

**Stefanie Azeredo Tomás**

**Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência  
pré-hospitalar pediátrica**

Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2022



**Stefanie Azeredo Tomás**

**Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência  
pré-hospitalar pediátrica**

Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2022



**Stefanie Azeredo Tomás**

**Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência  
pré-hospitalar pediátrica**

Atesto a originalidade do trabalho:

  
\_\_\_\_\_  
(Stefanie Azeredo Tomás)

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Fátima Maia e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria da Conceição Manso.

## RESUMO

STEFANIE AZEREDO TOMÁS: Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

(Sob orientação do Prof. Doutora Fátima Maia e coorientação Prof. Doutora Maria da Conceição Manso)

A comunicação na prestação de cuidados de saúde é crucial para o caminho da melhoria da qualidade dos atendimentos hospitalares. Os objetivos desta investigação são compreender em profundidade as necessidades que os profissionais do INEM sentem nos atendimentos de emergência pré-hospitalar pediátrica, nomeadamente compreender e caracterizar como ocorre o processo comunicativo no atendimento de emergência pediátrica e que materiais são utilizados e necessários; construir material apelativo e facilitador da comunicação/intervenção para este contexto específico de prestação de serviços pediátricos. O estudo desenvolveu-se em três fases: a primeira de carácter descritivo, transversal e quantitativo, avaliando a perceção dos profissionais do INEM em relação à comunicação num atendimento de emergência, através da aplicação de um questionário. A segunda fase englobou a caracterização do contexto e do processo comunicativo, através de entrevistas em profundidade e da observação no terreno (estágio de observação), no âmbito da prestação de serviços de atendimento de emergência pediátrica pré-hospitalar, bem como a identificação do material existente. A terceira fase contemplou a criação de material facilitador da comunicação especificamente para este contexto, nomeadamente uma Prancha de Comunicação e um Cartão de Identificação Pediátrico. Os participantes foram profissionais do INEM que pudessem estar em contacto direto com as vítimas pediátricas, tais como psicólogos, enfermeiros e técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH), a desempenharem funções em diferentes meios de assistência. As questões éticas foram asseguradas, assim como garantida a salvaguarda do anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Como principais

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

resultados na primeira fase destaca-se a necessidade de formação na área da comunicação pediátrica e suas especificidades, assim como a implementação de materiais facilitadores do processo de comunicação. Na segunda fase desta investigação destaca-se a inexistência de facilitadores comunicativos pediátricos e novamente formação específica na área da comunicação pediátrica carente. Destaca-se assim, a necessidade de desenvolver materiais facilitadores da comunicação específicos para este contexto (como por exemplo, Pranchas Comunicativas e o Cartão de Identificação Pediátrico), e de formação específica na área da comunicação pediátrica e suas especificidades aos profissionais do INEM (principalmente casos excepcionais como crianças com NE).

**Palavras-chave:** Comunicação na prestação de cuidados de saúde; barreiras comunicativas, facilitadores comunicativos, CAA, emergência pré-hospitalar pediátrica.

## **ABSTRACT**

STEFANIE AZEREDO TOMÁS: Use of communicative facilitators in pediatric pre-hospital emergency care

(Under the orientation of Prof. Doutor Fátima Maia and co-supervision of Prof. Doutora Maria da Conceição Manso)

Communication in the provision of health care is crucial for the path of improving the quality of hospital care. The objectives of this investigation are to understand in depth the needs that INEM professionals feel in pediatric pre-hospital emergency care, namely to understand and characterize how the communicative process occurs in pediatric emergency care and what materials are used and necessary; build appealing material and communication/intervention facilitator for this specific context of pediatric service delivery. The study was carried out in three phases: the first was descriptive, transversal and quantitative, assessing the perception of INEM professionals in relation to communication in emergency care, through the application of a questionnaire. The second phase involved the characterization of the context and the communicative process, through in-depth interviews and field observation (observation stage), within the scope of the provision of pre-hospital pediatric emergency care services, as well as the identification of the material existing. The third phase included the creation of material to facilitate communication specifically for this context, namely a Communication Board and a Pediatric Identification Card. Participants were INEM professionals who could be in direct contact with pediatric victims, such as psychologists, nurses and pre-hospital emergency technicians (TEPH), performing functions in different care settings. Ethical issues were ensured, as well as safeguarding the anonymity of participants and data confidentiality. As main results in the first phase, we highlight the need for training in the area of pediatric communication and its specificities, as well as the implementation of materials that facilitate the communication process. In the second phase of this investigation, the lack of pediatric communicative facilitators and again specific training

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

in the area of needy pediatric communication stands out. Thus, the need to develop materials that facilitate communication specific to this context (such as Communication Boards and the Pediatric Identification Card), and specific training in the area of pediatric communication and its specificities for INEM professionals (mainly exceptional cases such as children with SN).

**Key-words:** Communication in the provision of health care; communicative barriers, communicative facilitators, AAC, pediatric pre-hospital emergency.

## RESUMÉ

STEFANIE AZEREDO TOMÁS: Utilisation des facilitateurs communicatifs en soins d'urgence préhospitaliers pédiatriques

(Sous la supervision du Prof. Dr. Fátima Maia et co-direction du Prof. Dr. Maria da Conceição Manso)

La communication dans la prestation des soins de santé est cruciale pour la voie de l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers. Les objectifs de cette enquête sont de comprendre en profondeur les besoins que les professionnels de l'INEM ressentent dans les soins d'urgence préhospitaliers pédiatriques, à savoir comprendre et caractériser comment se déroule le processus communicatif dans les soins d'urgence pédiatriques et quels matériels sont utilisés et nécessaires ; construire du matériel attrayant et un facilitateur de communication/intervention pour ce contexte spécifique de prestation de services pédiatriques. L'étude s'est déroulée en trois phases : la première était descriptive, transversale et quantitative, évaluant la perception des professionnels de l'INEM par rapport à la communication dans les soins d'urgence, à travers l'application d'un questionnaire. La deuxième phase a impliqué la caractérisation du contexte et du processus de communication, à travers des entretiens approfondis et une observation de terrain (étape d'observation), dans le cadre de la prestation de services de soins d'urgence pédiatriques préhospitaliers, ainsi que l'identification du matériel existant. La troisième phase comprenait la création de matériel pour faciliter la communication spécifiquement pour ce contexte, à savoir un tableau de communication et une carte d'identification pédiatrique. Les participants étaient des professionnels de l'INEM qui pouvaient être en contact direct avec les victimes pédiatriques, tels que des psychologues, des infirmières et des techniciens d'urgence préhospitaliers (TEPH), exerçant des fonctions dans différents environnements de soins. Les questions éthiques ont été assurées, ainsi que la sauvegarde de l'anonymat des participants et la confidentialité des données. Comme principaux résultats de la première phase, nous soulignons le besoin de formation dans le

domaine de la communication pédiatrique et ses spécificités, ainsi que la mise en place de matériels facilitant le processus de communication. Dans la deuxième phase de cette enquête, le manque d'animateurs communicatifs pédiatriques et encore une fois de formation spécifique dans le domaine de la communication pédiatrique nécessiteuse ressort. Ainsi, la nécessité de développer des matériels facilitant la communication spécifique à ce contexte (tels que les Tableaux de Communication et la Carte d'Identification Pédiatrique), et des formations spécifiques dans le domaine de la communication pédiatrique et ses spécificités pour les professionnels de l'INEM (principalement des cas exceptionnels tels que les enfants avec besoins spéciaux).

**Mots clés :** Communication dans la prestation de soins de santé ; barrières communicatives, facilitateurs communicatifs, Communication Augmentative et Alternative, urgence préhospitalière pédiatrique.

## **DEDICATÓRIAS**

Dedico este trabalho à minha MÃE, pois é ela que caminha sempre ao meu lado, sem nunca me deixar desistir! Porque é ELA que me inspira e me ensinou a lutar pelos sonhos! Porque nos seus braços serei sempre a menina cheia de amor!

Aos meus avós...avô Manel e avô Braga! Existe um lugar no coração onde o tempo e a distância têm menos importância! Para as minhas estrelinhas mais brilhantes!

“Um dia aprendi que sonhos existem para tornar-se realidade. E, desde aquele dia, já não durmo para descansar. Simplesmente durmo para sonhar.” (Walt Disney)

## AGRADECIMENTOS

A terminar esta investigação, resta-me agradecer a todos os que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

À minha orientadora Professora Doutora Fátima Maia, por ter embarcado comigo nesta viagem longa e desafiante, onde foi sempre crescente a exigência que me foi impondo na sua concretização! Obrigada por sempre ter acreditado que juntas chegaríamos à sua conclusão, e com um desfecho feliz! Obrigada de coração!

À minha co-orientadora Professora Doutora Conceição Manso, que também abraçou esta viagem comigo, mesmo sabendo que viria a ser atribulada! Por me ter ensinado o rigor e a objetividade, e por ter estado sempre lá, mesmo nas horas mais difíceis! Muito obrigada!

À minha co-orientadora do INEM, Doutora Sónia Cunha, pela sua incansável e amável disponibilidade! Pela sua prontidão a resolver os obstáculos que foram surgindo, grata por ter acreditado e por ter feito mais uma vez parte deste sonho! Obrigada!

A todos os profissionais do INEM, que conheci e fizeram parte desta investigação! São realmente seres humanos incríveis que tanto admiro, e com quem tive o prazer de partilhar esta investigação! Ficaram boas amigas! Um grande bem-haja!

À minha amiga/irmã de palmo e meio Tânia Completo que fez aqui tanta diferença! Conseguir florescer e perfumar esta viagem, tornando-a mais bonita, facilitando a ultrapassar os obstáculos que apareceram! Sabes qual o teu lugar no meu coração.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

A toda a minha família e amigos (que são mesmo muitos!), por me ajudarem nas horas mais desafiadoras a seguir em frente! Gestos que nunca serão esquecidos...estão todos num lugar bem especial dentro no meu coração, obrigada!

Aos pais dos meus meninos, aos meus pequenotes e a todos os restantes pacientes, pela força e coragem que me transmitiram, e por terem tido a paciência de aguardar todo este tempo pelo meu regresso! É por isso que a vida vale a pena! Só posso agradecer e estar de coração cheio!

Por último, e não menos importante, a quem tenho um carinho muito especial, à minha querida MÃE! Que caminha sempre comigo em todas as minhas viagens! O meu porto seguro e com quem aprendi que nunca se desiste dos sonhos! Porque são eles que comandam a nossa vida!

A TODOS sou imensamente GRATA, obrigada!

## ÍNDICE

|   |          |
|---|----------|
| LISTA DE ABREVIATURAS.....  | xx       |
| INTRODUÇÃO.....   | 1        |
| <b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....                                     | <b>5</b> |
| 1.1. A COMUNICAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE .....                          | 5        |
| i. O processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde .....                  | 5        |
| 1.2. BARREIRAS À COMUNICAÇÃO.....   | 7        |
| i. Grupos populacionais mais vulneráveis a ocorrer barreiras comunicativas .....    | 10       |
| 1.3. FACILITADORES COMUNICATIVOS .....  | 14       |
| i. Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) na prestação de cuidados de saúde    | 15       |
| ii. O papel do Terapeuta da Fala na promoção da comunicação na prestação de         |          |
| cuidados de saúde.....  | 21       |
| iii. Utilização de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde .  | 25       |
| iv. Protocolos e programas para auxiliarem a comunicação no contexto de prestação   |          |
| de cuidados de saúde .....  | 36       |
| 1.4. A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PACIENTES E/OU                          |          |
| FAMILIARES NO USO DE FACILITADORES COMUNICATIVOS NA                                 |          |
| PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE .....  | 44       |
| i. Perceção dos profissionais de saúde acerca do uso de facilitadores comunicativos |          |
| na prestação de cuidados de saúde .....   | 44       |
| ii. Perceção dos familiares de pessoas vulneráveis a evidenciar dificuldades        |          |
| comunicativas na prestação de cuidados de saúde .....                               | 46       |
| iii. Perceção dos próprios pacientes acerca uso de facilitadores comunicativos na   |          |
| prestação de cuidados de saúde .....  | 48       |

