: _____ N.º mecanográfico: _____

Assinatura: _____ N.º mecanográfico: _____

Apêndice 39 – Revisão Integrativa da Literatura

“Posso acompanhar?”: Presença dos pais durante o transporte inter-hospitalar pediátrico

“Puedo acompanhar?”: Presencia de los padres durante el transporte interhospitalario pediátrico

“Can I accompany?”: Parents presence during pediatric interfacility transport

Autores:

Rui Pereira: Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, enfruipereira@gmail.com

Ana Ramos: Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ana.ramos@ess.ips.pt

Correspondência: enfruipereira@gmail.com

RESUMO

Introdução: O transporte inter-hospitalar pediátrico acompanha o direito universal da criança no acesso aos cuidados médicos mais adequados. Este processo assistencial deve procurar satisfazer as necessidades das famílias, contemplando a angústia de separação. Em algumas áreas da saúde, como internamento e salas de reanimação, a presença dos pais tem demonstrado algumas vantagens. No que respeita ao transporte, é possível que esta estratégia traga igualmente benefícios. **Objetivos:** Conhecer as vantagens e desvantagens da presença parental no transporte inter-hospitalar pediátrico. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa com base no protocolo do *Joanna Briggs Institute* e através da pesquisa de estudos nas bases de dados EBSCO e PubMed nos últimos 20 anos. **Resultados:** Seguiu os princípios do

modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), foram selecionados 7 artigos. Os estudos sugerem que a presença parental tem impactos positivos sobre a angústia de separação, no entanto, nem sempre estão reunidas condições para incluir os pais como passageiros. **Conclusão:** A opinião das equipas sobre a presença dos pais durante o transporte é pouco consensual. Os pais expressam uma forte necessidade de envolvimento no processo de transporte. Foram descritas algumas vantagens e desvantagens da presença parental, que podem assistir no futuro, a decisão das equipas, sobre a presença dos pais como acompanhantes.

Palavras chave: Transporte pediátrico, transporte inter-hospitalar, acompanhamento parental, família

RESUMEN

Introducción: El transporte inter hospitalario pediátrico acompaña el derecho universal del niño en el acceso a la atención médica más adecuada. Este proceso asistencial debe procurar satisfacer las necesidades de las familias, contemplando la angustia de separación. En algunas áreas de la salud, como internamiento y salas de reanimación, la presencia de los padres ha demostrado algunas ventajas. Por lo que se refiere al transporte, es posible que esta estrategia tenga beneficios. **Objetivos:** Conocer las ventajas y desventajas de la presencia parental en el transporte inter-hospitalario pediátrico. **Métodos:** Se realizó una revisión integrativa basada en el protocolo del *Joanna Briggs Institute* ya través de la investigación de estudios en las bases de datos EBSCO y PubMed en los últimos 20 años. **Resultados:** Siguió los principios del modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews y Meta-Analyses*), se seleccionaron 7 artículos. Los estudios sugieren que la presencia parental tiene impactos positivos sobre la angustia de separación, sin embargo, no siempre se reúnen condiciones para incluir a los padres como pasajeros. **Conclusión:** La opinión de los equipos sobre la presencia de los padres durante el transporte es poco consensuada. Los padres expresan una fuerte necesidad de involucrarse en el proceso de transporte. Se han descrito algunas ventajas y

desventajas de la presencia parental, que pueden asistir en el futuro, la decisión de los equipos, sobre la presencia de los padres como acompañantes.

Palabras clave: Transporte pediátrico, transporte interhospitalario, acompañamiento parental, familia

ABSTRACT

Introduction: Pediatric inter-hospital transport follows the universal right of the child to access the most adequate medical care. This care process should seek to meet the needs of families, contemplating the separation anxiety. In some areas of health, such as inpatient and resuscitation rooms, parental presence has shown some advantages. As far as transport is concerned, this strategy may also have benefits. **Objectives:** To know the advantages and disadvantages of parental presence in pediatric inter-hospital transport. **Methods:** An integrative review was performed based on the Joanna Briggs Institute protocol and through research studies on the EBSCO and PubMed databases over the past 20 years. **Results:** Following the principles of the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes) model, 7 articles were selected. Studies suggest that parental presence has positive impacts on separation distress, however, conditions are not always met to include parents as passengers. **Conclusion:** The opinion of the teams about the presence of the parents during the transport is little consensual. Parents express a strong need for involvement in the transportation process. Some advantages and disadvantages of parental presence have been described, which can be seen in the future, the decision of the teams, about the presence of the parents as companions.

Keywords: Pediatric transport, interfacility transport, parental accompaniment, family

INTRODUÇÃO

A transferência da criança para um centro de tratamento especializado representa um dos elementos chave da cadeia de sobrevivência do neonato e do doente em idade pediátrica(1). Os centros especializados devem ter recursos humanos e tecnológicos que permitam um nível assistencial superior ou que possibilitem a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não realizáveis no serviço de origem(2). O transporte inter-hospitalar pediátrico deve estar organizado de forma a dar resposta ao direito da criança em receber os melhores cuidados de saúde possíveis(3).

A organização do transporte pediátrico é um dado adquirido em alguns países, como: Reino Unido, Estados Unidos da América (EUA) e Austrália(4). Em Portugal foi criado, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no ano de 2012, o serviço de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) que surgiu da junção do serviço de transporte de recém-nascidos, constituído em 1987, com a ambulância de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) que tinha iniciado funções em 2010. Devido à dificuldade em colocar equipas diferenciadas em todos os hospitais(5) foram criadas, até à atualidade, quatro meios regionalizados a nível nacional. Numa política de gestão integrada de recursos, as instituições hospitalares devem articular-se com o INEM, em apoio ao transporte do doente crítico(2).

A questão da separação entre os pais e filhos, associado ao transporte inter-hospitalar pediátrico, é um elemento desestabilizador e fonte de angústia e stress familiar(6). Os estudos sobre a permissão da presença parental durante a viagem para o hospital de destino, são limitados e pouco consensuais(7). Grande parte dos artigos centram-se nas questões do desenvolvimento de sistemas de transporte pediátrico, da condição clínica da criança, do treino/educação, constituição das equipas e outras questões logísticas.

Em termos legais, em Portugal, é reconhecido na Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho, que todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a um acompanhante. Por outro lado na Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, as crianças, com idade até 18 anos, têm direito a acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou pessoa significativa, quando internada. No que respeita ao

acompanhamento durante o transporte inter-hospitalar, não existe um documento oficial que possa esclarecer esta situação, no entanto, devemos ter presente, que a criança tem o direito à não separação dos seus pais, como é clarificado no Artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos da Criança(8).

A presença dos familiares em contexto hospitalar tem efeitos sobre a redução da ansiedade de separação e aumenta a satisfação e colaboração da criança nos procedimentos(9). Atualmente, acredita-se que a presença parental em contexto de reanimação, ajuda a família na fase de luto e na perceção dos esforços realizados pelas equipas(6)(10).

O transporte inter-hospitalar é considerado como a continuidade dos cuidados prestados numa instituição de saúde, possibilitando aos hospitais centrais alargar a sua ação comunitária(2)(4) e tendo em conta que os cuidados centrados na família (CCF) devem acompanhar os cuidados em pediatria(11), é igualmente pertinente analisar as vantagens/desvantagens do envolvimento dos pais/pessoa significativa neste âmbito, na perspetiva das famílias e das equipas de transporte.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura tendo em conta os princípios da pesquisa baseada na evidência. Esta metodologia permite sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema de maneira sistemática, ordenada e abrangente(12).

Durante esta pesquisa formulou-se uma pergunta de investigação: “*Quais são as vantagens/desvantagens da presença parental no transporte inter-hospitalar pediátrico na perspetiva das famílias e das equipas de transporte?*”.

Atendendo à pergunta de investigação esboçaram-se critérios de inclusão, elaborados de acordo com a metodologia *PIOD (Participants, Intervention, Outcomes, Design)*, de modo a selecionar os estudos:

- *População*: Equipas de transporte e famílias de crianças que foram transportadas;

- *Fenómenos de interesse*: os estudos analisados devem considerar a presença dos pais/pessoa significativa no acompanhamento durante o transporte inter-hospitalar pediátrico;
- *Resultados*: os resultados devem incluir vantagens e/ou desvantagens, na perspetiva dos profissionais e das famílias sobre a presença parental no transporte inter-hospitalar pediátrico;
- *Desenho*: A pesquisa irá considerar todos os tipos de estudos.

Foi definido como critérios de exclusão, estudos não indexados em bases eletrónicas, artigos que não tivessem disponível o texto integral e que não estivessem publicados num dos seguintes idiomas: português, inglês ou espanhol.

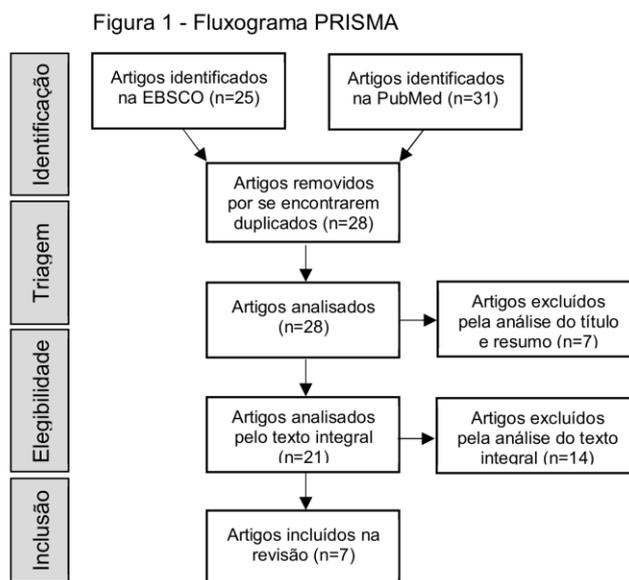
As bases de dados utilizadas foram a CINAHL Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (utilizando o motor de busca EBSCO) e PubMed, no período de outubro a dezembro de 2017. Os artigos foram selecionados recorrendo a distintas combinações de descritores, com a utilização do booleano “AND”, e da ferramenta “*”, de forma a abranger múltiplos sufixos: *accompany AND children AND parents AND transport; children AND parents AND interhospital; accompany AND child AND parents AND transport; children AND parents AND interhospital; pediatric* AND family AND interfacility**.

Foram igualmente instituídos filtros limitadores para definir o espaço temporal de pesquisa, usando como limite inferior o ano de 1997 e limite superior o ano de 2017. A pesquisa foi necessariamente alargada devido à escassa literatura atual sobre a temática e de forma a incluir publicações relevantes que respondem à questão de revisão.

RESULTADOS

Em conformidade com a estratégia definida, a pesquisa bibliográfica resultou em 56 artigos. Seguiu-se a leitura dos títulos e posteriormente dos resumos e foram analisados na íntegra 21 artigos. Após esta análise e de acordo com os objetivos e critérios de inclusão e exclusão previamente definidos foram selecionados 7 estudos para integrar esta revisão. Este processo de seleção

seguiu os princípios do modelo PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*(13), que se encontra representado na figura 1.



A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por dois revisores, de forma independente, com recurso às ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute*(14).

O processo de sistematização de dados foi realizado com recurso a uma tabela, que contempla os seguintes aspetos: identificação do estudo, país e data, objetivo do estudo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, *outcomes*, intervenção ou fenómeno de interesse e principais resultados (Tabela 1.). Os níveis de evidência encontrados nos estudos, analisados de acordo com o *Joanna Briggs Institute*(14), foram todos de nível 4.b. Todos os estudos são de natureza quantitativa, sendo que a grande maioria são descritivos de séries de casos(6)(9)(15)(16)(17), e os restantes são estudos de caso-controlo(7)(18).

Os estudos analisados foram desenvolvidos em três países e estão distribuídos da seguinte forma: EUA (4 estudos), Reino Unido (2 estudos) e Canadá (1 estudo).

Todos os estudos abrangem a população em idade pediátrica (0-18 anos). Alguns centraram-se apenas na perspetiva das famílias(16)(18), outros na

perspetiva dos profissionais de saúde da equipas de transporte(6)(7) e três deles em ambas(9)(17)(15), o que permitiu alcançar, de certo modo, uma visão equilibrada sobre a matéria. Quanto ao meio de transporte utilizado, a grande maioria das observações foram dirigidas ao transporte terrestre realizado em ambulância(7)(18)(16)(17)(15), apenas dois artigos focaram as duas modalidades: transporte aéreo e transporte terrestre(6)(9).

Por último, cinco estudos analisam diretamente a presença dos familiares durante o transporte(6)(7)(16)(17)(18) enquanto que os restantes dois(9)(15), dedicados aos cuidados centrados na família, abordam esta questão indiretamente.

Título	Autores	Ano	País	Participantes	Método
Parents As Passengers During Pediatric Transport	Lewis, M., Holditch-Davis, D. & Brussen, S.	1997	EUA	310 equipas	Questionário
<i>Objetivo</i>	Descrever as atuais políticas e práticas relativamente à inclusão dos pais como passageiros durante o transporte inter-hospitalar pediátrico, aéreo/terrestre.				
<i>Resultados</i>	As vantagens de ter um dos pais como passageiro incluem benefícios emocionais para a criança e para o acompanhante, a disponibilidade do familiar para fornecer dados da história da criança e dar o seu consentimento, boas relações públicas e ter um familiar presente no caso da criança falecer. As desvantagens incluem a potencial presença da ansiedade dos pais, distrações dos elementos da equipa e limitações de espaço.				
Family-oriented care during pediatric inter-hospital transport	Macnab, A., Richards, J. & Green, G.	1999	Canadá	100 familiares 21 paramédicos	Questionário
<i>Objetivo</i>	Avaliar os cuidados centrados na família e o tipo de aconselhamento disponibilizado pela equipa de transporte inter-hospitalar pediátrico.				
<i>Resultados</i>	A questão da presença dos pais no acompanhamento da criança foi uma área indicada pelos paramédicos como um requisito que os pais fazem, sendo que 36% indicaram como um fator importante em condições ideais. Individualmente alguns paramédicos referiram outras estratégias adicionais, como por exemplo permitir o acesso da família durante procedimentos de estabilização (62%), levar a família a acompanhar a criança no percurso até à ambulância, explicar os detalhes sobre as razões e o destino do transporte e ajudar a família a fazer parte do processo. As famílias consideram positivo e ideal que a equipa discuta e tenha em consideração o desejo e a possibilidade de um membro acompanhar a criança durante o transporte.				
Should parents accompany pediatric interfacility ground ambulance transports? The parent's perspective	Woodward, G. & Fleegler, E..	2000	EUA	189 familiares	Questionário
<i>Objetivo</i>	Avaliar se o envolvimento dos pais durante o transporte inter-hospitalar pediátrico pode ser benéfico para as crianças, famílias e equipas de transporte.				
<i>Resultados</i>	86% dos pais sentiu que acompanhar a criança é importante ou muito importante para eles. 65% sentiu que é importante ou muito importante para a criança a presença do pai durante o transporte. 90% do grupo de pais que acompanhou a sua criança, sentiram-se tranquilos ou muito tranquilos durante o transporte. Apenas 5% do grupo que acompanhou a criança sentiu ansiedade ou muita ansiedade contra 56% do grupo que não acompanhou a criança. 86% do grupo que acompanhou sentiu que a sua criança esteve tranquila ou muito tranquila durante o transporte enquanto que 15% dos pais do grupo que não acompanhou sentiu que os filhos estavam tranquilos ou muito tranquilos sem a presença dos pais. 94% dos pais referiram que no futuro perante um transporte inter-hospitalar da sua criança escolheriam acompanhar os seus filhos. Os pais de ambos os grupos comentaram que se sentem mais confortáveis e menos ansiosos quando acompanham as suas crianças. Alguns pais do grupo que não acompanhou a sua criança expressou ansiedade, desapontamento e raiva por terem sido excluídos do processo de transporte.				
Should parents accompany pediatric interfacility ground ambulance transports? Results of a national survey of pediatric transport team managers	Woodward, G. & Fleegler, E..	2001	EUA	156 chefes de equipas	Questionário
<i>Objetivo</i>	Determinar a existência de um consenso a nível nacional sobre a presença dos pais durante o transporte pediátrico.				
<i>Resultados</i>	25% de todos os que responderam, sentiram que um dos pais deveria ter permissão para viajar com o seu filho, 29% sentiram que o pai não deveria acompanhar o seu filho. 46% sentiram que por vezes o acompanhamento parental era apropriado. 31% pensou que o acompanhamento parental pode providenciar ajuda psicológica e parental às crianças durante o transporte. 18% dos entrevistados expressaram ou previram possíveis problemas com a presença dos pais durante o transporte. Estas preocupações incluíram: preocupação sobre o espaço limitado da ambulância; interferência da ansiedade parental na equipa; limitações dos pais para entenderem aspetos do transporte. 51% sentiram que os pais podem beneficiar do acompanhamento, enquanto que 13% sentiram que os pais não beneficiavam de viajar com a criança. 39% sentiram que a presença dos pais era benéfica para as crianças enquanto que 21% sentiram que a criança não beneficiaria de viajar com os pais.				
"The worst journey of our lives": parents' experiences of a specialised paediatric retrieval service	Colville, G., Orr, F. & Gracey, D.	2003	Reino Unido	500 familiares	Questionário
<i>Objetivo</i>	Descrever as experiências de famílias que estiveram perante o transporte inter-hospitalar dos seus filhos realizado por uma equipa especializada.				
<i>Resultados</i>	Os pais comentaram que a sua angústia surgiu ao serem separados dos seus filhos doentes, sentindo uma grande necessidade instintiva de estarem presentes para os protegerem e confortarem. Referiram que o seu maior medo é não estarem presentes em caso de morte. Em contraste com este facto, aos pais que lhes foi permitido estarem presentes durante o transporte com os seus filhos, sentiram-se extremamente agradecidos. Segundo estes pais a decisão de lhes ser permitido viajar na ambulância teve por base o estado de consciência dos seus filhos. Os pais que não acompanharam os seus filhos tiveram dificuldades em encontrar o hospital de destino devido, na maioria dos casos, à falta de concentração na condução. Alguns pais referiram que ficaram angustiados quando perceberam que tinham chegado ao hospital de destino antes do seu filho. Para os pais foi muito apreciado o facto da equipa de transporte lhes ter mostrado o filho o mais cedo possível.				
Family-Centered Care in Pediatric Critical Care transport	Joyce, C., Libertin, R. & Bigham, M.	2015	EUA	68 familiares 80 profissionais	Entrevistas Questionário
<i>Objetivo</i>	Descrever a presença da família e a perspetiva da família/equipa de transporte acerca dos cuidados centrados na família durante o transporte.				
<i>Resultados</i>	Dos pais que acompanharam as suas crianças, 79% concordaram que sentiram uma redução dos níveis de ansiedade. 26% dos familiares que não acompanharam a criança, 51% sentiram angústia ou ansiedade de separação. O acompanhamento durante o transporte aumentou em 90% dos pais, sentimentos de envolvimento no processo. O desejo de ter o veículo próprio no hospital de origem, a não permissão pela equipa de transporte baseada em questões meteorológicas/de segurança, a não demonstração de vontade, o medo de voar, questões relacionadas com os cuidados à criança e compromissos com os empregos, estão entre as razões que levaram os pais a não querer acompanhar as suas crianças. 75% dos paramédicos concordaram com a frase "o meu trabalho seria mais fácil se um pai nunca estiver presente no transporte".				