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

|  |           |
|--|-----------|
| 1.5. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NA PEDIATRIA .....                   | 49        |
| i. Especificidades dos atendimentos de emergência pediátrica.....        | 49        |
| ii. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) .....                 | 55        |
| <b>CAPÍTULO II - MÉTODO .....</b>  | <b>65</b> |
| INTRODUÇÃO .....   | 65        |
| 2.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO .....                                       | 65        |
| i. Questões de investigação e objetivos do estudo .....                  | 66        |
| ii. Participantes .....  | 70        |
| 2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E PROCEDIMENTOS |           |
| 72   |           |
| i. Questionário (Fase I).....  | 72        |
| ii. Guião de Entrevista (Fase II) .....                                  | 75        |
| iii. Grelha de Registo (Estágio de Observação) - Fase II .....           | 78        |
| 2.3. QUESTÕES ÉTICAS.....  | 80        |
| 2.4. MÉTODOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS .....                     | 80        |
| i. Análise dos dados quantitativos .....                                 | 80        |
| ii. Análise de dados qualitativos.....                                   | 81        |
| iii. Dados recolhidos através da Grelha de Observação .....              | 91        |
| 2.5. PROCEDIMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE MATERIAL FACILITADOR DA          |           |
| COMUNICAÇÃO (FASE III) .....   | 92        |
| <b>CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>                   | <b>95</b> |
| INTRODUÇÃO .....   | 95        |
| 3.1. QUESTIONÁRIO ONLINE .....   | 95        |
| i. Caracterização da amostra do estudo .....                             | 95        |
| ii. Área de formação .....   | 98        |
| iii. Meios de emergência do INEM onde prestam serviço .....              | 98        |
| iv. Formação na área da comunicação .....                                | 99        |
| v. Comunicação pediátrica .....  | 101       |
| vi. Sugestões.....   | 106       |

|  |            |
|--|------------|
| vii. Apresentação e análise de outros dados em função das questões de investigação e objetivos do estudo ..... | 107        |
| 3.2. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....   | 114        |
| i. Categoria 1 - Preparação a Caminho do Local.....  | 115        |
| ii. Categoria 2 - Avaliação de outros aspetos .....  | 119        |
| iii. Categoria 3 - Avaliação/Intervenção da Criança .....  | 122        |
| iv. Categoria 4 - Atendimento a vítimas PEDIÁTRICAS ESTRANGEIRAS .....   | 161        |
| v. Categoria 5 - Atendimento a vítimas PEDIÁTRICAS com NE .....  | 167        |
| vi. Categoria 6 - AÇÃO PEDIÁTRICO .....  | 179        |
| vii. Categoria 7 - Fase do atendimento MAIS DESAFIADORA .....  | 183        |
| viii. Categoria 8 - Formação.....  | 187        |
| ix. Categoria 9 - Intervenção do INEM.....   | 204        |
| X. Categoria 10 - Materiais Facilitadores para a comunicação.....  | 216        |
| xi. Categoria 11 - SUGESTÕES/ PERTINÊNCIA da investigação .....  | 266        |
| xii. Categoria 12 - Outros.....  | 279        |
| 3.3. MATERIAIS FACILITADORES DA COMUNICAÇÃO (FASE III).....  | 287        |
| <b>CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>  | <b>292</b> |
| <b>CAPÍTULO V - CONCLUSÃO .....</b>  | <b>310</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>318</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1. Processo de Comunicação (Matos,2021).....   | 7   |
| Figura 2. Grupos vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas em meio hospitalar adaptado de (Blackstone, 2015).....   | 10  |
| Figura 3. Categorias relativas aos 79 materiais facilitadores da comunicação identificados no Contexto de Prestação de Cuidados de Saúde (contabilização do número entre parêntesis)..... | 25  |
| Figura 4. Categorias e subcategorias de acordo com a função dos materiais, e contabilização dos mesmos (nº entre parêntesis).....   | 27  |
| Figura 5. Procedimento de avaliação pediátrica visual de acordo com o Triângulo de Avaliação Pediátrico (TAP) (Valente et al.,2012a).....   | 62  |
| Figura 6. Dados codificados no "Códigos" no NVivo.....  | 90  |
| Figura 7. Formação na área da comunicação pediátrica.....   | 190 |
| Figura 8. Cartão de Identificação Pediátrico (desdobrável).....   | 291 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Resultados da Categoria 1 "APOIO à comunicação" (31), subcategoria: 1.1. Prestação de cuidados de saúde em diversos contextos. ....     | 28 |
| Tabela 2. Resultados da categoria: APOIO à comunicação (31), subcategoria: 1.2. Prestação de Cuidados de Saúde na Emergência Pré-Hospitalar. .... | 29 |
| Tabela 3. Resultados da categoria: APOIO à comunicação (31), subcategoria: 3.1. Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Hospitalar .....           | 30 |
| Tabela 4. Resultados da categoria 2: INFORMAÇÃO ao profissional (30), Subcategoria: 2.1. Conduta Profissional. ....                               | 30 |
| Tabela 5. Resultados da categoria 2: INFORMAÇÃO ao profissional (30), Subcategoria: 2.2. Recolha de informação básica do utente. ....             | 32 |
| Tabela 6. Resultados da categoria 3: Preparação/antecipação de situações (30), Subcategoria: 3.1. Utentes pediátricos. ....                       | 33 |
| Tabela 7. Resultados da categoria 3: Preparação/Antecipação de situações (27), Subcategoria: 3.2.: Utentes Jovem/Adulto. ....                     | 34 |
| Tabela 8. Resultados da categoria 3: Preparação/Antecipação de situações (30), Subcategoria: 3.3. Famílias/Cuidadores. ....                       | 35 |
| Tabela 9. Programa de comunicação FRAME (Adaptado de Yorkston et al. (2018, p.49)). ....  | 40 |
| Tabela 10. O protocolo SPIKES adaptado de (Cruz e Riera, 2016, p.107).....  | 40 |
| Tabela 11. Meios de emergência médica e tripulação envolvente (INEM, 2013). ....  | 59 |
| Tabela 12. Unidades de registo por categorias (descritores recolhidos). ....  | 90 |
| Tabela 13. Caracterização sociodemográfica da amostra.....  | 97 |
| Tabela 14. Habilitações Literárias dos participantes. ....  | 97 |
| Tabela 15. Área de formação.....  | 98 |
| Tabela 16. Meios de emergência do INEM onde prestam serviços. ....  | 98 |
| Tabela 17. Formação específica na área da comunicação pediátrica dos profissionais do INEM.....   | 99 |
| Tabela 18. Local de formação dos profissionais do INEM.....   | 99 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 19. Especificação da formação na área da comunicação.....   | 100 |
| Tabela 20. Importância de formação específica na área da comunicação pediátrica. ..  | 100 |
| Tabela 21. DIFICULDADES/DESAFIOS na comunicação com as vítimas pediátricas.<br>.....   | 101 |
| Tabela 22. Dificuldades/desafios de MAIOR severidade. ....   | 102 |
| Tabela 23. Necessidades MAIS PREMENTES para melhorar a comunicação. ....   | 103 |
| Tabela 24. Estratégias comunicativas para facilitar a interação/comunicação.....   | 104 |
| Tabela 25. Importância da existência de material físico. ....  | 105 |
| Tabela 26. Sugestões fornecidas pelos profissionais.....   | 106 |
| Tabela 27. Meios de Emergência e Formação na área da comunicação. ....   | 108 |
| Tabela 28. Meios de emergência e importância da Formação na área da comunicação.<br>.....  | 108 |
| Tabela 29. Meios de Emergência e dificuldades/desafios de maior severidade.....  | 109 |
| Tabela 30. Meios de Emergência e necessidades mais prementes. ....   | 110 |
| Tabela 31. Meios de Emergência e Estratégias. ....   | 110 |
| Tabela 32. Meios de Emergência e importância de existência de material físico. ....  | 111 |
| Tabela 33. Meios de Emergência e importância de existência de material físico. ....  | 112 |
| Tabela 34. Anos de experiência no INEM e sua relação com dificuldades de maior<br>severidade, necessidades mais prementes e estratégias comunicativas apresentadas pelos<br>questionados. .... | 112 |
| Tabela 35. Categorias .....  | 114 |
| Tabela 36. Subcategorias da Categoria 1.....   | 115 |
| Tabela 37. Subcategoria da Categoria 2 .....   | 119 |
| Tabela 38. Subcategorias da Categoria 3.....   | 122 |
| Tabela 39. Subcategorias da Categoria 4.....   | 161 |
| Tabela 40. Subcategorias da Categoria 5.....   | 167 |
| Tabela 41. Subcategorias da Categoria 6.....   | 179 |
| Tabela 42. Categoria 7.....  | 183 |
| Tabela 43. Subcategorias da Categoria 8.....   | 187 |
| Tabela 44. Subcategorias da Categoria 9.....   | 204 |
| Tabela 45. Subcategorias da Categoria 10.....  | 216 |
| Tabela 46. Categoria 11 .....  | 266 |
| Tabela 47. Categoria 12.....   | 279 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Ao longo da tese, foram colocadas algumas abreviaturas, nomeadamente:

- AEM** - Ambulâncias de Emergência Médica
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- CAA** - Comunicação Aumentativa e Alternativa
- CAPIC** - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
- CODU** - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- CVP** - Cruz Vermelha Portuguesa
- DAE** - Desfibrilhação Automática Externa
- DR** - Delegações Regionais
- EPI** - Equipamento de Proteção Individual
- INEM** - Instituto Nacional de Emergência Médica
- LGP** - Língua Gestual Portuguesa
- NE** - Necessidades Especiais
- PC** - Paralisia Cerebral
- PEA** - Perturbação do Espectro do Autismo
- PEM** - Postos de Emergência Médica
- SIEM** - Sistema Integrado de Emergência Médica
- SIV** - Suporte Imediato de Vida
- TAP** - Triângulo de Avaliação Pediátrico
- TCE** - Traumatismo Crânio Encefálico
- TEPH** - Técnico de Emergência Pré-hospitalar
- TF** - Terapeuta da Fala
- TIP** - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
- UFP** - Universidade Fernando Pessoa
- UMIPE** - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência
- VMER** - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## INTRODUÇÃO

### **Problemática e motivações**

A comunicação eficiente entre os profissionais de saúde e os seus pacientes, é, sem dúvida, um tema de importância e destaque em diferentes contextos na prestação de cuidados de saúde. Influencia na qualidade dos serviços hospitalares prestados e, por consequência, na diminuição de custos para estas entidades (Beukelman e Light, 2020; Hurtig et al., 2018).

Contudo, uma comunicação harmoniosa e eficaz nem sempre é tarefa fácil em saúde, pelas próprias características que estes contextos apresentam, e devido ao momento de fragilidade pelo qual o paciente atravessa. Obviamente que estes fatores ainda se destacam mais quando o contexto é a emergência pré-hospitalar, já que se trata de um atendimento rápido e objetivo, associado à dor e, muitas vezes, a situações traumáticas (Blackstone e Kalies, 2015; Gormley e Light, 2019; Kristensen et al., 2018; Oslund, 2017). Reforçando que quando estes atendimentos são direcionados para a população pediátrica a probabilidade de existirem barreiras comunicativas é ainda superior. A população pediátrica é tendencialmente mais frágil, muitas vezes com dificuldades em se expressar, sentindo-se assustada, com medo das pessoas que lhe são desconhecidas e da própria situação em si que, frequentemente, lhe causa sofrimento. São atendimentos mais exigentes para os profissionais do ponto de vista emocional, mas também do ponto de vista anatómico. Se os atendimentos pediátricos forem direcionados a crianças estrangeiras e/ou com necessidades especiais (NE), as dificuldades de comunicação/interação ainda são obviamente mais escrupulosas (Blackstone, 2015; Costa e Morais, 2017; Dorsey et al., 2022; Ribeiro et al., 2019).

É então importante e essencial a existência de facilitadores comunicativos para auxiliar os profissionais a estabelecerem uma relação empática de forma mais célere e eficiente, como também apoiar e auxiliar as trocas comunicativas com esta população tão específica e especial (auxiliando na gestão destes atendimentos sentidos como mais exigentes para os profissionais de saúde) (Bell e Condren, 2016; Dorsey et al., 2022; Gormley e Light,

2019; Handberg e Voss, 2018b; Hemsley e Balandin, 2014; Oslund, 2017; Stans et al., 2018; Thunberg et al., 2016).

O facto de serem sentidas várias necessidades no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica pelos profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em termos comunicativos, incentivou/motivou poder explorar este contexto com maior detalhe/profundidade, com o objetivo de se compreender quais os facilitadores comunicativos mais indicados para este contexto. Estas razões foram sustentadas no longo percurso profissional da investigadora como terapeuta da fala, utilizando a CAA com diversos objetivos, reconhecendo a fundamental importância da mesma como um facilitador à comunicação. Concomitantemente o interesse/curiosidade e vontade em poder contribuir com algo que pudesse facilitar a comunicação neste contexto (desafio já iniciado desde a dissertação de mestrado), contribuíram também para a realização desta investigação, considerando-se que seria pertinente ser dada continuidade com a tese de doutoramento.

### **Desenho da investigação**

Pretendeu-se dar resposta a quatro questões de investigação, as quais são referidas de seguida e que orientaram o desenrolar deste estudo em três fases diferentes:

#### **FASE I**

Questão 1 - Quais as necessidades relativamente ao atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?

#### **FASE II**

Questão 2 - Como se desenrola o processo de atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica em Portugal, com especial atenção aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?

Questão 3 - Que materiais podem constituir-se como facilitadores da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?

### **FASE III**

Questão 4 - De acordo com a informação recolhida nas fases anteriores qual o material facilitador da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico a construir?

Utilizou-se a metodologia quantitativa e qualitativa nesta investigação, recorrendo-se à aplicação de questionários (Fase I), ao uso de Entrevistas em profundidade aos profissionais do INEM que possam estar em contacto com vítimas pediátricas (enfermeiros, TEPH e psicólogos) (Fase II) e à observação no terreno deste tipo de atendimento com o preenchimento de Grelhas de Registo (Fase II), e ainda à construção de materiais facilitadores da comunicação (Fase III).

### **Organização e conteúdos**

Esta investigação está dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao Enquadramento Teórico. Este está subdividido em cinco subcapítulos: (1) A comunicação na prestação de cuidados de saúde, (2) Barreiras à comunicação, (3) Facilitadores Comunicativos, (4) A perceção dos profissionais de saúde, pacientes e/ou familiares no uso de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde e (5) Prestação de Cuidados de Saúde na Pediatria. Nestes subcapítulos são abordados diversas temáticas importantes: como ocorre o processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde; grupos populacionais mais vulneráveis a barreiras comunicativas; Comunicação Aumentativa e Alternativa; o papel do Terapeuta da Fala na promoção da comunicação na prestação de cuidados de saúde; utilização de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde; protocolos e programas para auxiliarem a comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde; diferentes perceções (dos profissionais de saúde, familiares e pacientes) no uso de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde; especificidades dos atendimentos de emergência pediátrica e uma breve abordagem sobre o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). O capítulo

seguinte (II) diz respeito ao Método, nomeadamente ao desenho da investigação (questões e objetivos de investigação; participantes); a caracterização dos instrumentos de recolha de dados e respetivos procedimentos ( Questionário (Fase I), Guião de Entrevista (Fase II) e Grelha de Registo (Estágio de Observação) - (Fase II)); as questões éticas; os métodos de análise de tratamento dos dados (análise dos dados quantitativos e qualitativos e dados recolhidos através da Grelha de Observação); e ainda os procedimentos para a construção de material facilitador da comunicação (Fase III). No capítulo III, são expostos os resultados das diferentes fases desta investigação e os materiais facilitadores da comunicação. No capítulo IV apresenta-se a discussão dos resultados, e, por fim, apresentam-se as principais conclusões no Capítulo V. No final, são descritas as Referências Bibliográficas.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1. A COMUNICAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

#### **i. O processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde**

Este é sem dúvida, um tema transversal na saúde e com relevância em contextos muito diferentes, desde a relação entre profissionais e utentes, a relação entre profissionais, a comunicação interna, a qualidade do atendimento, os custos hospitalares e a interação entre as instituições de saúde (Beukelman e Light, 2020; Beukelman e Mirenda, 2013; Hurtig et al., 2018).