Should parents accompany critically ill children during inter-hospital transport?		<i>Davies, J., Tibby, S. & Murdoch, I.</i>	2017	Reino Unido	305 profissionais 279 familiares	Questionário
<i>Objetivo</i>	Examinar o impacto da presença dos pais, no acompanhamento inter-hospitalar pediátrico.					
<i>Resultados</i>	A maioria dos elementos da equipa de transporte, considerou a presença dos pais durante o transporte da criança pouco ou nada stressante (96% no período 1 e 98% no período 2) e encontrou apenas pequenas dificuldades ou nenhuma dificuldade na aplicação das suas intervenções. Curiosamente o stress dos elementos é tendencialmente influenciado mais pela presença dos pais do que pela gravidade da condição clínica da criança ou pelo nível de experiência da equipa. O facto de terem existido eventos adversos relacionado com os pais, não esteve associado a relatos de dificuldades durante as intervenções. Relativamente aos pais, um facto que teve maior destaque foi a diminuição do stress dos pais como consequência da sua presença no acompanhamento da criança, incluindo um caso onde o pai presenciou manobras de reanimação cardiorrespiratória ao seu filho na ambulância.					

Tabela 1 - Quadro resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na literatura encontramos uma crescente preocupação com as questões da separação dos pais e das crianças em vários contextos, mais ou menos complexos, nomeadamente em salas de reanimação(10)(19)(20). Já foi demonstrado, em cuidados intensivos que a permissão da presença dos pais na unidade, constitui a estratégia de *coping* familiar mais eficaz(21) e traz respostas positivas das equipas médicas(19). Transferindo este conceito para o ambiente do transporte inter-hospitalar pediátrico, é plausível que a mesma estratégia, permita níveis de satisfação mais elevados e traga benefícios para a criança, família e equipa de transporte(18).

Quanto às vantagens para a criança, verificamos que o elemento mais consensual, é a capacidade que os pais têm na transmissão de calma, ajuda psicológica e suporte emocional à criança(6)(7). Capacidade esta que parece potenciar a estabilização da condição clínica da criança(7), incluído a diminuição da necessidade na utilização de medicação sedativa ou ansiolítica(6). No entanto, pela análise dos estudos, existe um número limitado de situações específicas onde estes benefícios são evidentes. De entre estas situações temos essencialmente as doenças, que podem agravar devido à agitação e ansiedade da criança, como a obstrução da via aérea por epiglotite e o stress respiratório(6)(7). Estas situações podem estender-se ainda, em casos de crianças vítimas de trauma, que têm níveis de dor elevados(7) e em casos onde a participação dos pais é importante como intérpretes da criança(6).

As opiniões dos profissionais das equipas de transporte parecem estar divididas no que respeita ao impacto direto que a presença dos pais tem nos resultados de saúde da criança(7)(9). Algumas equipas referiram que a presença dos pais é benéfica para as crianças em teoria mas com limitações na prática(6). Uma das questões levantadas neste âmbito foi a presença dos pais no acompanhamento de crianças inconscientes. Nestas situações, algumas equipas referiram que a presença dos pais é desnecessária(6), as crianças inconscientes, sedadas e curarizadas não beneficiam da presença dos pais, a menos que a tripulação considere que os pais fazem parte do processo(7). Além disso a grande maioria das crianças dorme durante as viagens, em transportes

habitualmente de curta duração(6). Ao encontro desta questão, outro estudo demonstrou que vários elementos da equipa de transporte referiram que a presença dos pais, produz apenas um efeito calmante, em crianças não ventiladas(17).

Se no caso das crianças, as vantagens são aparentemente muito discutíveis e limitadas, os estudos analisados por outro lado, parecem evidenciar que existem maiores benefícios para os seus pais. Na perspetiva das famílias, foi evidente que os níveis de ansiedade foram substancialmente elevados em grupos de pais que não acompanharam os seus filhos comparativamente aos grupos que acompanharam(9)(16)(18). Na perspetiva dos profissionais, 51% sentiram que os pais podem beneficiar deste acompanhamento enquanto que 13% sentiu que não iriam beneficiar(7) e reconheceram que a presença dos pais no transporte é uma área muito requisitada pelas famílias, indicam-na como um importante fator a ter em consideração em condições ideais(15). O nível de satisfação dos pais relativamente ao serviço de transporte, assim como a redução de sentimentos de angústia de separação, parecem estar relacionados com a permissão da sua presença durante o transporte(16)(17). Os pais sentem-se agradecidos por lhes ser permitido o não abandono dos seus filhos em alturas de grande sentimento de proteção e conforto parental, reduzindo assim os seus níveis de ansiedade(9)(16)(15). Apesar destes benefícios, alguns pais optam por não acompanhar as suas crianças, mesmo quando lhes é permitido pelo serviço de transporte. Este absentismo está relacionado com o meio de transporte/questões de segurança, compromissos do foro profissional (empregos), condições meteorológicas, estado de consciência da criança(16) e pela preferência de ter os seus veículos pessoais no hospital de destino(9)(18).

Na perspetiva dos profissionais, a não permissão da presença dos pais pelas equipas de transporte pode estar relacionada com questões técnicas ou com implicações diretas na performance dos elementos da equipa. O espaço limitado e as questões relacionadas com a segurança dentro do veículo de transporte são limitações apontadas por vários estudos(6)(9)(16)(18)(15). Caso seja possível ultrapassar esta limitação, a localização preferencial do membro da família na ambulância tem de ser pré-estabelecida. Devem ser considerados

briefings de segurança(6) e é mandatório serem disponibilizados sistemas de retenção(7).

Estudos evidenciaram que, alguns pais podem manifestar ansiedade, hostilidade e histerismo, interferindo com os cuidados à criança(6)(18), e como tal, pais que demonstrem esta condição, não podem ser incluídos com segurança no acompanhamento(18). Foi provado que o stress dos profissionais tende a estar mais associado com o comportamento dos pais e com a ocorrência de efeitos adversos do que pela gravidade da doença(17). Estes factos vão ao encontro de outra publicação onde é defendido que o ideal de envolvimento dos pais durante o transporte pediátrico, não se pode sobrepor à prioridade de estabilizar a condição clínica da criança(22). Os problemas de espaço/segurança, ansiedade da equipa para providenciar explicação e suporte aos pais foram definidos como razões que estão na origem da não permissão para o acompanhamento dos pais em ambulância(23).

Embora a presença dos pais tenha sido considerada um pequeno obstáculo aos profissionais(17), ao longo dos anos as equipas têm demonstrado maior permissividade em ter os pais como acompanhantes(6). Curiosamente, a especulação que a presença dos pais leva a incidentes durante o transporte, e que tem mais desvantagens do que vantagens, foi refutada por alguns estudos(9)(7)(18)(17). Uma ínfima percentagem (3,4%) dos incidentes que surgem durante os transportes, estão diretamente relacionados com a presença dos pais(17), em outro estudo, 35% das equipas que não permitiram a presença dos pais, previram potenciais problemas, no entanto apenas 8% das equipas que permitiram esta presença, relataram tais dificuldades(7). Perante os raros eventos relatados, potenciadores aparentes de stress, nenhuma ou uma pequena percentagem teve implicações sobre a performance na realização de intervenções pelos médicos ou enfermeiros(17).

Existem relatos pontuais em alguns estudos, onde a presença dos pais durante o transporte pode trazer algumas vantagens para os profissionais. O ambiente durante o transporte permite uma maior aproximação com a criança e a família(6)(7)(17). Os profissionais podem aproveitar esta presença para recolher dados importantes, que complementa a historia clínica da criança, obter consentimentos, estabelecer boas relações e mostrar que todas as intervenções

possíveis, estão a ser realizadas(6). Estes achados vão ao encontro de estudos anteriores(24)(25).

Mesmo em estudos onde existiram maiores obstáculos à presença dos pais, consideraram a necessidade de definir estratégias alternativas para reduzir a ansiedade dos pais, antes e após a transferência(16). A demonstração de vontade de envolver os pais no processo de transporte é muitas vezes a única estratégia necessária para construir bom ambiente cooperativo(7). Alguns profissionais deram exemplos de ações a ter em conta para ajudar a família a sentir-se envolvida no processo, nomeadamente: permitir o acesso da família durante os procedimentos de estabilização, levar a família a acompanhar a criança no percurso até à ambulância e explicar os detalhes, dando informações sobre as razões e o destino do transporte(15).

O envolvimento dos pais no processo de transporte, com a sua presença no acompanhamento do doente em idade pediátrica começa a emergir como uma forma de melhorar a qualidade dos cuidados no transporte inter-hospitalar pediátrico(9)(7). Os CCF, aparecem no centro desta questão como linha orientadora(7)(18)(9) e é recomendado que no futuro seja providenciado, um aumento de formação dos profissionais nesta área(15).

Foram identificados problemas nos estudos analisados que se traduzem em limitações. No que respeita à metodologia utilizada pelos diferentes estudos analisados, existem aspetos que no nosso entender, podem gerar limitações à fiabilidade dos resultados apurados. Em dois dos estudos analisados(18)(16) são realizados questionários a famílias que passaram pela experiência da necessidade de transporte inter-hospitalar dos seus filhos e sendo o foco do estudo a análise de uma perceção subjetiva, o uso de estratégias recordatórias pode condicionar distorção de informação. Num dos estudos, a utilização de metodologia retrospectiva tornou-se uma fraqueza pela sua natureza transversal(16). Por último, a utilização de amostras reduzidas, permitiu estudar um grupo de pessoas que pode não ter sido representativo do domínio de interesse(18)(16)(9).

CONCLUSÕES

Não existe ainda um consenso sobre a melhor estratégia a seguir neste âmbito, no entanto foi possível tomar consciência que países como os EUA e o Reino Unido se esforçam para debater este assunto, procurando conhecer a perspetiva das equipas e das famílias que passam por esta experiência. Na generalidade dos casos, expressam a necessidade de fazerem parte do processo, apontando a sua presença no transporte como um expoente máximo em condições ideais. Os CCF aparecem descritos como a abordagem de futuro para possibilitar o envolvimento dos pais no transporte.

A escassez de literatura, o intervalo temporal de pesquisa, o baixo nível de evidência dos estudos analisados estão entre as maiores limitações desta revisão. Apesar destas limitações, foi possível apreciar um conjunto de vantagens e desvantagens da presença parental durante o transporte inter-hospitalar pediátrico, que podem servir no futuro, como orientação para as equipas de transporte ponderarem a permissão da presença dos pais como acompanhantes.

A revisão confirma a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos sobre esta questão, nomeadamente na Península Ibérica onde existe um sistema de transporte pediátrico devidamente organizado por equipas especializadas(5), e que podem trazer grandes contributos. A nível nacional, existe uma particular preocupação com os direitos da criança e que tem conduzido uma evolução de sucesso em cuidados de saúde infantil e pediatria. Importa, por isso, descrever e analisar em Portugal as atuais políticas e práticas relativamente à inclusão da presença parental no transporte inter-hospitalar pediátrico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez S, Vegara X, Cárdenas JA, Peiró J, Jiménez JD. Traslado interhospitalario del paciente pediátrico y neonatal en Cataluña : unidades YP del Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña. Zo TES. 2013;122–7.
2. OM, SPCI. Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. 2008;45.

- Available from: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
3. IAC. Carta da Criança Hospitalizada [Internet]. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança; 2009 [cited 2017 Nov 20]. p. 0–40. Available from: http://www.pipop.info/fotos/editor2/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf
 4. Abecassis F. Transporte Pediátrico – Organização e Perspectivas Actuais. *Nascer e Crescer*. 2008;XVII(3):137–40.
 5. Mata S, Escobar M, Cabrerizo M, Gómez M, González R, Cid L-H. Pediatric and neonatal transport in Spain, Portugal and Latin America. *Med intensiva* [Internet]. 2016;(xx). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27697396>
 6. Lewis MM, Holditch-Davis D, Brunssen S. Parents as passengers during pediatric transport. *Air Med J* [Internet]. [cited 2017 Dec 10];16(2):38-42-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10167191>
 7. Woodward GA, Fleegler EW. Should parents accompany pediatric interfacility ground ambulance transports? Results of a national survey of pediatric transport team managers. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2001 Feb [cited 2017 Dec 9];17(1):22–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11265902>
 8. UNICEF. A Convenção sobre os Direitos da Criança. 1989 [cited 2017 May 10]; Available from: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
 9. Joyce CN, Libertin R, Bigham MT. Family-Centered Care in Pediatric Critical Care Transport. *Air Med J* [Internet]. 2015 Jan [cited 2017 Dec 9];34(1):32–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25542725>
 10. Eichhorn DJ, Meyers TA, Mitchell TG, Guzzetta CE. Opening the doors: family presence during resuscitation. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 1996 Jul [cited 2017 Dec 15];10(4):59–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8796490>
 11. PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde. Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente [Internet]. 1ª Edição. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2009 [cited 2017 Dec 9]. Available from:

- http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca_2004-2008.pdf
12. Ercole FF, Melo LS de, Alcoforado CLGC. Integrative review versus systematic review. *Reme Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 10];18(1):9–12. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20140001>
 13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. Guidelines and Guidance The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. [cited 2017 Dec 10]; Available from: [http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA EandE 2009.pdf](http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA_EandE_2009.pdf)
 14. Joanna Briggs Institute. Systematic Review Resource Package Systematic Review Methodology. 2015 [cited 2017 Dec 11]; Available from: https://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf
 15. Macnab AJ, Richards J, Green G. Family-oriented care during pediatric inter-hospital transport. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1999 Mar [cited 2017 Dec 14];36(3):247–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528560>
 16. Colville G, Orr F, Gracey D. “The worst journey of our lives”: parents’ experiences of a specialised paediatric retrieval service. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 2003 Apr [cited 2017 Dec 14];19(2):103–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12706736>
 17. Davies J, Tibby SM, Murdoch IA. Should parents accompany critically ill children during inter-hospital transport? *Arch Dis Child* [Internet]. 2005 Dec [cited 2017 Dec 14];90(12):1270–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15890692>
 18. Woodward GA, Fleegler EW. Should parents accompany pediatric interfacility ground ambulance transports? The parent’s perspective. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2000 Dec [cited 2017 Dec 14];16(6):383–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11138877>
 19. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* [Internet]. 1987 Jun [cited 2017 Dec 20];16(6):673–5. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3578974>
20. Sacchetti A, Lichenstein R, Carraccio CA, Harris RH. Family member presence during pediatric emergency department procedures. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 1996 Aug [cited 2017 Dec 20];12(4):268–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8858650>
 21. Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H, Stanners M. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit. *Women and Birth* [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Dec 20];28(3):252–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25956972>
 22. Stewart K, Bowker L. Resuscitation witnessed by relatives. Might lead to a complaint for breach of confidentiality. *BMJ* [Internet]. 1997 Jan 11 [cited 2017 Dec 20];314(7074):145. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9006486>
 23. Hill Y. Is there a place for parents in the retrieval of critically sick children? *Nurs Crit Care* [Internet]. [cited 2017 Dec 20];4(3):121–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10640109>
 24. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* [Internet]. [cited 2017 Dec 22];272(20):1619–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7646617>
 25. Dunst CJ, Trivette CM. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatr Nurs* [Internet]. [cited 2017 Dec 22];22(4):334–7, 343. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8852113>