Pode-se definir a comunicação como um processo bidirecional em que existe troca de informações e ideias, envolvendo processos de compreensão e de expressão da mensagem recebida. As formas de expressão englobam a comunicação oral (verbalização), mas também toda a comunicação não-oral, como por exemplo, gestos simples, expressões faciais, expressões corporais e formas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), na modalidade gráfica, gestual e/ou tangível, podendo também contemplar dispositivos com saída de voz. A comunicação eficaz é fundamental para que o ser humano consiga transmitir necessidades, vontades, preferências e emoções que possam ser entendidas pelo parceiro ou parceiros comunicativos, podendo ser necessário efetuar ajustes para que a mensagem seja compreendida (Beukelman e Mirenda, 2013; Blackstone, 2015; The Joint Commission, 2022).

Assim, a comunicação não-verbal é de igual modo importante durante o processo comunicativo, pois facilita a compreensão de toda a componente verbal, podendo também transmitir informações isoladamente (Alex, 2020; Araújo et al., 2007; Benson, 2014; Beukelman e Mirenda, 2013).

Na prestação de cuidados de saúde, é primordial promover uma relação empática entre os profissionais de saúde e os pacientes, com o intuito de alcançar a sua satisfação.

Neste sentido, claramente uma comunicação eficaz é um critério forte para a promoção deste bem-estar junto do paciente neste contexto, quer a nível relacional, quer da intervenção propriamente dita, assim como nos resultados resultantes da mesma (Beukelman e Mirenda, 2013; Hurtig et al., 2018; Naughton, 2018). Uma boa comunicação entre os profissionais e os pacientes também assume um papel importante na redução dos custos para as entidades hospitalares, pois aumenta a probabilidade do utente permanecer menos tempo em ambiente hospitalar (Blackstone et al., 2011; Hurtig et al., 2018), bem como influência positivamente na segurança do utente e consequentemente na sua qualidade de vida (Blackstone et al., 2011; Khan et al., 2018; Naughton, 2018; Blackstone, 2015).

Segundo a The Joint Commission (2022), uma comunicação eficaz no contexto de prestação de cuidados de saúde, é aquela em que os profissionais e os seus pacientes trocam informações, fazendo com que estes últimos participem na sua própria intervenção. Sendo a comunicação um direito fundamental do ser humano, os profissionais de saúde devem estar atentos às preocupações e vontades dos pacientes e/ou cuidadores/familiares dos mesmos, para conseguirem alcançar uma maior confiança no tratamento (Ahmed, 2020; Benson, 2014; Blackstone, 2018; Khan et al., 2018; Naughton, 2018; Topia e Hocking, 2012).

Para que a interação dos profissionais de saúde nestes contextos seja assegurada de um modo adequado, é necessário que estes olhem para o paciente de uma forma holística, sendo importante conhecer não só o motivo pelo qual ali se encontra, mas também as suas necessidades (Alcântara et al., 2016; Khan et al., 2018). Cabe ao profissional de saúde dar oportunidade ao paciente para poder garantir as suas escolhas, com o objetivo de conseguirem entendimento mútuo (Benson, 2014; Beukelman e Mirenda, 2013; Levinson et al., 1997; Oslund, 2017).

Deste modo, os profissionais devem também estar atentos aos comportamentos não-verbais que os pacientes exibem e ao que os mesmos possam estar a transmitir, permitindo-lhes a adequação de forma mais assertiva de todo o plano terapêutico e a obtenção de resultados mais satisfatórios (Araújo et al., 2007; Blackstone et al., 2015a; Blackstone, 2018; Stans et al., 2018).

Como o tema base desta investigação é a comunicação na emergência pré-hospitalar pediátrica, seguidamente serão abordados os três elementos que são apontados como fundamentais para que o processo de comunicação interpessoal possa ocorrer adequadamente entre os parceiros comunicativos, assumindo estes alternadamente os papéis de emissor e o recetor.

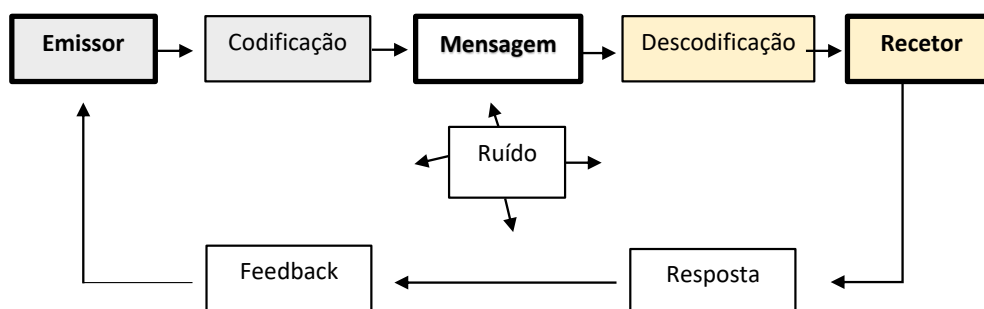


Figura 1. Processo de Comunicação (Matos,2021)

Tal como pode ser observado na figura anterior (fig.1), podem existir dificuldades na descodificação da mensagem recebida pelo recetor. Ou seja, podem existir *barreiras comunicativas* na interpretação da informação recebida, assim como pacientes mais vulneráveis a evidenciar este tipo de dificuldade. Supondo que o papel de emissor é muitas vezes assumido pelos profissionais de saúde, existem *facilitadores comunicativos* que podem ser usados na codificação da mensagem, facilitando a compreensão do recetor na sua descodificação (o que se pode constituir como especialmente benéfico para agilizar a comunicação com grupos vulneráveis que evidenciem dificuldades de compreensão e expressão). Ambos os aspetos anteriormente referidos, pela importância que assumem, serão de seguida abordados com maior detalhe, considerando este contexto específico de prestação de cuidados de saúde.

## 1.2. BARREIRAS À COMUNICAÇÃO

Entende-se por barreira comunicativa, qualquer situação que interfira com o facto da mensagem transmitida não ser descodificada corretamente (Blackstone et al., 2015a), podendo haver dificuldade na transmissão, no processamento e/ou na compreensão da informação verbal e não-verbal (Blackstone et al., 2015a; ASHA, 1993, ASHA, 2022).

Estas barreiras podem ocorrer por diferentes motivos, os quais se podem manifestar de forma isolada ou conjunta: decorrentes de dificuldades de descodificação da mensagem pelo recetor (intrínsecas ao paciente); decorrentes do próprio contexto de prestação de cuidados de saúde; e/ou pela falta de formação por parte dos profissionais de saúde (extrínsecas ao paciente) (ASHA, 2022).

Relativamente às **dificuldades de descodificação da informação**, sabe-se que nem sempre o paciente consegue compreender de forma adequada o profissional, acontecendo também o oposto, o profissional não compreender corretamente o paciente. Estas dificuldades podem estar interligadas com diferentes graus de comprometimento na linguagem, fala e/ou audição (ASHA, 1993; ASHA, 2022; Blackstone et al., 2015a; Gormley e Light, 2019).

No que diz respeito às **dificuldades decorrentes do próprio contexto**, pode-se englobar as próprias especificidades da prestação de cuidados de saúde, uma vez que, os atendimentos são caracterizados como rápidos e, muitas vezes, associados ao sofrimento. Como consequência surgem sentimentos de medo/fobia na população pediátrica, causando ao profissional dificuldade para que a criança se sinta à vontade com o mesmo, o que não facilita a criação de uma relação entre ambos (Blackstone e Kalies, 2015; Gormley e Light, 2019; Kristensen et al., 2018; Oslund, 2017).

Por fim, as barreiras comunicativas podem ainda estar associadas à **falta de formação específica por parte dos profissionais de saúde** (Blackstone et al., 2015b; Morris et al., 2013; Stans et al., 2018). Esta lacuna é sentida pelos próprios profissionais de saúde, como se pode verificar em diferentes estudos (Blackstone et al., 2011, 2015b; Burns et al., 2015; Stans et al., 2018; Yorkston et al., 2015a, 2018), assumindo que para que haja uma comunicação mais eficiente com os pacientes, seria necessário mais formação no que diz respeito às competências básicas de comunicação e estratégias facilitadoras neste processo, assim como deveriam ter acesso a materiais/ferramentas para os auxiliar durante os serviços. É também frequentemente relatado o facto de se sentirem desorientados quanto à abordagem que deveriam ter perante diferentes pacientes, pois a falta de conhecimento não facilita a abordagem, prejudicando a qualidade do atendimento (Burns et al., 2015; Stans et al., 2018; Yorkston et al., 2018).

Para além destas questões, as barreiras comunicativas podem também estar associadas a restrições que os hospitais possam colocar face a situações específicas, como foi a situação pandémica causada pela COVID-19. Neste caso, por exemplo, as limitações das visitas hospitalares (para evitar a propagação do vírus), acabaram por isolar ainda mais os pacientes com dificuldades comunicativas; o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) não facilita a comunicação não-verbal e, por consequência, dificultam a compreensão da mensagem. Regra geral, quando os pacientes não conseguem comunicar sentem-se ansiosos, com medo, frustrados e, nestas situações, o único meio que os profissionais têm para dar ânimo aos pacientes são as videochamadas e/ou telefonemas com as suas famílias. Contudo, estas alternativas tendem a acontecer quando existe tempo e sensibilidade do profissional face a estas questões. Ainda assim, são momentos muito rápidos e pontuais, sendo considerados alternativas inadequadas para apoiar e confortar o paciente, substituindo a presença humana (Altschuler, 2021).

As barreiras comunicativas têm assim efeitos contraproducentes para as próprias unidades hospitalares, assim como, para os pacientes como já referido. As unidades hospitalares vão ter hospitalizações mais duradouras, o que vai acarretar maior investimento financeiro para as mesmas. Esta situação também não vai agradar aos pacientes e aos seus familiares, bem como pode conduzir a prejuízos psicológicos e físicos, e em casos mais graves, à própria morte (Blackstone, 2018; Hurtig et al., 2018; Rao, 2018).

**i. Grupos populacionais mais vulneráveis a ocorrer barreiras comunicativas**



*Figura 2. Grupos vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas em meio hospitalar adaptado de (Blackstone, 2015)*

Desta forma, segundo Blackstone (2015), existem cinco grupos distintos de pessoas mais vulneráveis a evidenciarem dificuldades na comunicação em contexto hospitalar (Figura 2), sendo que se entende ser possível estender esta relação ao contexto de prestação de cuidados de saúde de emergência pré-hospitalar:

Pessoas com barreiras linguísticas - quando os pacientes são de nacionalidade diferente da do local onde recebem a prestação de cuidados de saúde, e não dominam o idioma, são criadas barreiras comunicativas na transmissão de informação necessária. Estes fatores vão comprometer a qualidade e segurança do atendimento (Bartlett et al., 2008; Blackstone et al., 2015a; Chandrika, et al., 2007; Ogbogu et al., 2022);

Pessoas com literacia limitada - quando os pacientes demonstram dificuldade em compreender/processar informação recebida para conseguir tomar decisões adequadas em saúde. Como pode ser o caso dos idosos, pessoas com baixa escolaridade, pessoas com nível socioeconómico reduzido e aqueles que recebem financiamentos do estado para suportar a sua hospitalização (Nielsen-Bohlman et al., 2004; Ogbogu et al., 2022).

São pessoas que poderão demonstrar dificuldades ao nível da leitura e escrita, assim como limitações na capacidade de comunicação com os profissionais (Center for Health Care Strategies, 2013). Desta forma, podem não compreender a informação que lhes é transmitida pelos profissionais de saúde, podendo tomar decisões não tão assertivas que levam à frustração e à sensação de abandono (Blackstone, 2015; Engelke, 2016; Ogbogu et al., 2022). Os profissionais de saúde devem ter maior sensibilidade nestes casos, e entender que, apesar de terem saberes diferentes, é necessário se ajustarem para que os atos médicos sejam de maior qualidade (Ogbogu et al., 2022; Waters e Asbill, 2013);

Pessoas com práticas/preferências religiosas ou outras, diferentes da cultura dominante - são os casos de pessoas de etnias, crenças religiosas, orientação sexual, cultura, diferentes das habituais. Sendo cada vez mais frequentes devido ao aumento da migração. É importante os profissionais de saúde estarem sensíveis a estas diferenças e saberem respeitá-las (Blackstone, 2015; Ogbogu et al., 2022; Waters e Asbill, 2013);

Pessoas com dificuldades comunicativas derivadas da situação/contexto - as dificuldades comunicativas podem ocorrer provenientes do próprio contexto, como por exemplo, nos casos em que o paciente sofre um acidente vascular cerebral (AVC) ou um traumatismo crânio encefálico (TCE), em que desencadeiam dificuldades comunicativas. Ou quando os pacientes são entubados e não conseguem comunicar após uma cirurgia (Blackstone, 2015);

Pessoas com patologias que afetam a comunicação - existem diagnósticos clínicos que contemplam dificuldades de comunicação, como é o caso da Paralisia Cerebral (PC), a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e/ou o Síndrome de *Down*, entre outros. Nestes casos a probabilidade de ocorrerem barreiras comunicativas é maior, pois o próprio sistema hospitalar frequentemente não lhes dá oportunidade de expressar as suas vontades, assim como a comunicação é mais direcionada para os seus familiares. Apesar de ser importante o suporte familiar na comunicação, é essencial que não anule as preferências do próprio paciente, assim como as suas interações comunicativas, devendo este sentir-se parte integrante da sua própria intervenção (Blackstone, 2015; Burns et al., 2018).

Outro fator que pode ser considerado uma barreira comunicativa nesta população específica é o facto de necessitarem de mais tempo para estabelecer a comunicação, pois os atendimentos hospitalares são caracterizados por encontros curtos e rápidos (Yorkston et al., 2018). A falta de conhecimento por parte dos profissionais no que diz respeito a estas condições clínicas específicas, e aos meios alternativos e aumentativos de comunicação que possam utilizar, não abonam a favor de uma comunicação mais eficaz com esta população (Hemsley et al., 2013). Existe um número considerável de pacientes com estas limitações (Blackstone et al., 2015b), sendo que se efetuassem alterações no sistema hospitalar para melhorar a forma de prestar serviços a esta população, a qualidade dos atendimentos hospitalares melhoraria (Bartlett et al., 2008).

Considerando que esta investigação se enquadra na faixa pediátrica, importa ainda salientar que para além das dificuldades mencionadas anteriormente, associadas muitas vezes a situações clínicas (relacionadas a determinadas condições de desenvolvimento), também existem outras mais específicas que podem surgir de forma isolada. Existem então diferentes grupos de pessoas suscetíveis a evidenciarem dificuldades comunicativas, devido a dificuldades de linguagem, fala e/ou de audição (ASHA, 1993; ASHA 2022, Blackstone, 2015; SPTF, 2022).

No que diz respeito à *linguagem*, as dificuldades podem surgir nos diferentes domínios linguísticos, relacionados com a forma (fonologia, morfologia e sintaxe), com o conteúdo (semântica) e/ou na função da linguagem (pragmática) (ASHA, 2022, 1993; SPTF, 2022). Podem ocorrer tanto na expressão oral, como na compreensão da informação recebida, podendo manifestar-se também ao nível da leitura e/ou escrita (Amorim, 2011; ASHA, 1993; ASHA, 2022; SPTF, 2022).

Relativamente à *fala*, as dificuldades que podem ser apresentadas pelos pacientes dizem respeito a áreas, como: o ritmo da fala (fluência); a voz (qualidade vocal); a prosódia (entoação vocal); a ressonância vocal (amplificação e modificação do som); e a articulação dos sons da fala. O ritmo da fala do paciente, ou seja, a fluência do seu discurso, pode ser inadequado, podendo existir quebras no discurso; prolongamentos de alguns sons; hesitações; repetições de sons, sílabas ou até palavras; bloqueios, entre outros.

Estas dificuldades podem ainda ser acompanhadas de expressões faciais e posturas corporais desajustadas. Ao nível da *voz*, também podem existir complicações nomeadamente quando o paciente apresenta dificuldade em manter uma voz de qualidade (problemas nas cordas vocais), na prosódia e/ou ressonância, o que vai influenciar a eficiência da comunicação com o profissional de saúde. Na articulação verbal podem ocorrer substituições, adições, omissões, ou distorções de fonemas e/ou sílabas (Amorim, 2011; ASHA, 1993; ASHA, 2022; SPTF, 2022).

Por último, em relação às complicações ao nível da *audição*, estas por consequência podem despoletar dificuldades na compreensão, articulação e/ou na linguagem.

Perturbação do desenvolvimento da linguagem - quando as crianças demonstram dificuldades no desenvolvimento e/ou na aplicação de um domínio ou mais domínios da linguagem, ou seja, quando a compreensão é afetada e/ou o sistema de símbolos falados e/ou escritos. As dificuldades podem estar relacionadas com a forma da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe); com o conteúdo da linguagem (semântica) e/ou a função da linguagem em termos comunicativas, ou seja, ao nível da pragmática, ou ainda qualquer combinação das anteriores (ASHA, 1993; ASHA 2022; SPTF, 2022).

Perturbação dos sons da fala - quando as crianças manifestam dificuldades na perceção, produção e/ou representação fonológica dos sons da fala que vai afetar a inteligibilidade do seu discurso (ASHA, 2022a; SPTF, 2022).

Perturbação da comunicação social - quando são notórias dificuldades de interação, de cognição social e/ou ao nível da pragmática, ou seja, quando existe dificuldade no uso da comunicação verbal e não verbal para fins sociais (ex. dificuldades nas regras de conversação, quando a comunicação não está adequada ao contexto, dificuldades de compreensão de interferências e sentidos não literais, ...) (ASHA, 2022b).

Emergência tardia da linguagem - quando as crianças apresentam competências abaixo do que é esperado para a sua faixa etária, na aquisição e desenvolvimento da linguagem. Assim, podem manifestar imaturidade na produção oral da linguagem, na compreensão, ou até em ambas (ASHA, 2022c).

Perturbação da fluência - quando existe uma interrupção no normal fluxo da fala, que leva a alterações no ritmo da fala, na velocidade e/ou difluências atípicas que comprometem a transparência do discurso, sendo a gaguez o distúrbio mais comum (ASHA, 2022d).

Perturbação da voz - quando a voz do paciente demonstra alterações ao nível da intensidade, do timbre, volume, ou seja, na qualidade geral (ASHA, 2022e; Boone et al., 2010).

### 1.3. FACILITADORES COMUNICATIVOS

Com intuito de facilitar o processo de comunicação junto da atuação dos profissionais de saúde, principalmente nos casos em que os pacientes têm dificuldades comunicativas intrínsecas (Gormley e Light, 2019), existem diversas *estratégias, ferramentas/materiais facilitadores*, assim como o importantíssimo *trabalho em equipa de equipas Pluridisciplinares* nestes contextos (Burns et al., 2015) e *programas de comunicação* (Yorkston et al., 2015a), que serão descritos de seguida.

Para auxiliar a comunicação entre os profissionais e os seus pacientes, é essencial o uso de *estratégias comunicativas* entre todos os intervenientes para que a troca de informação seja realizada de forma mais assertiva (Dorsey et al., 2022; Gormley e Light, 2019; Hemsley e Balandin, 2014; Wanzer et al., 2004). Existem várias estratégias que podem ser usadas, tais como: criar empatia com o paciente e saber ouvi-lo, dando-lhe o tempo que necessita para processar a informação recebida e para se exprimir; estar atento aos sinais não-verbais que o paciente possa estar a realizar, assim como efetuar questões abertas (O'gara e Fairhurst, 2004; Stans et al., 2018); ir questionando para entender se o paciente está a acompanhar o que lhe está a ser transmitido; adequar o vocabulário ao paciente; ser objetivo na comunicação e respeitá-lo (Bell e Condren, 2016; Center for Health Care Strategies, 2013; Oslund, 2017; Stock et al., 2012); fazer com que se sinta parte integrante no processo, deixando-o tomar as suas próprias decisões, dando valor às suas preocupações; estabelecer contacto ocular, para que se sinta inserido na intervenção (Bell e Condren, 2016; O'gara e Fairhurst, 2004; Oslund, 2017); envolver a família em todo o processo, explicando detalhadamente todos os procedimentos da intervenção não só ao paciente mas também aos seus principais cuidadores; se for necessário esta mesma

informação deve ser simplificada, recorrendo a tópicos para facilitar a compreensão do paciente e familiares. Os profissionais devem ainda demonstrar interesse pelas vontades dos pacientes, assim como devem repetir a informação para que facilmente seja assimilada, podendo recorrer a pistas visuais e não-verbais (alternativas à fala). Fornecer tempo suficiente ao paciente, para que consiga decodificar a mensagem recebida pelo profissional, é outra estratégia importante para que consiga colocar questões aos profissionais (Oslund, 2017; Stans et al., 2018). É ainda importante, que o ambiente seja tranquilo e calmo para que a comunicação consiga ser adequada (Stans et al., 2018).

#### **i. Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) na prestação de cuidados de saúde**

Para além dos exemplos das estratégias comunicativas mencionadas anteriormente, torna-se pertinente referir a CAA como *ferramenta facilitadora* a ser considerada para auxiliar o desenvolvimento da comunicação (Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018; Kristensen et al., 2018; Mesko et al., 2011; Morris et al., 2013; Stans et al., 2018; Thunberg et al., 2016; Vessoyan et al., 2018). Esta é compreendida como qualquer forma diferente da fala usada para facilitar a comunicação (ASHA, 2022e; Davidoff, 2018), tendo como objetivo ajudar pessoas com limitações nesta área, ou seja, pacientes que não consigam comunicar através dos meios tradicionais em todas as situações, auxiliando-os na expressão verbal oral, assim como na compreensão do material verbal auditivo. Estes instrumentos/formas de comunicação constituem-se como facilitadores nestes casos, pois promovem o desenvolvimento de características comunicativas, cognitivas, de alfabetização e de linguagem expressiva e compreensiva (ASHA, 2022f, 1993; Davidoff, 2018).

A CAA intitula-se de aumentativa, quando é utilizada com o fim de complementar/promover a fala existente, nos casos em que os pacientes não são capazes de o fazer de forma íntegra. Por outro lado, considera-se alternativa quando funciona como um meio alternativo à fala que a pessoa não produz, contemplando qualquer forma de comunicação diferente da fala. É utilizada nos casos em que a fala é inexistente e/ou não eficaz (Light et al., 1998; Von Tetzchner e Martinsen, 2010).

Pode ser utilizada de forma permanente (contínua para o resto da vida), ou de forma temporária (em situações particulares, durante um período de tempo) (ASHA, 2022g, 2022e, 1993; Gormley e Light, 2019; Light et al., 1998; Von Tetzchner e Martinsen, 2000).

Podemos entender o conceito de sistema de CAA, como um conjunto de recursos que têm o objetivo de auxiliar a comunicação, existindo uma grande variedade. As crianças podem utilizar diferentes sistemas e/ou até a combinação de vários, sendo que os mesmos devem ser flexíveis, permitindo a alteração de vocabulário sempre que seja necessário (para que esteja sempre adaptado e adequado às necessidades da criança) (ASHA, 2022). Relativamente às formas de CAA que se estruturam em sistemas de comunicação, pode considerar-se que existem formas/sistemas de CAA sem ajuda, quando o paciente produz a sua própria comunicação, não necessitando de elementos externos ao seu corpo, como materiais, nem produtos de apoio. Nesta situação a pessoa necessita apenas do seu próprio corpo para comunicar, fazendo-o através de gestos, vocalizações, expressões faciais e corporais, Língua Gestual, entre outros. As formas/sistemas de CAA com ajuda, necessitam do suporte de elementos exteriores, podendo ser eletrónicos ou não, como é o caso de computadores, softwares, fotografias, quadros comunicativos, entre outros (ASHA, 2022g, 2022f; Von Tetzchner e Martinsen, 2000).

A CAA pode ainda ser considerada como independente, quando a informação transmitida é realizada exclusivamente pelo paciente, sem ser necessária ajuda para alguém interpretar (ex. dispositivos com fala digitalizada/sintetizada). Por oposição, a comunicação é considerada como dependente, quando é necessário que o parceiro comunicativo descodifique os signos gestuais, gráficos e/ou tangíveis apresentados para poder compreender a mensagem (Von Tetzchner e Martinsen, 2000).

A CAA contempla então diferentes formas para auxiliar o paciente na comunicação tais como como signos gráficos (representações gráficas da realidade), signos gestuais (gestos simples ou estruturados num código linguístico), signos tangíveis (objetos reais/partes de objetos,...), expressões faciais e corporais, pranchas de comunicação, imagens/fotografias, dispositivos eletrónicos (computadores, tablets, ...), ou até várias em simultâneo (ASHA, 2022f, 2022g; Davidoff, 2018; Gormley e Light, 2019; Handberg

e Voss, 2018; Kristensen et al., 2018; McNaughton e Editor, 2021; Stans et al., 2018; Vessoyan et al., 2018; Von Tetzchner e Martinsen, 2000).

Relativamente aos signos gráficos (símbolos), são usados para representar diferentes palavras visualmente (ex. ações, pessoas, objetos e até emoções), com o objetivo de clarificar a compreensão e a expressão. Existem diversos bancos de imagens que permitem a elaboração de sistemas de CAA, como por exemplo, o SPC - Símbolos Pictográficos para a Comunicação e o ARASAAC - Centro Aragonês de Comunicação Aumentativa e Alternativa (ASHA, 2022).

Os indivíduos que têm comprometimento no processo comunicativo nas capacidades de compreensão e expressão, necessitam de uma forma de apoio à comunicação, como pode ser o caso de pessoas com alterações do neurodesenvolvimento, como por exemplo a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Paralisia Cerebral (PC), distúrbios genéticos, entre outros. A CAA tem o papel de auxiliar não só a comunicação, mas também a aquisição e desenvolvimento da linguagem (expressiva e recetiva), bem como o desenvolvimento da fala. Nas dificuldades adquiridas, como é o caso de acidentes vasculares cerebrais (AVC), doenças neurodegenerativas, pós-cirurgias, dificuldades decorrentes de intubações, as dificuldades comunicativas podem alterar conforme a evolução e gravidade da doença (ASHA, 2022g, 2022f). A CAA pode ainda ser benéfica em situações de pacientes com limitações na fala, como pode ser o caso de crianças em que a fala é muitas vezes incompreensível (ex. apraxias e/ou dificuldades articulatórias graves), ou pacientes com disartria (em que a qualidade da fala está comprometida), ou ainda em pacientes com dificuldades de nomeação (Lawrence, 2018).

Segundo os autores Von Tetzchner e Martinsen (2000), podem ser considerados três grupos de pacientes (crianças/jovens) em que o uso da CAA pode ser benéfico, e para os quais a mesma é utilizada com objetivos distintos:

- 1) Grupo com necessidade de um meio alternativo de expressão - quando os pacientes necessitam de uma forma alternativa de expressão, que funcionará como forma de comunicação permanente (é o seu meio principal de comunicação, uma vez que não possuem fala ou a mesma encontra-se extremamente comprometida).