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 1 4

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela e Silva e Prof.ª Doutora Maria de Fátima Jorge, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Transporte inter-hospitalar pediátrico: recomendações para o planeamento" do investigador **Rui Miguel Figueira Pereira** (mestrando) e Prof.ª Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo 2 – Programa do Seminário: “Colados ao Ecrã”

COLADOS AO ECRÃ
O Impacto da Dependência das Novas Tecnologias na Infância

ARRAIOSLOS Multiusos **18 MAIO 2017**
9H30 / 17H00

Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos Câmara Municipal de Arraiolos

Equipa Local de Intervenção Precoce de Arraiolos

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

CA Crédito Agrícola Caixa Geral de Depósitos

COLADOS AO ECRÃ

“O Impacto da Dependência das Novas Tecnologias na Infância”

“As crianças portuguesas estão entre as que mais tempo passam agarradas aos ecrãs dos novos meios tecnológicos” (Joana Capucho in DN, 26/6/2015)

O quotidiano das nossas crianças está a substituir o imaginário dos contos de fadas, do faz de conta, das brincadeiras na rua... para o habitar de ecrãs (televisão, tablets, computadores, smartphones...).

A que custo? Pensemos na comunicação na família, na sociabilização, na autonomia, no desenvolvimento da personalidade, na auto-regulação, na obesidade... e todas as novas formas de sociabilidade e efeitos a nível cognitivo que isto implica. Quando os dispositivos eletrónicos se tornam a principal fonte de prazer, é caso para alarme.

Levantam-se algumas questões pertinentes:

- O que é a Geração Z?
- Serão os novos dispositivos electrónicos as *babysitters* do séc. XXI?
- Será que a criança ligada ao ecrã se tornará uma criança desligada da realidade?
- Que adultos estamos a criar?

Com este seminário pretende-se ajudar a reflectir sobre o significado dos meios de comunicação na vida dos mais novos, perceber até que ponto pode ser benéfico ou prejudicial, perceber os seus efeitos a curto e longo prazo e como capacitar os pais para uma relação crítica e criteriosa com estes meios.

ARRAIOLOS | Multiusos 18 MAIO 2017 | 9H30 / 17H

Programa

09:00 - Abertura do Secretariado

09:30 - Sessão de Abertura

A 09:45 - Comunicação: **“Os ecrãs não têm de ser maus... mas podem sê-lo! – As tecnologias de informação e comunicação”** Júlia Vinhas – Psicóloga Clínica e Coordenadora do CADIn Unidade de Setúbal

10:45 - *Coffee Break*

B 11:00 - Comunicação: **“Cyberbullying”** Luís Ferraz - Psicólogo Clínico, CADIn

12:00 - Debate

12:30 - Pausa Almoço

C 14:00 - Comunicação: **“Os Riscos da “Geração Z”**, Lina Alexandre, técnica do CRI (Centro de Respostas Integradas do Alentejo)

15:00 - *Coffee Break*

D 15:15 - Comunicação: **“Tecnologias na Infância com conta, peso e medida”**, Dra. Margarida Evaristo - Diretora do Centro de Saúde de Arraiolos

16:15 - Debate

17:00 - Sessão de Encerramento

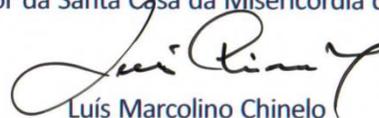
Anexo 3 – Certificado de Participação no Seminário: “Colados ao Ecrã”



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que: Dr. Miguel Figueira Pereira participou no Seminário “Colados ao Ecrã - O Impacto da Dependência das Novas Tecnologias na Infância”, dinamizado pela Equipa Local de Intervenção Precoce de Arraiolos, que se realizou dia 18 de maio de 2017 entre as 9h30 e as 17h00 no Arraiolos Multiusos, .

O Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos


Luís Marcolino Chinelo

Anexo 4 – Programa do IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico



PROGRAMA DO CURSO

Quarta-feira, 11 de Outubro

08:00-08:15 Introdução ao curso
08:15-08:30 Unidades de transporte pediátrico
SEMP-VH / TIP-CHLN
08:30-09:30 Metodologia do transporte. Equipa e equipamento
09:30-10:00 Particularidades do transporte em helicóptero
10:00-11:00 Particularidades do transporte neonatal. Transporte do prematuro
11:00-11:30 Pausa para café
11:30-12:00 Ventilação mecânica pediátrica e neonatal aplicada ao transporte
12:00-12:30 Transporte em ECMO
12:30-13:15 Compromisso respiratório no recém-nascido
13:15-14:00 Compromisso respiratório na criança
14:00-15:00 Almoço
15:00-17:00 PRÁTICAS DE MATERIAL (sessão I)
Prática I: Ambulância e equipamento
Prática II: Assistência respiratória neonatal
Prática III: Assistência respiratória pediátrica
Prática IV: Acesso vascular e fármacos
17:00-17:30 Pausa para café
17:30-19:30 PRÁTICAS DE MATERIAL (sessão II)
Prática I: Ambulância e equipamento
Prática II: Assistência respiratória neonatal
Prática III: Assistência respiratória pediátrica
Prática IV: Acesso vascular e fármacos

Quinta-feira, 12 de Outubro

08:00-08:15 Recapitulação

13:30-14:30 Almoço

14:30-16:30 PRÁTICAS DE METODOLOGIA (sessão I)
Prática I: Transporte neonatal
Prática II: Transporte pediátrico
Prática III: *Transfer*
Prática IV: Transporte em ambulância

16:30-17:00 Pausa para café

17:00-19:00 PRÁTICAS DE METODOLOGIA (sessão II)
Prática I: Transporte neonatal
Prática II: Transporte pediátrico
Prática III: *Transfer*
Prática IV: Transporte em ambulância

20:30 JANTAR DE ENCERRAMENTO

Sexta-feira, 13 de Outubro

08:00-09:00 SESSÃO INTERACTIVA: Incidentes no transporte

09:00-11:00 PRÁTICAS DE METODOLOGIA (sessão III)
Prática I: Transporte neonatal
Prática II: Transporte pediátrico
Prática III: *Transfer*
Prática IV: Transporte em ambulância

11:00-11:30 Pausa para café

11:30-13:30 PRÁTICAS DE METODOLOGIA (sessão IV)
Prática I: Transporte neonatal
Prática II: Transporte pediátrico
Prática III: *Transfer*
Prática IV: Transporte em ambulância

13:30-14:00 ENCERRAMENTO DO CURSO

Anexo 5 – Certificado de Formação do IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



CENTRO DE FORMAÇÃO

DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma 4512:2012

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, **Rui Miguel Figueira Pereira**, natural de Arronches, nascido a 12-05-1984, nacionalidade portuguesa, do sexo masculino, portador do Cartão de Cidadão n.º 12612285-7ZY5, válido até 10-06-2018, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional realizado nos dias 11, 12 e 13 de outubro de 2017, com a duração de 26 horas e designado

IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico

El curso ha sido avalado, en Espanha, por la SECIP y la SENe, reconocido por la SCP y acreditado por el **Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries** (registro de acreditación: 09/016490-MD)

Lisboa, 13 de outubro de 2017

O Responsável pela Entidade Formadora

Diretora do Centro de Formação do CHLN

Dra. Alexandra Costa

O Diretor do Curso

Dr. Francisco Abecasis

O Codiretor do Curso

Dr. Pedro Dominguez

Certificado n.º 478/2017

Centro Hospitalar Lisboa Norte – NIPC 508481287
Av. Prof. Egas Moniz – 1649-035 Lisboa
Telef: 21 780 51 08 - Fax: 21 780 56 03
Mod.055b/003/CF-CHLN