Os indivíduos pertencentes a este grupo apresentam boas competências de compreensão de linguagem;

- 2) Grupo com necessidade de uma linguagem de apoio - este grupo apresenta algum comprometimento de linguagem, tanto na componente expressiva como na compreensiva, e subdivide-se em dois. O primeiro subgrupo diz respeito a casos de crianças em que este sistema tem o objetivo de funcionar como um “trampolim” para a aquisição da fala, ou seja, não tem o objetivo de a permutar, mas sim de estimular o seu desenvolvimento e o desenvolvimento da linguagem. O seu uso terá um caráter transitório até que a fala surja com funcionalidade, visando também prevenir as consequências negativas da ausência de fala. O segundo subgrupo é quando existe oralidade, contudo a mesma não é perceptível em todos os contextos, nem em todos os tópicos de conversa, nem com todos os intervenientes (neste caso não é utilizado como meio principal de expressão, diferenciando-se nesse sentido do grupo mencionado anteriormente). De igual modo, o seu uso visa prevenir as consequências negativas da ausência/dificuldades de fala sempre que tal se justifique.
- 3) Grupo com necessidade de uma linguagem alternativa - este grupo apresenta um comprometimento muito severo de linguagem, tanto na componente expressiva como na compreensiva, sendo que na maior parte das situações não existe oralidade, ou quando a mesma ocorre é de forma muito pontual. Nestes casos a CAA pode ser considerada como a “língua materna” da criança, sendo objetivo o paciente conseguir utilizá-la na sua plenitude em todos os seus contextos, promovendo-se a sua máxima funcionalidade, participação e autonomia.

Para além das situações referidas anteriormente, a CAA pode ainda ser benéfica para facilitar a comunicação em diversos casos internados em Unidades de Cuidados Intensivos, que pelas circunstâncias, se encontram impedidos ou com sérias limitações na comunicação. Como exemplo pode ser mencionado pacientes com COVID-19 positivos, que normalmente não conseguem comunicar oralmente, porque se encontram entubados ou foi realizada traqueostomia. Nestes casos as pranchas de comunicação podem ser um material facilitador adequado para auxiliar a comunicação (Altschuler, 2021).

A seleção da ajuda em termos comunicativos mais eficaz para o paciente deve ser realizada o mais precocemente possível, para que os resultados sejam os melhores, auxiliando a criança a transmitir as suas vontades e preferências (Davidoff, 2018). Ao selecionar-se o método mais eficaz devem ser tidas em conta, não só as características da criança, mas também as da sua família e as dos seus principais contextos nos quais se movimenta (Davidoff, 2018; Johnson et al., 2014).

O Modelo de Participação (processo dinâmico) de Beukelman e Mirenda (2013), constitui-se como uma referência importante para a organização da implementação da CAA, de modo a que esta seja bem-sucedida, sendo também o objetivo de a monitorizar, já que as características da criança/jovem se vão modificando ao longo do tempo (sendo necessário reavaliar sempre que existe uma mudança ao nível da participação) (Afonso et al., 2019; Beukelman e Mirenda, 2013; Dietz et al., 2012; Lund et al., 2017).

Este modelo de participação contempla quatro etapas: 1) identificar se o paciente tem necessidades complexas de comunicação ou não; 2) avaliar se as barreiras de acesso e as oportunidades estão a influenciar na sua participação; 3) delinear o plano de intervenção e 4) monitorizar a capacidade de participação do paciente nos seus contextos de vida ao longo do tempo (Beukelman e Mirenda, 2013). Destaca-se a importância deste último ponto, já que a participação destes pacientes vai-se modificando à medida que aprendem competências adicionais para estimular a sua participação, ou até porque à medida que a sua patologia avança as suas habilidades de participação podem diminuir. Caso estejam reunidas todas as condições anteriores será necessário realizar o acompanhamento das situações e das suas necessidades, enquanto se suceder o contrário, será importante reavaliar a situação, voltando-se ao início do modelo e repetindo-se a implementação das suas etapas (Beukelman e Mirenda, 2013).

Sabe-se que os pacientes com dificuldades de comunicação, dependem fundamentalmente dos seus cuidadores para os auxiliarem a partilhar as suas vontades e interesses, podendo vir a necessitar de sistemas de CAA (Franco et al., 2015; Hemsley e Balandin, 2014).

Estes pacientes têm também o direito de ter profissionais instruídos na área da CAA (já que é a sua forma de comunicação), com o objetivo de os ajudar nas visitas e internamentos hospitalares (Collier, 2006), bem como nos diversos outros contextos de prestação de cuidados de saúde.

Contudo, os profissionais nem sempre se sentem preparados para intervir com pacientes com estas dificuldades (existe falta de conhecimento), sentindo necessidade de ter formação na área da comunicação e nas suas especificidades (Dorsey et al., 2022; Finke et al., 2008; Hemsley e Balandin, 2004). A família destes pacientes tem aqui um papel muito importante, pois é um elemento fulcral no auxílio dos profissionais na comunicação com o paciente, dando apoio às equipas de saúde nos cuidados médicos, como estas podem facilitar a comunicação com o paciente e conseguem implementar as suas estratégias em ambiente hospitalar (Hemsley e Balandin, 2014, 2004). É então fundamental que os profissionais tenham a sensibilidade e a capacidade de usar ferramentas comunicativas para abordar o paciente de forma mais eficiente (Dorsey et al., 2022; Finke et al., 2008), assim como usar estratégias facilitadoras da comunicação em ambiente hospitalar, melhorando significativamente a qualidade do atendimento, estando atentos às necessidades e preferências dos mesmos (Blackstone et al., 2015b; Dorsey et al., 2022; Finke et al., 2008; Hemsley e Balandin, 2004). O uso reduzido ou praticamente nulo de estratégias comunicativas, faz com que a intervenção não seja centrada no paciente (O'gara e Fairhurst, 2004; Turner et al., 2016), não sendo os profissionais capazes de os envolver nos seus cuidados, revelando não ter atenção, preocupação e carinho pelos interesses do paciente (O'gara e Fairhurst, 2004), fator que diminui a satisfação do paciente e da sua família relativamente ao atendimento prestado (Rao, 2018) (comprometendo de forma geral as competências do atendimento) (Rao, 2018; Turner et al., 2016). Ao verificar-se o contrário a qualidade da intervenção nos cuidados de saúde com o paciente seria significativamente superior (Yuksel e Unver, 2016).

É então fundamental, instruir os profissionais a valorizar a comunicação em ambientes de saúde, e auxiliá-los na implementação de estratégias para que consigam envolver os seus pacientes e familiares de forma simples e eficaz, influenciando positivamente os resultados das intervenções (Dorsey et al., 2022; Hemsley e Balandin, 2014; Pina et al., 2020).

Para além destas questões, o atendimento a este tipo de população será de maior qualidade, se a comunicação entre profissionais de saúde funcionar adequadamente, independentemente destes poderem ser de áreas de formação distintas (Blackstone et al., 2015a; Dingley et al., 2008).

Deste modo, tem-se salientado o desenvolvimento de competências a nível da educação interpessoal, com o objetivo de instruir futuros profissionais (durante a realização dos seus cursos), a ingressarem em equipas pluridisciplinares e valorizarem o *trabalho desenvolvido em equipa*, para que, futuramente, seja mais simples a abordagem a pacientes com diagnósticos complexos e desafiadores. Normalmente estas formações integram demonstrações reais, nas quais seria também interessante incluir pacientes com dificuldades comunicativas. Torna-se cada vez mais importante os profissionais apresentarem competências individuais, colaborativas e comuns: competências individuais para que percecionem que embora desempenhem tarefas diferentes dos seus colegas, de acordo com a sua formação base, todas as áreas se complementam, sendo necessário trabalhar em equipa (Blackstone et al., 2015a); competências colaborativas, para que tenham em conta a partilha de informações com os restantes colegas influenciando a intervenção ao utente de forma apropriada (Dingley et al., 2008); e competências comuns para que utilizem aptidões básicas de comunicação durante a sua prática clínica, aumentando a qualidade do atendimento (Blackstone et al., 2015a).

## **ii. O papel do Terapeuta da Fala na promoção da comunicação na prestação de cuidados de saúde**

De acordo com o anteriormente referido, é importante a existência de uma *equipa pluridisciplinar*, com a articulação, colaboração e contributo de vários profissionais. Nesta equipa, e no que se refere à prestação de apoio a pessoas com comprometimento na comunicação, salienta-se o papel do Terapeuta da Fala (TF), no sentido de poder instruir e apoiar os pacientes quanto à comunicação de informação importante em ambiente hospitalar e pré-hospitalar. Estes profissionais podem facilitar os processos comunicativos, na preparação dos pacientes com a antecipação de certas situações, como por exemplo a preparação de consultas ou a realização de exames médicos, com o fornecimento de informação sobre os aspetos mais significativos que poderão acontecer

e na seleção de vocabulário importante a usar nesses contextos. Podem ainda ter um papel importante na explicação de acontecimentos decorrentes destes contextos (Blackstone et al., 2015a; Downey e Happ, 2013; Silva et al., 2017). São os profissionais que dominam a área da comunicação humana, tendo um amplo conhecimento das limitações comunicacionais dos seus pacientes, assim como dos facilitadores comunicativos que existem, para conseguirem entender qual se adequa melhor ao paciente nos seus diferentes contextos (Blackstone et al., 2011; Blackstone e Kalies, 2015; McNaughton e Editor, 2021). O terapeuta da fala é então o profissional habilitado para facilitar a abordagem entre os profissionais de saúde e os seus pacientes (Burns et al., 2015, 2018; Yorkston et al., 2018) e tem ainda um papel importantíssimo na divulgação de ferramentas facilitadoras de comunicação existentes aos restantes profissionais de saúde (Kennedy, 2015).

Para que os TF consigam contribuir para que haja uma comunicação mais eficaz entre os profissionais e os seus pacientes, para que estes sejam capazes de exprimir as suas preferências e desejos (Blackstone e Kalies, 2015; Burns et al., 2015, 2018; Yorkston et al., 2018), devem fazer representações dos possíveis atendimentos hospitalares, antecipando situações, como por exemplo, treinar as competências comunicativas em consultas de rotina (Blackstone e Kalies, 2015; Blackstone e Pressman, 2016; Kennedy, 2015). Podem ainda auxiliar a comunicação destes pacientes, criando material facilitador adaptado para ser utilizado pelos mesmos nestes contextos, promovendo a sua autonomia (Burns et al., 2015; Hunter-Adams e Rother, 2017), e ainda adaptando documentos hospitalares para que estes consigam ter acesso (documentos oficiais das unidades hospitalares) (Blackstone, 2018; Burns et al., 2015). São também responsáveis pela construção/adaptação/seleção de produtos de apoio (como já referido anteriormente), como é o exemplo das pranchas de comunicação, que funcionam como facilitadores neste processo. Para tal é muito importante e fundamental que os pacientes e/ou os familiares facultem aos profissionais no início da intervenção, indiquem quais são as estratégias comunicativas e/ou facilitadores comunicativos que o paciente utiliza (Blackstone e Pressman, 2016; Burns et al., 2015).

O TF deve ainda fazer parte das reuniões/articulações do trabalho em equipa que integram profissionais de diversas áreas, para que seja possível uma real colaboração e possa auxiliar/capacitar os profissionais de saúde a inserirem a área da comunicação na sua prática clínica e diária, incorporando os doentes nas suas intervenções (Blackstone, 2018; Downey e Happ, 2013), melhorando a abordagem, a qualidade da intervenção e, por consequência, o contentamento do utente e da família (Blackstone et al., 2011; Blackstone e Kalies, 2015; Blackstone e Pressman, 2016; Rao, 2018). Destaca-se assim como é essencial o desenvolvimento do seu trabalho em equipa, como por exemplo, com médicos, enfermeiros, intérpretes, e outros profissionais, no sentido de se identificarem possíveis barreiras comunicativas e poderem ser encontradas soluções em conjunto (Costello et al., 2015; Pina et al., 2020).

O TF deve então constituir-se como um elemento facilitador na avaliação e tratamento do paciente com dificuldades comunicativas, construindo materiais facilitadores da comunicação para a prestação de cuidados de saúde também em contextos mais específicos de saúde pública, como foi exemplo a fase pandémica causada pela COVID-19. Para tal, o recurso a auxiliares de comunicação (através de suportes visuais como fotografias, escrita, entre outros), quando os EPI comprometem a compreensão e/ou a expressão da mensagem transmitida. Outras medidas facilitadoras poderão passar por: educar os profissionais de saúde na utilização de facilitadores comunicativos; incluir videochamadas com as famílias dos pacientes durante os internamentos, para promoção da conexão social e objetivos de comunicação; identificar pacientes com dificuldades de comunicação, para defender a presença de um cuidador; garantir que estes pacientes tenham acesso a materiais e estratégias de comunicação, mesmo em ambiente pandémico, devendo ser priorizada sempre a comunicação (Altschuler, 2021).

O mesmo paciente pode utilizar mais do que um facilitador comunicativo (CAA) em simultâneo, sendo que é importante reajustar estes materiais à medida que as necessidades do paciente se vão alterando, sempre de acordo com os seus contextos e parceiros comunicativos (Beukelman e Mirenda, 2013; Hunter-Adams e Rother, 2017; Thunberg et al., 2022).

Importa ainda acrescentar que em alguns países os TF já colaboram com diferentes serviços de saúde dentro do contexto hospitalar, usando várias estratégias de comunicação e diferentes produtos de apoio (Blackstone e Kalies, 2015). A CAA é também usada como ferramenta facilitadora em contextos de emergência noutros países (Blackstone e Pressman, 2016; Davidoff, 2018; McNaughton e Editor, 2021; Thunberg et al., 2022), podendo desempenhar também um papel importante na preparação de catástrofes naturais ou situações de calamidades (Kennedy, 2015).

As pranchas de comunicação, são um dos muitos exemplos de CAA. Contêm imagens e/ou signos pictográficos para auxiliar a pessoa na sua comunicação, apontando ou tocando no respetivo ícone. Existem em formato físico e/ou digital, podendo auxiliar em diversos contextos, como na prestação de cuidados de saúde (Klein e Joy, 2020).

Sendo um dos facilitadores comunicativos usado na prestação de cuidados de saúde no estudo de Pelosi e Nascimento (2018), os investigadores demonstram que as Pranchas Comunicativas em tablets foram o recurso evidenciado como o mais indicado por pacientes com dificuldades comunicativas e por profissionais de saúde, uma vez que, permitem que estes expressem as suas necessidades enquanto estão internados, para além de serem de acesso fácil, permitindo a possibilidade de emissão de voz. Este estudo demonstrou ainda que o vocabulário utilizado nas pranchas para além do alfabeto, deve ser centrado no paciente. Devido ao controlo da Comissão de Controlo de Infecções Hospitalares, foi realçado no estudo a necessidade de proteger este material. De acordo com Miranda et al. (2021), a prancha comunicativa por meio digital, é o material facilitador da comunicação mais utilizado com a população pediátrica com Paralisia Cerebral (PC), na qual a prevalência de comprometimento da comunicação é muito elevada.

### iii. Utilização de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde

Considerando os objetivos da presente investigação, considerou-se relevante a realização de uma revisão da literatura com algum grau de profundidade especificamente focada na utilização de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde. Para tal procedeu-se à pesquisa através da consulta em diferentes bases de dados (B-on, Scielo, PubMed e Cochrane), livros e sites de referência. Neste sentido, após a etapa inicial de recolha da informação, surgiu a necessidade de organizar a mesma com recurso a técnicas de análise de conteúdo aplicadas a 79 materiais facilitadores da comunicação, identificados como especificamente construídos para a utilização na prestação de cuidados de saúde. Desta análise dos dados emergiram três categorias distintas, tendo por base o propósito de cada material, como se pode observar na Figura 3.

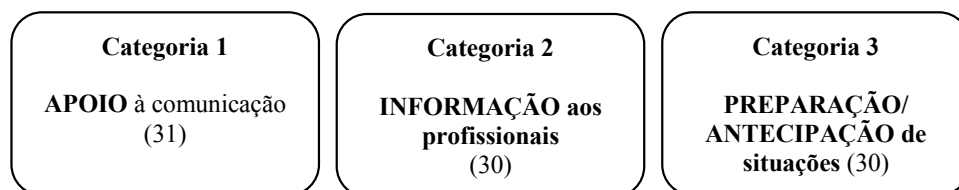


Figura 3. Categorias relativas aos 79 materiais facilitadores da comunicação identificados no Contexto de Prestação de Cuidados de Saúde (contabilização do número entre parêntesis).

Seguidamente apresenta-se de forma detalhada cada categoria dos materiais facilitadores da comunicação encontrados. Em cada tabela é destacado a cor cinza claro os materiais que tiveram maior relevância nesta investigação, estando estes mais detalhados no final da apresentação de cada categoria.

A categoria (1) “**APOIO à comunicação**” refere-se a material para apoiar a comunicação na prestação dos cuidados de saúde, quer para apoiar os profissionais de saúde quer para apoiar os próprios utentes.

Esta categoria está subdividida em três subcategorias, que dizem respeito ao contexto específico de utilização do material de apoio à comunicação, nomeadamente: 1.1. Prestação de cuidados de saúde em diversos contextos (12 materiais); 1.2. Prestação de cuidados de saúde em Emergência Pré-Hospitalar (13 materiais) e 1.3. Prestação de cuidados de saúde em ambiente Hospitalar (6 materiais).

A segunda categoria **(2) “INFORMAÇÃO aos profissionais”** inclui material específico para profissionais de saúde, com o objetivo de fornecer informações importantes acerca do paciente, como por exemplo: informações gerais do paciente, a forma de comunicação preferencial do utente (quando necessário), a conduta a ter em determinadas situações, entre outras. Esta categoria está subdividida em duas subcategorias relacionadas com a 2.1. Conduta profissional (13 materiais) e a 2.2. Recolha de informação básica do utente (17 materiais).

Já a terceira categoria **(3) “PREPARAÇÃO/ANTECIPAÇÃO de situações”**, refere-se a material para preparar o profissional e/ou utente para uma futura situação de prestação de cuidados de saúde, através do preenchimento, por exemplo, de uma *checklist*, planos de emergência, entre outros. Foca materiais que se enquadram nas subcategorias: 3.1. Utentes Pediátricos (6 materiais); 3.2. Utentes Jovens/Adultos (20 materiais); 3.3. Famílias/Cuidadores (4 materiais).

No esquema apresentado na Figura 4, pode observar-se, de forma sintetizada as categorias e subcategorias:

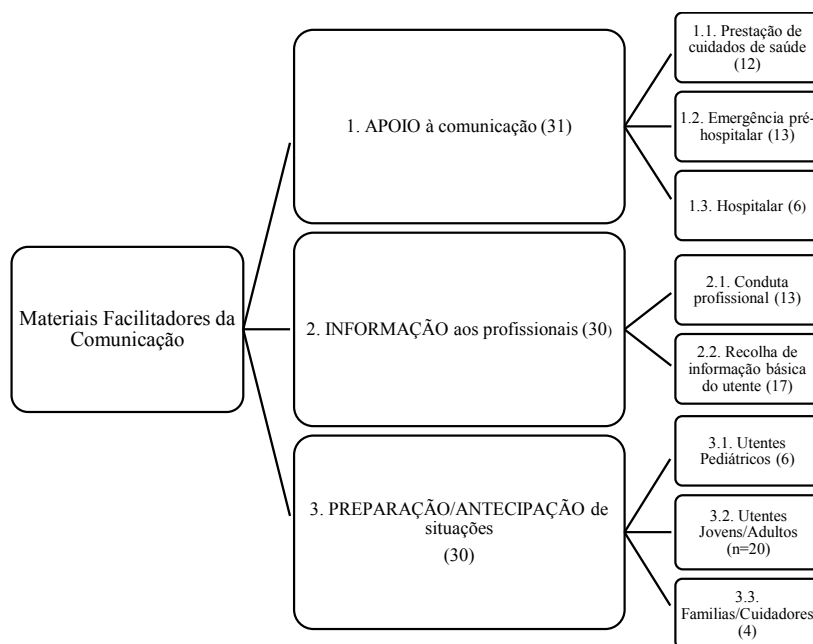


Figura 4. Categorias e subcategorias de acordo com a função dos materiais, e contabilização dos mesmos (nº entre parêntesis).

Os resultados de cada categoria e respetivas subcategorias são apresentados nas tabelas 1 a 8, de forma detalhada e sistematizada. Nestas, compilou-se informação sobre os sites onde poderá ser consultada mais informação acerca dos materiais, o seu formato (digital/papel), destinatários (quem irá utilizar o material), se o material considera a prestação de cuidados de saúde a pessoas com Necessidades Especiais (NE), o contexto de atuação (onde o material pode ser utilizado (esta informação diz apenas respeito às Categorias 2 e 3)), que materiais são referenciados noutra categoria e ainda os recursos materiais existentes em Língua Portuguesa.

### **(1) APOIO à comunicação**

Na Tabela 1 apresentam-se sinteticamente os materiais de APOIO à comunicação existentes na prestação de cuidados de saúde em diversos contextos, verificando-se que, na sua maioria, são em formato papel (apenas existem 3 materiais em formato digital).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Todos eles foram criados para serem utilizados por profissionais de saúde e, na sua maioria, para atendimento a pessoas com NE. Relativamente ao idioma, poucos são os materiais que se encontram adaptados para a Língua Portuguesa.

Tabela 1. Resultados da Categoria 1 "APOIO à comunicação" (31), subcategoria: 1.1. Prestação de cuidados de saúde em diversos contextos.

| Subcategoria:<br>1.1. Prestação de cuidados de saúde em diversos contextos (12) | Mais informações  | Formato do material              | Utilizadores  | Pessoas com NE | Material em Português     |
|---|---|----------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
| <b>Vidataalk</b>  | <a href="http://www.vidatak.com/vidatak.ml">http://www.vidatak.com/vidatak.ml</a>   | Digital [Android e IPAD]         | Profissionais | √              |                           |
| <b>EZ Board</b> (quadro de comunicação)   | <a href="http://www.vidatak.com/ezboards.html">http://www.vidatak.com/ezboards.html</a>   | Digital + Papel [Android e IPAD] | Profissionais | √              | (só o quadro de palavras) |
| <b>Basic Medical Signs Language *</b>   | <a href="https://www.slideshare.net/kratzkek/basic-medical-sign-language">https://www.slideshare.net/kratzkek/basic-medical-sign-language</a>   | Papel                            | Profissionais | √              |                           |
| <b>The Hospital Communication Book *</b> - várias formas de comunicação         | <a href="http://www.surreyhealthaction.org/downloads/Hospital%20Communication%20Book%20-%20version%202%20-%20web.pdf">http://www.surreyhealthaction.org/downloads/Hospital%20Communication%20Book%20-%20version%202%20-%20web.pdf</a>   | Papel (Livro)                    | Profissionais | √              |                           |
| <b>Home &amp; Health set</b>  | <a href="http://www.greenhousepub.com/homehealthset.html">http://www.greenhousepub.com/homehealthset.html</a>   | Papel (Cartões/imagens)          | Profissionais | √              |                           |
| <b>Patient Communication Board - idioma</b>                                     | <a href="https://widgit-health.com/">https://widgit-health.com/</a>   | Papel                            | Profissionais | √              |                           |
| <b>Medical Encounters Board</b>   | <a href="https://widgit-health.com/download-files/medical-encounter-board/MEB-grid-A4.pdf">https://widgit-health.com/download-files/medical-encounter-board/MEB-grid-A4.pdf</a>   | Papel                            | Profissionais | √              |                           |
| <b>Health Care Communication Board</b>  | <a href="https://www.amazon.com/EZ-Board-Vidatak-Patient-Communication/dp/B01A72VXXV0">https://www.amazon.com/EZ-Board-Vidatak-Patient-Communication/dp/B01A72VXXV0</a>   | Papel                            | Profissionais | √              |                           |
| <b>Communication Board Medical</b> (Tobiidynavox)                               | <a href="https://www.tobiidynavox.com/globalassets/downloads/special-events/communication-board-hurricane-harvey1.pdf">https://www.tobiidynavox.com/globalassets/downloads/special-events/communication-board-hurricane-harvey1.pdf</a> | Digital                          | Profissionais | √              |                           |
| <b>Refugee Communication Boards</b>   | <a href="https://www.tobiidynavox.com/support-training/downloads/boardmaker/refugee-communication-boards/">https://www.tobiidynavox.com/support-training/downloads/boardmaker/refugee-communication-boards/</a>                         | Papel                            | Profissionais |                | Vários idiomas            |
| <b>I Speak...</b>   | <a href="https://www.dhs.gov/xlibrary/assets/crci/crci-i-speak-booklet.pdf">https://www.dhs.gov/xlibrary/assets/crci/crci-i-speak-booklet.pdf</a>   | Papel                            | Profissionais |                | Vários idiomas            |
| <b>Critical Communicator</b>  | <a href="https://www.alimed.com/the-critical-communicator.html?refSrc=82431&amp;nosto=productpage-nosto-1">https://www.alimed.com/the-critical-communicator.html?refSrc=82431&amp;nosto=productpage-nosto-1</a>                         | Papel                            | Profissionais | √              | Vários idiomas            |

\*Estes materiais também são referenciados na Categoria 2. INFORMAÇÃO aos profissionais

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Tabela 2. Resultados da categoria: APOIO à comunicação (31), subcategoria: 1.2. Prestação de Cuidados de Saúde na Emergência Pré-Hospitalar.

| Subcategoria:<br>1.2. Emergência Pré-Hospitalar (13)  | Mais informações  | Formato do material                                | Utilizadores                          | Pessoas com NE | Material em Língua Portuguesa                  |
|---|---|--|---------------------------------------|----------------|--|
| <b>Paramedic &amp; EMS Symbol Board</b>   | <a href="https://widgit-health.com/downloads/paramedic-board.htm">https://widgit-health.com/downloads/paramedic-board.htm</a>   | Papel  | Profissionais                         | √              |  |
| <b>First Aid Communication Book</b>   | <a href="https://widgit-health.com/first-aid-communication-booklet.htm">https://widgit-health.com/first-aid-communication-booklet.htm</a>   | Papel (Livro A5)                                   | Profissionais                         | √              |  |
| <b>First Response Communication Book</b>  | <a href="https://widgit-health.com/first-response-communication-book.htm">https://widgit-health.com/first-response-communication-book.htm</a>   | Papel  | Profissionais                         | √              |  |
| <b>Emergency Multilingual Phrasebook</b> (para quem não domina o idioma)                    | <a href="https://health.wyo.gov/wp-content/uploads/2016/04/43-5873_DH_4073282.pdf">https://health.wyo.gov/wp-content/uploads/2016/04/43-5873_DH_4073282.pdf</a>   | Papel (Livro)                                      | Profissionais                         | √              | (Necessário adaptar para crianças; só escrito) |
| <b>Communication Book</b> (British RedCross)  | <a href="https://www.widgit.com/success-stories/health-emergency-justice/british-red-cross.htm">https://www.widgit.com/success-stories/health-emergency-justice/british-red-cross.htm</a>   | Papel (Livro)                                      | Profissionais                         | √              |  |
| <b>Emergencia! Emergency Translation Manual</b> (para quem não domina o idioma espanhol)    | <a href="https://www.amazon.com/Emergen-cia-Translation-Lisa-Maitland-Hernandez/dp/0766836266">https://www.amazon.com/Emergen-cia-Translation-Lisa-Maitland-Hernandez/dp/0766836266</a>   | Papel (Livro)                                      | Profissionais                         |                |  |
| <b>Emergency Medical Services Visual Language Translator</b> – considera diferentes idiomas | <a href="https://www.kwikpoint.com/product-s-page/fire-and-ems-prodcat/emergency-medical-services-visual-language-translator-2009-health-information-awards-gold-winner/">https://www.kwikpoint.com/product-s-page/fire-and-ems-prodcat/emergency-medical-services-visual-language-translator-2009-health-information-awards-gold-winner/</a> | Papel (Compacto e pequeno (tamanho de bolso))      | Profissionais                         |                |  |
| <b>First Responder Communication Boards *</b>   | <a href="http://www.greenhousepub.com/fire-co.html">http://www.greenhousepub.com/fire-co.html</a>   | Papel  | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √              |  |
| <b>Emergency communication 4all *</b>   | <a href="https://rems.ed.gov/docs/TempleUniv_FeelingSafe.pdf">https://rems.ed.gov/docs/TempleUniv_FeelingSafe.pdf</a>   | Papel  | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √              |  |
| <b>ICE Communication Cards*</b>   | <a href="https://widgit-health.com/ICE-communication-cards.htm">https://widgit-health.com/ICE-communication-cards.htm</a>   | Papel (tamanho de 1 cartão de crédito desdobrável) | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √              |  |
| <b>Pre-Hospital Communication APP</b>   | <a href="https://apkpure.com/br/pre-hospital-communication-app/com.wast.prehospitalcommunication">https://apkpure.com/br/pre-hospital-communication-app/com.wast.prehospitalcommunication</a>   | Digital  | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √              |  |
| <b>Communication Picture Boards</b>   | <a href="https://www.eadassociates.com">https://www.eadassociates.com</a>   | Papel  | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √              |  |
| <b>EC4all - APP</b>   | <a href="https://play.google.com/store/apps/details?id=com.createabilityinc.EC4All&amp;hl=en">https://play.google.com/store/apps/details?id=com.createabilityinc.EC4All&amp;hl=en</a>   | Digital  | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √              |  |

\*Estes materiais também são referenciados na Categoria 2. INFORMAÇÃO aos profissionais.