Actividad acreditada por el **Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries** - Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.
Número de créditos: 5,0 (24 horas)

Anexo 6 – Programa da II Reunião de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos

II

REUNIÃO DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Hotel Sana Malhoa Lisboa

PROGRAMA - 24 de Novembro

8h30: Abertura do Secretariado

9h00: Boas vindas: Enf^a Catarina Batuca (Enf^a Directora do CHLN), Enf^o Fernando Sá (Enf^o Supervisor do Departamento de Pediatria do CHLN), Enf^a Zélia Soares (Enf^a Coordenadora da UCIPed do CHLN)

9h30: Boas Práticas em Cuidados Intensivos Pediátricos

Moderador: (a designar)

- Suporte Extra-Corporal: Enf. Ricardo Cruz (Hosp. São João)
- Morte Cerebral e doação de órgãos: Enf^a Sandra Lopes (Hosp. Pediátrico de Coimbra)
- Segurança do Doente numa UCI: Enf. Fernando Mateus (Hosp. Dona Estefânia)

11h00: Intervalo para café

11h30: Gestão em Cuidados Intensivos

Moderador: Enf^a Conceição Capaz (Hosp. Pediátrico de Coimbra)

- Gestão do dia-a-dia: Enf. José Alexandre Abrantes (Hosp. Sta. Maria)
- O Custo da Excelência: Enf. António Almeida (Soc. Port. Cuidados Intensivos)

12h30: Apresentação e discussão de **Posters**

13h00: Almoço

14h00: Apresentação e discussão de **Comunicações Livres**

15h00: Competências do Enfermeiro em Cuidados Intensivos

Moderador: Prof. Doutor José Vilelas (ESSCVP)

- Formação Específica: Prof^a Cândida Durão (ESEL)
- Desenvolvimento de Competências: Enf^a Helga Oliveira (Hosp. Fernando Fonseca)
- Ética em Cuidados Intensivos: Prof^a Lucília Nunes (ESS Setúbal)

16h30: Intervalo para café

17h00: Emoções de quem cuida:

Moderador: Enf^a Graça Roldão (Hosp. Santa Maria)

- Paliar em Cuidados Intensivos: Enf^a Emília Fradique (Hosp. Sta. Maria)
- Decisão de não reanimação: Enf^a Joana Mendes (Hosp. S. Francisco Xavier)
- Cuidar da família: Psicóloga Rita Machado (Hosp. Sta. Maria)

18h30: Encerramento

Organização:

UCIPED - HSM / CHLN

Mais info: iireuniaoenfcp.wixsite.com/reuniao



Anexo 7 – Certificado de Participação na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos
Pediátricos

CERTIFICADO

Rui Miguel Figueira Pereira

Participou na **II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos**

realizada no dia 24 de novembro de 2017, em Lisboa.



A Comissão Organizadora:



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

Anexo 8 – Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico

	<i>Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico</i>	Data de entrada e V P C D
--	--	--

1. Objectivo

Estabelecer diretivas de modo a uniformizar o transporte intra-hospitalar e secundário de doentes críticos do [REDACTED]

2. Campo de aplicação

Aplica-se a todos os profissionais dos Serviços Clínicos e do Serviço de Transportes do [REDACTED]

3. Siglas, abreviaturas e definições

AO – Assistente Operacional

CA – Conselho de Administração

CAC – Comissão de Administração Clínica

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

TAS – Tripulante de Ambulância de Socorro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAT – Suporte Avançado de Trauma

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAT – Tripulante de Ambulância de Transporte

HSB – Hospital de São Bernardo

HOSO – Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

GIARC – Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínicos

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

Doente Crítico – Doente com instabilidade clínica por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, cuja sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Equipa Multidisciplinar – Todos os profissionais envolvidos no plano de cuidados ao doente.

Médico Responsável – Profissional médico responsável pela admissão e a elaboração do plano de tratamento ao doente internado num Serviço ou Unidade do [REDACTED]

Enfermeiro Responsável – Profissional de enfermagem responsável pelos cuidados a prestar ao doente internado num Serviço ou Unidade do [REDACTED]

Equipa de transporte – Elementos que acompanham o doente durante o transporte.

Transporte intra-hospitalar – Deslocação de doentes, entre Unidades ou Serviços do [REDACTED]

	<i>Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico</i>	Data de entrada [Redacted]
--	--	-------------------------------

Transporte secundário – Deslocação para transferência de um doente para outra instituição.

4. Referências

- CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01 (Abril 2010); Critérios 26.21, 26.22, 52.24, 52.25, 52.26, 54.09, 56.32, 56.33, 59.77.
- Portaria nº 1301-A/2002 – Regulamento de Transporte de Doentes em Portugal;
- Decreto-Lei nº 38/92 – Enquadramento Legal de Transporte de Doentes;
- Guia de Transporte de Doentes Críticos - Recomendações – Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008;
- Regulamento de Transportes do [Redacted] (REG.TRAN.01);
- Regulamento da Escala de Prevenção de Enfermeiros (REG.ENF.01);
- Regulamento da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar do [Redacted] (REG.RRE.01).

5. Responsabilidades

O CA pela sua ratificação e divulgação junto dos Serviços.

A CAC pela análise e verificação.

O Director do Serviço/Responsável do Serviço ou Unidade de Internamento pela garantia de seu cumprimento, junto dos seus profissionais.

6. Procedimento

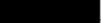
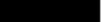
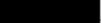
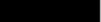
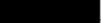
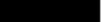
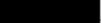
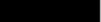
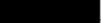
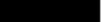
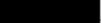
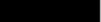
Introdução:

O transporte de doentes em estado crítico envolve riscos, mas pode justificar-se a sua realização entre hospitais e entre Serviços do mesmo hospital, pela necessidade de se facultar um nível assistencial superior ou, para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efectuáveis no Serviço ou Instituição de origem onde o doente se encontra internado.

O transporte do doente crítico envolve as seguintes fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

A Decisão de transportar um doente em estado crítico é um ato médico, devendo ser equacionados os riscos inerentes ao doente e reflectir sobre (o seu) risco/benefício do transporte.

Como tal, a responsabilidade é do médico que assiste o doente mas, também, do Director do Serviço/Chefe da Equipa Médica.

	<p><i>Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico</i></p>	<table border="1"><tr><td data-bbox="1029 293 1177 315">Data de entrada</td><td data-bbox="1177 293 1278 315"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 315 1177 338">V</td><td data-bbox="1177 315 1278 338"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 338 1177 360">P</td><td data-bbox="1177 338 1278 360"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 360 1177 383">C</td><td data-bbox="1177 360 1278 383"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 383 1177 405">Documentos</td><td data-bbox="1177 383 1278 405"></td></tr></table>	Data de entrada		V		P		C		Documentos	
Data de entrada												
V												
P												
C												
Documentos												

O Planeamento é feito pela Equipa Médica e de Enfermagem do Serviço ou Unidade onde o doente se encontra internado sempre em articulação com o Serviço Recetor e, em caso de Transporte Secundário deverá ser solicitada a intervenção do Serviço de Transportes.

A Efetivação do transporte fica a cargo da equipa de acompanhamento selecionada, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento da entrega do doente à equipa de profissionais de saúde do Serviço Recetor, ou no regresso ao Serviço de Origem (no caso da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou atos terapêuticos).

A determinação da necessidade e a composição da equipa de acompanhamento devem ser efetuadas em função de critérios objetivos, com a aplicação de grelhas de "**Avaliação para o Transporte Intra-hospitalar e secundário**" (adaptadas de Etxebarria et al), devendo estas estar afixadas nos Serviços em local visível. (Anexo 1 e 2 revistos).

O resultado dessa aplicação (pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define o nível de gravidade do doente (**A, B ou C**) indicando em cada caso as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte, nomeadamente na decisão de aumentar o nível de cuidados referidos na escala orientadora.

O Doente crítico é por definição um doente nível C, assim aquando da preparação do transporte secundário destes doentes deve ser seguida a **Lista de Verificação para o Transporte Secundário**. (Anexo 3 - a afixar em local visível em todos Serviços)

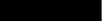
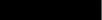
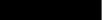
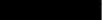
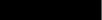
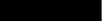
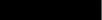
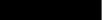
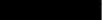
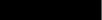
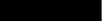
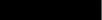
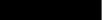
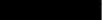
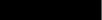
O **Formulário para o Transporte Secundário**, a preencher pela equipa de transporte de doentes **nível C**, resume todo o processo de transporte e deve retornar com a equipa e ser arquivada no Serviço de origem. (Anexo 6- revisto)

6.1. Equipa de Transporte

A Constituição da equipa de transporte intra-hospitalar será feita preferencialmente pelos elementos dos próprios Serviços com formação em SAV.