Quando se trata de materiais de APOIO à comunicação direcionados para a utilização em Prestação de Cuidados de Saúde em meio hospitalar (Tabela 3), é possível entender que não existem materiais em formato digital, e que todos eles são direcionados para vários destinatários (Profissionais, Pacientes e Cuidadores). Também nesta subcategoria é possível verificar que praticamente todos os materiais estão ajustados para pessoas com NE existindo apenas dois na Língua Portuguesa.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Tabela 3. Resultados da categoria: APOIO à comunicação (31), subcategoria: 3.1. Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Hospitalar

| Subcategoria:<br>3.1. Hospitalar (6)                       | Mais informações  | Formato do material           | Utilizadores                          | Pessoas com NE         | Material em Língua Portuguesa |
|--|---|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| <b>Patient Communication Sheet</b>                         | <a href="https://widgit-health.com/patient-communication-sheet.htm">https://widgit-health.com/patient-communication-sheet.htm</a>   | Papel (quadro de comunicação) | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √                      |                               |
| <b>Discomforts and Requests...</b>                         | <a href="https://www.yumpu.com/en/desmaiar">https://www.yumpu.com/en/desmaiar</a>   | Papel (escrita)               | Profissionais, Pacientes e Cuidadores |                        | √                             |
| <b>Bedside Messages</b> (dá para pediatria)                | <a href="https://widgit-health.com/downloads/bedside-messages.htm">https://widgit-health.com/downloads/bedside-messages.htm</a>   | Papel                         | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √                      | √                             |
| <b>Health Care Communication APP</b>                       | <a href="https://greenhousepublications.store.s.yahoo.net/index.html">https://greenhousepublications.store.s.yahoo.net/index.html</a>   | Digital                       | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √ Tem parte pediátrica |                               |
| <b>General Questions</b>                                   | <a href="https://widgit-health.com/download-files/medical-encounter-board/MEB-grid-A4.pdf">https://widgit-health.com/download-files/medical-encounter-board/MEB-grid-A4.pdf</a>   | Papel                         | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √                      |                               |
| <b>The Hospital Communication Book section downloads *</b> | <a href="http://www.surreyhealthaction.org/downloads/Hospital%20Communication%20Book%20-%20version%20-%20web.pdf">http://www.surreyhealthaction.org/downloads/Hospital%20Communication%20Book%20-%20version%20-%20web.pdf</a> | Papel (quadro)                | Profissionais, Pacientes e Cuidadores | √                      |                               |

\*Este material também é referenciado na Categoria 2. INFORMAÇÃO aos profissionais.

(2) INFORMAÇÃO aos profissionais

Nesta segunda categoria sobre a subcategoria Conduta Profissional (Tabela 4), existe apenas um material em formato digital num total de 13 materiais, para serem usados praticamente em contextos de Emergência e Hospitalar. Destaca-se também a existência de somente um material para ser utilizado em contexto de emergência Pré-Hospitalar, não se tendo encontrado nenhum material na Língua Portuguesa.

Tabela 4. Resultados da categoria 2: INFORMAÇÃO ao profissional (30), Subcategoria: 2.1. Conduta Profissional.

| Subcategoria:<br>2.1. Conduta Profissional (13)   | Mais informações  | Formato do material | Contexto de atuação        | Pessoas com NE | Material em Língua Portuguesa |
|---|---|---------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------|
| <b>Tips for Emergency Responders</b>  | <a href="http://edd.unm.edu/dhpd/tips/tipsenglish.html">http://edd.unm.edu/dhpd/tips/tipsenglish.html</a>   | Papel               | Emergência                 | √              |                               |
| <b>Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Family-Centered Care</b> (A roadmap for Hospitals) | <a href="file:///C:/Users/User/Downloads/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf.pdf">file:///C:/Users/User/Downloads/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf.pdf</a>                                   | Papel (Livro)       | Hospitalar                 | √              |                               |
| <b>Have we supported you during emergency?</b> [questionário de satisfação British RedCross]                      | <a href="https://feedback.redcross.org.uk/s/CRWB/">https://feedback.redcross.org.uk/s/CRWB/</a>   | Digital             | Emergência pré-hospitalar. |                |                               |
| <b>Your stay in hospital</b> [questionário de satisfação]   | <a href="http://www.surreyhealthaction.org/going-to-hospital-section/the-hospital-questionnaires.html">http://www.surreyhealthaction.org/going-to-hospital-section/the-hospital-questionnaires.html</a> | Papel               | Hospitalar                 | √              |                               |
| <b>Basic Medical Signs Language</b>   | <a href="https://www.slideshare.net/kratzkek/basic-medical-sign-language">https://www.slideshare.net/kratzkek/basic-medical-sign-language</a>   | Papel               | Hospitalar                 | √              |                               |

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

| Subcategoria:<br>2.1. Conduta Profissional<br>(13)   | Mais informações  | Formato<br>do<br>material | Contexto<br>de atuação | Pessoas<br>com NE | Material<br>em Língua<br>Portuguesa |
|--|---|---------------------------|------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| <b>The Hospital Communication Book*</b>  | <a href="http://www.surreyhealthaction.org/downloads/Hospital%20Communication%20Book%20-%20version%202%20-%20web.pdf">http://www.surreyhealthaction.org/downloads/Hospital%20Communication%20Book%20-%20version%202%20-%20web.pdf</a> | Papel<br>(Livro)          | Hospitalar             | √                 |                                     |
| <b>Improving Communication with Patients who have Intellectual and Developmental Disabilities</b>  | <a href="http://lfic.fmhi.usf.edu/docs/FCIC_PhysicianFactSheet_1_ImprovingCommunication.pdf">http://lfic.fmhi.usf.edu/docs/FCIC_PhysicianFactSheet_1_ImprovingCommunication.pdf</a>   | Papel                     | Hospitalar             | √                 |                                     |
| <b>Access and Functional Needs (AFN) Checklist</b>   | <a href="https://disabilities.temple.edu/programs/eprep/docs/afn-checklist-interactive-2017-1221.pdf">https://disabilities.temple.edu/programs/eprep/docs/afn-checklist-interactive-2017-1221.pdf</a>                                 | Papel                     | Emergência             | √                 |                                     |
| <b>Durable Medical Equipment (DME) and Assistive Technology (AT) Emergency planning Guide</b>  | <a href="https://disabilities.temple.edu/programs/eprep/docs/PA-DOH-DME-GUIDE-2017-12.pdf">https://disabilities.temple.edu/programs/eprep/docs/PA-DOH-DME-GUIDE-2017-12.pdf</a>   | Papel                     | Emergência             | √                 |                                     |
| <b>Checklist for integrating people with disabilities and others with access and Functional Needs into Emergency Preparedness, Planning, Response &amp; Recovery</b> | <a href="http://www.jik.com/plancklst.pdf">http://www.jik.com/plancklst.pdf</a>   | Papel                     | Emergência             | √                 |                                     |
| <b>Be real, Specific and current: emergency preparedness information for people with disabilities and others with access and functional needs</b>                    | <a href="http://www.jik.com/pubs/RealEPTips.pdf">http://www.jik.com/pubs/RealEPTips.pdf</a>   | Papel                     | Emergência             | √                 |                                     |
| <b>Disaster Preparedness tips for emergency Management Personnel</b>   | <a href="https://aac-lerc.psu.edu/userfiles/file/TipsForEMP.pdf">https://aac-lerc.psu.edu/userfiles/file/TipsForEMP.pdf</a>   | Papel                     | Emergência             | √                 |                                     |
| <b>Emergency Checklist for People with communication Access and Functional Needs</b>   | <a href="https://disabilities.temple.edu/programs/eprep/docs/afn-checklist-interactive-2017-1221.pdf">https://disabilities.temple.edu/programs/eprep/docs/afn-checklist-interactive-2017-1221.pdf</a>                                 | Papel                     | Emergência             | √                 |                                     |

\*Este material também é referenciado na Categoria 1. APOIO à comunicação

A subcategoria Recolha de Informação Básica do Utente (Tabela 5), diz respeito a material que congrega informação sobre pacientes que poderá ser útil para os profissionais de saúde. Podem ser usados por diferentes utilizadores, de acordo com a sua faixa etária, ou seja: utentes pediátricos, utentes séniores e/ou utentes sem especificação de faixa etária. Podem ainda ser utilizados pelos Cuidadores. Todos os materiais identificados são em formato papel. O contexto de aplicação dos materiais é maioritariamente para ser utilizado na Emergência, seguindo-se o ambiente Hospitalar, com referência de apenas um material, que pode ser utilizado, também em contexto domiciliário, pelos familiares.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Tabela 5. Resultados da categoria 2: INFORMAÇÃO ao profissional (30), Subcategoria: 2.2. Recolha de informação básica do utente.

| Subcategoria:<br>2.2. Recolha de<br>informação básica do<br>utente (17)            | Mais informações  | Formato<br>do<br>material                                      | Utilizadores                                    | Contexto de<br>atuação           | Pessoas<br>com NE | Material em<br>Língua<br>Portuguesa |
|--|---|--|---|----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| <b>Emergency Information Form for Children with Special Needs</b>                  | <a href="https://www.survivalgoods.com/Emergency-Information-Form-For-Children-With-Special-Needs-s/371.htm">https://www.survivalgoods.com/Emergency-Information-Form-For-Children-With-Special-Needs-s/371.htm</a>   | Papel  | Utentes<br>Pediátricos                          | Emergência                       | ✓                 |                                     |
| <b>Emergency Readiness Wheel for Seniors **</b>                                    | <a href="http://www.eadassociates.com/seniors.html">http://www.eadassociates.com/seniors.html</a>   | Papel  | Utentes Sêniore                                 | Emergência                       |                   |                                     |
| <b>Emergency Communication 4all *</b>  | <a href="https://rems.ed.gov/docs/TempleUniv_FeelingSafe.pdf">https://rems.ed.gov/docs/TempleUniv_FeelingSafe.pdf</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Emergência                       | ✓                 |                                     |
| <b>ICE Communication Cards*</b>  | <a href="https://widgit-health.com/ICE-communication-cards.htm">https://widgit-health.com/ICE-communication-cards.htm</a>   | Papel<br>(tamanho de<br>1 cartão de<br>crédito<br>desdobrável) | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Emergência                       | ✓                 |                                     |
| <b>Cartão de Emergência <br/>Emergency ID Card<br/>[INEM+polícia+GNR]</b>          | <a href="https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/11/Emergency-ID-Card-2018-v2.pdf">https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/11/Emergency-ID-Card-2018-v2.pdf</a>   | Papel<br>(tamanho de<br>1 cartão de<br>crédito)                | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Emergência                       |                   | ✓                                   |
| <b>Communication Passport Accident and Emergency</b>                               | <a href="https://widgit-health.com/downloads/A-and-E-passport.htm">https://widgit-health.com/downloads/A-and-E-passport.htm</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Emergência                       | ✓                 |                                     |
| <b>Emergency Readiness Wheel for families</b>                                      | <a href="https://www.eadassociates.com/families.html">https://www.eadassociates.com/families.html</a>   | Papel  | Cuidadores                                      | Emergência                       |                   |                                     |
| <b>Emergency Readiness Wheel for people with disabilities</b>                      | <a href="https://www.eadassociates.com/disabil.html">https://www.eadassociates.com/disabil.html</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Emergência                       | ✓                 |                                     |
| <b>Feeling save, being safe - My Personal Safety in an Emergency **</b>            | <a href="https://mn.gov/mnddc/emergency-planning/docs/feelingSafe-CA.pdf">https://mn.gov/mnddc/emergency-planning/docs/feelingSafe-CA.pdf</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Emergência                       | ✓                 |                                     |
| <b>Premise alert request form person specific information for first responders</b> | <a href="https://www.uwchlan.com/DocumentCenter/View/70/Premise-Alert-Form-PDF?bidId=">https://www.uwchlan.com/DocumentCenter/View/70/Premise-Alert-Form-PDF?bidId=</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Emergência                       | ✓                 |                                     |
| <b>First Responder Communication Boards *</b>                                      | <a href="http://www.greenhousepub.com/firecodb4ta2.html">http://www.greenhousepub.com/firecodb4ta2.html</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Emergência<br>Pré-<br>Hospitalar | ✓                 |                                     |
| <b>My Health Passport</b>  | <a href="http://flfcic.fmhi.usf.edu/docs/FCIC_Health_Passport_Form_Typeable_English.pdf">http://flfcic.fmhi.usf.edu/docs/FCIC_Health_Passport_Form_Typeable_English.pdf</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Hospitalar                       | ✓                 |                                     |
| <b>My Health Report</b>  | <a href="http://flfcic.fmhi.usf.edu/docs/FCIC_My_Health_Report_Fillable.pdf">http://flfcic.fmhi.usf.edu/docs/FCIC_My_Health_Report_Fillable.pdf</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Hospitalar                       | ✓                 |                                     |
| <b>My Hospital Passport (Surrey County Council)</b>                                | <a href="http://www.surreyhealthaction.org/downloads/hospital%20passport%20surrey.pdf">http://www.surreyhealthaction.org/downloads/hospital%20passport%20surrey.pdf</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Hospitalar                       | ✓                 |                                     |
| <b>This is me My Care Passport</b>   | <a href="https://www.sunderlandactionforhealth.co.uk/wp-content/uploads/2019/06/This-is-me-my-care-passport-enabled-2019.pdf">https://www.sunderlandactionforhealth.co.uk/wp-content/uploads/2019/06/This-is-me-my-care-passport-enabled-2019.pdf</a>   | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Hospitalar                       | ✓                 |                                     |
| <b>This is My Hospital Passport</b>  | <a href="http://www.nhs.uk/LiveWell/Childrenwithlearningdisability/Documents/Hospital%20Passport%20Template%20example%20from%20South%20West%20London%20Access%20to%20Acute%20Group.doc">http://www.nhs.uk/LiveWell/Childrenwithlearningdisability/Documents/Hospital%20Passport%20Template%20example%20from%20South%20West%20London%20Access%20to%20Acute%20Group.doc</a> | Papel  | Utentes sem<br>especificação de<br>faixa etária | Hospitalar                       | ✓                 |                                     |