A equipa de transporte secundário será preferencialmente constituída pelos elementos dos próprios Serviços, exceptuam-se o transporte secundário de doentes assumido pela EEMI, dando cumprimento ao Regulamento da EEMI.

No SUG existe uma escala de prevenção de enfermeiros que apoia os Serviços de acordo com o estipulado no "Regulamento da Escala de Prevenção de Enfermeiros".

	<p><i>Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico</i></p>	<table border="1"><tr><td data-bbox="1029 295 1177 315">Data de entrada</td><td data-bbox="1177 295 1279 315"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 315 1177 336">e</td><td data-bbox="1177 315 1279 336"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 336 1177 356">V</td><td data-bbox="1177 336 1279 356"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 356 1177 376">P</td><td data-bbox="1177 356 1279 376"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 376 1177 396">C</td><td data-bbox="1177 376 1279 396"></td></tr><tr><td data-bbox="1029 396 1177 416">T</td><td data-bbox="1177 396 1279 416"></td></tr></table>	Data de entrada		e		V		P		C		T	
Data de entrada														
e														
V														
P														
C														
T														

O acompanhamento para a realização eletiva de exames complementares de diagnóstico (previamente marcados) compete às equipas assistenciais dos serviços requerentes.

Na área da Obstetrícia e Pediatria, pela sua especificidade, o acompanhamento dos doentes, sempre que necessário, deverá ser assegurado por uma equipa com experiência na respectiva área.

6.1.1. - Transporte Intra-hospitalar de Doentes Críticos

6.1.1.1. Responsabilidades do Médico:

- Decidir sobre o transporte do doente em estado crítico;
- Registrar no processo clínico as indicações para o transporte;
- Determinar a necessidade, em conjunto com o enfermeiro, da composição da equipa de acompanhamento aplicando a "Avaliação para o Transporte Intra-hospitalar" (Anexo 1);
- Acompanhar o doente, em conjunto com o enfermeiro, nos doentes de nível C;
- Ser possuidor de informação clínica;
- Contactar com o Serviço Recetor, avaliando a distância a percorrer e o respectivo tempo de demora;
- Seleccionar os meios adequados de monitorização, mala de transporte e seleccionar os meios de terapêutica adicionais para cada doente;
- Prever para cada caso as complicações médicas possíveis;
- Permanecer com o doente durante o período de transporte;
- Registrar a evolução do estado do doente no processo clínico;

6.1.1.2. Responsabilidades do Enfermeiro

- Determinar a necessidade, em conjunto com o médico, da composição da equipa de acompanhamento aplicando a "Avaliação para o Transporte Intra-hospitalar" (Anexo 1);
- Acompanhar os doentes de nível B e C;
- Ser possuidor da informação de enfermagem;
- Providenciar os meios adequados de monitorização seleccionados pelo médico;
- Prever para cada caso as complicações de enfermagem possíveis;
- Verificar o conteúdo da mala de transporte e seleccionar os meios de terapêutica e material adicionais para cada doente;
- Permanecer com o doente durante o período de transporte;
- Escrever as ocorrências no processo de enfermagem;
- Providenciar o AO para acompanhamento de doentes de nível A, B e C.

6.1.2. Transporte Secundário de Doentes Críticos

6.1.2.1. Responsabilidades do Médico:

	<p><i>Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico</i></p>	Documento.
--	---	------------

- As responsabilidades descritas em 6.1.1.1.
- Informar o doente ou representante legal da razão da necessidade do transporte, o nome do hospital e do serviço de destino;
- Informar o Serviço recetor da situação clínica e das intervenções terapêuticas previsíveis, indicando a hora prevista para receção do doente;
- Notificar o Hospital/ Serviço recetor (de destino), em caso de cancelamento da transferência;
- Rever, em conjunto com o enfermeiro, a Lista de Verificação de Transporte (Anexo 5)
- Preencher o Formulário para o Transporte Hospitalar (Anexo 6) e providenciar a assinatura do médico recetor.

6.1.2.2. Responsabilidades do Enfermeiro:

- As responsabilidades descritas em 6.1.1.2;
- Rever, em conjunto com o médico, a Lista de Verificação de Transporte (Anexo 5)
- Colaborar no preenchimento do Formulário para o Transporte Hospitalar (Anexo 6)
- Arquivar o Formulário para o Transporte Hospitalar (Anexo 6) devidamente preenchido no Serviço de Origem;

6.1.3- Responsabilidade do TAT

- Ver Regulamento dos Transportes em vigor no [REDACTED]

6.2. Equipamento

O equipamento médico necessário para o transporte de doentes críticos, deve ser uniformizado para todo o [REDACTED], de modo a que a equipa que transporta o doente já tenha experiência do seu funcionamento e conhecimento da sua constituição.

Assim definiram-se dois tipos de malas de transporte a existir no [REDACTED]

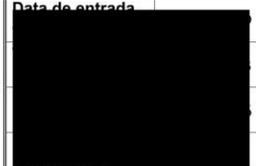
1. Mala Básica
2. Mala Avançada

A **Mala Básica** (Lista de Composição – Anexo 3) deve existir em todos os Serviços de Internamento onde exista a necessidade de Transporte Intra-hospitalar ou Secundário de Doentes.

Deve ser utilizada: - **transporte intra-hospitalar como nível B e C**

- **transporte secundário apenas para doentes de nível B.**

A **Mala Avançada** (Lista de Composição - Anexo 4), num total de 4 para o [REDACTED], ficará sediada no Serviço de Urgência Geral, Urgência Pediátrica, UCI do [REDACTED] e na Unidade de Cuidados Intermédios (UCM) do [REDACTED], devendo ser requisitadas por outros Serviços sempre que houver necessidade de **transporte secundário de doentes de nível C.**

	<p><i>Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico</i></p>	<p>Data de entrada</p> 
---	---	--

Compete a cada serviço a disponibilização de equipamento extra, ou específico da sua área clínica, eventualmente necessário durante a transferência.

Em caso de existência de ventilador de transporte (Unidade de Cuidados Intensivos; Serviço de Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermédios;) dever-se-á dar cumprimento ao "Procedimento de Ventilador de Transporte" siglas

A verificação da composição das malas é da responsabilidade do Enf. Chefe do Serviço (ou de outro elemento da equipa de enfermagem por este delegado) onde estão sedeadas, devendo haver registo mensal dessa monitorização. (Anexo 7)

6.3 – Auditoria Interna ao Processo de Transporte

Serão realizadas auditorias internas (periodicidade anual) ao equipamento existente nos Serviços para o Transporte de Doentes Críticos (composição das malas), à aplicação de grelhas de **"Avaliação para o Transporte Intra-hospitalar e Secundário"** (*adaptadas de Etxebarria et al*). Assim como aos registos referentes aos transportes efectivados (Formulários de Transporte Secundário).

No caso de existência de ventilador de transporte a auditoria é definida no Procedimento específico.

Pontualmente, o Grupo de Transportes poderá aplicar a Lista de Verificação de Transporte, em situações concretas, de modo a monitorizar o seu cumprimento.

Estes resultados serão analisados e dados a conhecer com recomendações de melhoria à CAC, GIARC e a todos Serviços Clínicos.

7. Anexos

- Anexo 1 – Avaliação para o Transporte Intra-hospitalar
- Anexo 2 – Avaliação para o Transporte Secundário
- Anexo 3 – Lista de composição da Mala Básica de Transporte
- Anexo 4 - Lista de composição da Mala Avançada de Transporte
- Anexo 5 – Lista de verificação para o Transporte Secundário
- Anexo 6 – Formulário para o Transporte Hospitalar
- Anexo 7 – Folha de Registo da verificação das Malas de Transporte

		
---	---	--

Anexo 9 – Avaliação para o Transporte Secundário

Avaliação para o Transporte Secundário

*Baixo risco- sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não 0 Sim (tubo de Guedel) 1 Sim (intubação ou traqueostomia) 2	8. PACEMAKER Não 0 Sim, definitivo 1 Sim, provisório (externo ou endocavitário) 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min 0 FR entre 15 e 35 / min 1 Apneia ou FR<10 ou FR>35 ou irregular 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 0 Escala de Glasgow > 8 e <14 1 Escala de Glasgow ≤ 8 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não 0 Sim (Oxigenoterapia) 1 Sim (Ventilação Mecânica) 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados 0 Grupo I 1 Naloxona Corticosteróides Manitol20% Analgésicos Grupo II 2 Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonato Trombolíticos Antiepiléticos Anestésicos gerais Dreno torácico
4. ACESSOS VENOSOS Não 0 Acesso Periférico ou Central em doente estável 1 Acesso central em doente instável 2	
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável (FC> 50 bpm ;TAM> 65 mmHg) 0 Moderadamente estável 1 (<15 ml/min de fluidoterapia para manter doente estável) Instável (inotrópicos ou sangue) 2	
6. MONITORIZAÇÃO ECG Não 0 Sim (desejável) 1 Sim (em doente instável) 2	
7. RISCO DE ARRITMIAS Não 0 Sim, baixo risco (e EAM> 48h) 1 Sim, alto risco (e EAM< 48h) 2	
TOTAL...	

** Alto risco- risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Legenda: TAM- Tensão arterial média; FR- Frequência respiratória; FC- frequência cardíaca; EAM- Enfarte agudo do miocárdio

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas O2 ou linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhuma	"Standard" ambulância MAS
3-6 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância Normal	Enfermeiro	Sat O2, , ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte+Injectáveis+Soros
≥ 7 ou < 7 (se item com pontuação 2)	C	Ambulância medicalizada ou Helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat O2, , ECG, FC, TA não invasiva, capnografia (se indicado)	Acima descrito + Monitor+ Desfibrilhador com pace + Ventilador transporte + Material de via aérea avançada + Seringas e bombas perfusoras

Adaptado de "Transporte de doentes críticos - Recomendações"

Anexo 10 – Avaliação para o Transporte Secundário da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

ANEXO 4

Avaliação para o transporte secundário*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.



Anexo 11 – *Risk score for transport patients* de Etxebarria et al., 1998

Table 1. Risk score for transport patients

1. Haemodynamics			
• Stable			0
• Moderately stable (requires volume < 15 ml/min in adults)			1
• Unstable (requires volume > 15ml/min or inotropics or blood)			2
2. Arrhythmias (existing or probable)			
• No			0
• Yes, not serious (and AMI after first 48 hours)			1
• Serious (and AMI in the first 48 hours)			2
3. ECG monitorization			
• No			0
• Yes (desirable)			1
• Yes (essential)			2
4. Intravenous line			
• No			0
• Yes			1
• Pulmonary artery catheter			2
5. Provisional pacemaker			
• No			0
• Yes (not invasive). Always AMI in the first 48 hours			1
• Yes (endocavity)			2
6. Respiration			
• RF between 10 and 14 r/m in adults			0
• RF between 15–35 r/m in adults			1
• Apnoea < 10 or > 36 or irregular breathing			2
7. Airway			
• No			0
• Yes (Guedel Tube)			1
• Yes (intubation or tracheostomy)			2
8. Respiratory support			
• No			0
• Yes (oxygen therapy)			1
• Yes (mechanical ventilation)			2
9. Assessment			
• Glasgow = 15			0
• Glasgow 8–14			1
• Glasgow < 8 and/or neurologic disorder			2
10. Prematurity			
• Newborn > 2000 g			0
• Newborn between 1200 and 2000 g			1
• Newborn < 1200 g			2
11. Technopharmacological support (actual or en route)			
• None			0
• Group I			1
• Group II			2
Group I		Group II	
• Inotropics	• Steroids	• Inotropics + Vasodilators	
• Vasodilators	• Manitol 20%	• M.A.S.T.	
• Antiarrhythmics	• Thrombolytics	• Infant incubator	
• Bicarbonate	• Naloxone	• General anaesthetics	
• Analgesics	• Thoracic Tube	• Uterine relaxants	
• Antiepileptics	• Suction		
Points	Group	Vehicle	Staff
0–2	0	Conventional ambulance	None
3–6	I	Conventional ambulance	Nurse
Over 6	II	Group ICU Helicopter recommended if transfer > 1 hour	Doctor + Nurse

Anexo 12 – *Paediatric Observation Priority Score* de Roland et al, 2016

D. Roland *et al.*

Appendix

Paediatric Observation Priority Score (POPS) Chart

This chart is not a substitute for good clinical judgement and any concerns about the condition of a child should be brought to the attention of a senior nurse or doctor

Age	Score	2	1	0	1	2	Total Score	Priority
Any	Sats	<90%	90-94%	>95%	90-94%	<90%		
Any	Breathing	Stridor	Audible grunt or wheeze	No distress	Mild or Moderate Recession	Severe Recession	0-1	
Any	AVPU	Pain	Voice	Alert	Voice	Pain	2-3	
Any	Gut Feeling	High level concern	Low level concern	Well	Low level concern	Child looks unwell	4-7	
Any	Other	Oncology Patient	Significant PMH*		Significant PMH*	Congenital heart disease	8+	Immediate review
0-1	Pulse	<90	90 - 109	110 - 160	161 - 180	180+	Any child scoring above 8 should be considered for transfer to resus	
	RR	<25	25 - 29	30 - 40	41 - 50	50+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 37.5°	37.6 - 39°	39°+		
1-2	Pulse	<90	90 - 99	100 - 150	151 - 170	170+		
	RR	<20	20 - 24	25 - 35	36 - 50	50+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 38.4°	38.5 - 40°	40°+		
2-5	Pulse	<80	80 - 94	95 - 140	141 - 160	160+		
	RR	<20	20 - 24	25 - 30	31 - 40	40+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 38.4°	38.5 - 40°	40°+		
5-12	Pulse	<70	70 - 79	80 - 120	121 - 150	150+		
	RR	<15	15 - 19	20 - 25	26 - 40	40+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 38.4°	38.5 - 40°	40°+		
13-16	Pulse	<50	50 - 60	60 - 100	100 - 110	110+		
	RR	<12	12 - 14	15 - 20	20 - 25	25+		
	Temp	<35°	35 - 35.9°	36 - 38.4°	38.5 - 40°	40°+		

***Significant PMH includes:**

- Ex-premature
- Syndromic conditions
- Cardiac problems
- Asthma
- Diabetes
- Long term steroids
- All other chronic conditions

POPS is copyright (creative commons attribution non-commercial sharealike 4.0) Dr Damian Roland and Dr Ffion Davies 2010
This is version 1.2 August 2015

Anexo 13 – *A Guideline for use of Paediatric Observation Priority Score (POPS)*

A Guideline for use of Paediatric Observation Priority Score (POPS)

Reference No:	G_CS_76
Version:	1.0
Ratified by:	LCHS Trust Board
Date ratified:	10 th May 2016
Name of originator / author:	Tim Balderstone
Name of responsible committee / individual:	Quality Scrutiny Group
Date Approved by committee:	11 th April 2016
Date issued:	May 2016
Review date:	April 2018
Target audience:	All Staff
Distributed via:	Website

Anexo 14 – Declaração do Enfermeiro Chefe e da Enfermeira Responsável pela Formação

DECLARAÇÃO

Para os efeitos de avaliação curricular, torna-se pertinente dar o feedback do projeto de intervenção realizado pelo Estudante Rui Pereira do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de [REDACTED]

O Projeto em questão aborda o transporte inter-hospitalar em Pediatria, um tema bastante relevante e de grande importância no contexto de Urgência Pediátrica.

Ao longo do desenvolvimento do projeto o estudante trabalhou e refletiu com as equipas de enfermagem e médica, sempre tendo como linha orientadora a qualidade e segurança do utente pediátrico.

Salienta-se a construção dos documentos:

- Guia Orientador para o Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico
- Impresso A – Avaliação da condição clínica da criança/jovem
- Impresso B – Avaliação para o transporte Hospitalar Pediátrico
- Chek-list
- Folheto Informativo

A construção dos supra citados documentos conduziu a um crescimento de conhecimento adquiridos pela equipa de enfermagem através da formação em serviço com recurso a partilha e análise crítica. O envolvimento, interesse e dinamismo por parte do estudante são de realçar no decurso do processo.

A postura de proatividade e motivação adoptada pelo estudante na conceção e divulgação dos documentos promoveu o envolvimento das equipas do Serviço de Pediatria (Urgência Pediátrica e Pediatria Internamento).

[REDACTED], 8 de Janeiro de 2018

O Enf^o Chefe [REDACTED]

[REDACTED]

Enf^o Responsável pela Formação [REDACTED]

[REDACTED]