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

| Subcategoria:<br>2.2. Recolha de<br>informação básica do<br>utente (17) | Mais informações  | Formato<br>do<br>material | Utilizadores                              | Contexto de<br>atuação | Pessoas<br>com NE | Material em<br>Língua<br>Portuguesa |
|---|---|---------------------------|---|------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| <b>My Hospital Passport -<br/>for people on the autism<br/>spectrum</b> | <a href="https://carersmatternorfolk.org.uk/wp-content/uploads/2019/05/3327_Hospital-passport_A4_6pp_4C_FI_NAL-ARTWORK_120917-1.pdf">https://carersmatternorfolk.org.uk/wp-content/uploads/2019/05/3327_Hospital-passport_A4_6pp_4C_FI_NAL-ARTWORK_120917-1.pdf</a> | Papel                     | Utentes sem especificação de faixa etária | Hospitalar             | ✓                 |                                     |

\*Este material também é referenciado na Categoria 1. APOIO à comunicação

\*\*Este material também é referenciado na Categoria 3. PREPARAÇÃO/ANTECIPAÇÃO de situações

(3) PREPARAÇÃO/ ANTECIPAÇÃO de situações

Por fim, quando analisada a Categoria 3 “PREPARAÇÃO/ ANTECIPAÇÃO de situações”, no que se refere aos recursos dirigidos a utentes pediátricos (Tabela 6), é possível entender que o formato deste material continua a ser na maioria em papel (só existe um digital). A utilização destes materiais foi pensada para os contextos Hospitalar, Emergência Pré-Hospitalar e Emergência. Apenas dois estão concebidos para serem utilizados em crianças com NE, e apenas um está na Língua Portuguesa.

Tabela 6. Resultados da categoria 3: Preparação/antecipação de situações (30), Subcategoria: 3.1. Utentes pediátricos.

| Subcategoria:<br>3.1. Utentes pediátricos (6)   | More information  | Formato<br>do<br>material   | Contexto<br>de<br>atuação | Pessoas<br>com NE | Material<br>em Língua<br>Portuguesa |
|---|---|-----------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| <b>What do you need to know? Pupils</b> (preparar crianças para atuar em situações de emergência) | <a href="https://lifeliveit.redcross.org.uk/~media/BritishRedCross/Documents/What%20we%20do/LLI/pdf/001_What_you_need_to_know_pupils_2016.pdf">https://lifeliveit.redcross.org.uk/~media/BritishRedCross/Documents/What%20we%20do/LLI/pdf/001_What_you_need_to_know_pupils_2016.pdf</a> | Papel                       | Emergência Pré-hospitalar |                   |                                     |
| <b>Baby and Child First Aid APP</b>   | <a href="https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cube.rca.bcfa&amp;hl=pt">https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cube.rca.bcfa&amp;hl=pt</a>   | Digital                     | Emergência                |                   |                                     |
| <b>My Daycase Operation + flashcards – Child</b>  | <a href="https://widgit-health.com/download-files/hospital-procedures/Child_Daycase_Operation_Booklet.pdf">https://widgit-health.com/download-files/hospital-procedures/Child_Daycase_Operation_Booklet.pdf</a>   | Papel                       | Hospitalar                |                   |                                     |
| <b>Going to Hospital*</b>   | <a href="https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/Going%20to%20Hospital%20-%20key%20symbols.pdf">https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/Going%20to%20Hospital%20-%20key%20symbols.pdf</a>   | Papel                       | Hospitalar                | ✓                 |                                     |
| <b>Leaving Hospital Checklist *</b>   | <a href="https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/Leaving%20Hospital%20-%20checklist.pdf">https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/Leaving%20Hospital%20-%20checklist.pdf</a>   | Papel                       | Hospitalar                | ✓                 |                                     |
| <b>A Estrelinha (INEM)</b>  | <a href="https://www.inem.pt/2017/06/07/a-estrelinha-mascote-do-inem/">https://www.inem.pt/2017/06/07/a-estrelinha-mascote-do-inem/</a>   | Papel (Folheto informativo) | Emergência pré-hospitalar |                   | ✓                                   |

\*Estes materiais também são direcionados para Utentes Jovem/Adulto

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

No que se refere à subcategoria Utentes Jovem/Adulto (Tabela 7), é possível verificar que mais uma vez, a maior parte dos materiais existe em formato papel (existe só um em formato digital). Quanto ao contexto de atuação, os materiais são para ser usados na sua maioria em contexto de Emergência e Hospitalar, embora exista material para ser utilizado em situações de Catástrofes e Emergência Pré-Hospitalar. Cerca de metade do material pode ser utilizado por pessoas com NE e não foi identificado nenhum material deste tipo na Língua Portuguesa.

Tabela 7. Resultados da categoria 3: Preparação/Antecipação de situações (27), Subcategoria: 3.2.: Utentes Jovem/Adulto.

| Subcategoria:<br>3.2. Utentes<br>Jovem/Adulto (20)  | Mais informações  | Formato<br>do<br>material | Contexto<br>de atuação           | Pessoas<br>com NE em | Material<br>em Língua<br>Portuguesa |
|---|---|---------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| My Daycase Operation + flashcards   | <a href="https://widgit-health.com/downloads/hospital-procedures.htm#dayadult">https://widgit-health.com/downloads/hospital-procedures.htm#dayadult</a>   | Papel                     | Hospitalar                       |                      |                                     |
| Emergency Readiness Wheel for Seniors **  | <a href="http://www.eadassociates.com/seniors.html">http://www.eadassociates.com/seniors.html</a>   | Papel                     | Emergência                       |                      |                                     |
| British Red Cross Emergency App   | <a href="https://www.redcross.org.uk/get-help/prepare-for-emergencies/free-emergency-apps">https://www.redcross.org.uk/get-help/prepare-for-emergencies/free-emergency-apps</a>                           | Digital                   | Emergência<br>Pré-<br>Hospitalar |                      |                                     |
| Tips for Emergency use of mobile devices  | <a href="http://www.jik.com/Mobile%20Devices.pdf">http://www.jik.com/Mobile%20Devices.pdf</a>   | Papel                     | Emergência                       | ✓                    |                                     |
| My Emergency readines plan  | <a href="https://disabilities.temple.edu/programs/eprep/docs/EmergencyPlanForm2015-07.pdf">https://disabilities.temple.edu/programs/eprep/docs/EmergencyPlanForm2015-07.pdf</a>                           | Papel                     | Emergência                       | ✓                    |                                     |
| Emergency Power Planning for People who use electricity and battery dependent                       | <a href="https://adata.org/sites/adata.org/files/files/Emergency%20Power%20Planning_final2018.pdf">https://adata.org/sites/adata.org/files/files/Emergency%20Power%20Planning_final2018.pdf</a>           | Papel                     | Emergência                       | ✓                    |                                     |
| Going to Hospital*  | <a href="https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/Going%20to%20Hospital%20-%20key%20symbols.pdf">https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/Going%20to%20Hospital%20-%20key%20symbols.pdf</a> | Papel                     | Hospitalar                       |                      |                                     |
| Leaving Hospital Checklist *  | <a href="https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/Leaving%20Hospital%20-%20checklist.pdf">https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/Leaving%20Hospital%20-%20checklist.pdf</a>               | Papel                     | Hospitalar                       | ✓                    |                                     |
| Nobody Left Behind  | <a href="http://www2.ku.edu/~rrtcpbs/resources/pdf/a_individual_preparedness.pdf">http://www2.ku.edu/~rrtcpbs/resources/pdf/a_individual_preparedness.pdf</a>   | Papel                     | Catástrofes                      |                      |                                     |
| Disaster Preparedness for People who have limited speech: taking responsibility for your safety *** | <a href="https://aac-rerc.psu.edu/index-41568.php.html">https://aac-rerc.psu.edu/index-41568.php.html</a>   | Papel                     | Catástrofes                      | ✓                    |                                     |
| How to call an ambulance?   | <a href="https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/How%20to%20call%20an%20ambulance.pdf">https://widgit-health.com/easy-read-sheets/pdfs/How%20to%20call%20an%20ambulance.pdf</a>                   | Papel                     | Emergência                       |                      |                                     |
| Emergency Readiness Wheel for people with Disabilities  | <a href="https://www.eadassociates.com/disability.html">https://www.eadassociates.com/disability.html</a>   | Papel                     | Emergência                       | ✓                    |                                     |
| Disability specific supplies for emergency kits   | <a href="http://www.jik.com/Supply_checklist.pdf">http://www.jik.com/Supply_checklist.pdf</a>   | Papel                     | Emergência                       | ✓                    |                                     |
| Feeling save, being safe - My Personal Safety in Emergency **                                       | <a href="https://mn.gov/mnddc/emergency-planning/docs/feelingSafe-CA.pdf">https://mn.gov/mnddc/emergency-planning/docs/feelingSafe-CA.pdf</a>   | Papel                     | Emergência                       |                      |                                     |

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

| Subcategoria:<br><b>3.2. Utentes Jovem/Adulto (20)</b> | <b>Mais informações</b>   | <b>Formato do material</b> | <b>Contexto de atuação</b> | <b>Pessoas com NE</b> | <b>Material em Língua Portuguesa</b> |
|--|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| <b>Beyond Words</b><br>[Empowering people]             | <a href="https://booksbeyondwords.co.uk/">https://booksbeyondwords.co.uk/</a>   | Papel (Livro)              | Hospitalar                 | ✓                     |                                      |
| <b>What to bring to a visit - autismo</b>              | <a href="https://autismandhealth.org/inc/for ms/hc_prep_checklist.pdf">https://autismandhealth.org/inc/for ms/hc_prep_checklist.pdf</a>               | Papel                      | Hospitalar                 | ✓                     |                                      |
| <b>Symptoms Worksheet - autismo</b>                    | <a href="https://autismandhealth.org/inc/for ms/hc_symptoms_worksheet.pdf">https://autismandhealth.org/inc/for ms/hc_symptoms_worksheet.pdf</a>       | Papel                      | Hospitalar                 | ✓                     |                                      |
| <b>Making an Appointment - autismo</b>                 | <a href="https://autismandhealth.org/inc/for ms/hc_appointment_worksheet.pdf">https://autismandhealth.org/inc/for ms/hc_appointment_worksheet.pdf</a> | Papel                      | Hospitalar                 | ✓                     |                                      |
| <b>Things to Know Before you go worksheet- autism</b>  | <a href="https://autismandhealth.org/inc/for ms/hc_aftervisit_worksheet.pdf">https://autismandhealth.org/inc/for ms/hc_aftervisit_worksheet.pdf</a>   | Papel                      | Hospitalar                 | ✓                     |                                      |
| <b>Emergency Kit Checklist **</b>                      | <a href="https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(11)00833-1/pdf">https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(11)00833-1/pdf</a>           | Papel                      | Emergência                 | ✓                     |                                      |

\*Estes materiais também são direcionados para Utentes Pediátricos

\*\*Estes materiais também são referenciados na Categoria 2. INFORMAÇÃO aos profissionais

\*\*\*Material também direcionado para Cuidadores

Na Tabela 8 são apresentados os resultados relativos à terceira subcategoria (Famílias/Cuidadores). Nesta, todos os materiais são em formato papel, e direcionados para contextos diferentes (Emergência Pré-Hospitalar, Emergência, Hospitalar e Catástrofes). Na sua maioria estão adaptados para pessoas com NE e não existe nenhum material na Língua Portuguesa.

Tabela 8. Resultados da categoria 3: Preparação/Antecipação de situações (30), Subcategoria: 3.3. Famílias/Cuidadores.

| Subcategoria:<br><b>3.3. Famílias/Cuidadores (4)</b>   | <b>Mais informações</b>   | <b>Formato do material</b> | <b>Contexto de atuação</b> | <b>Pessoas com NE</b> | <b>Material em Língua Portuguesa</b> |
|--|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| <b>What do you need to know? parents</b><br>(ensinar aos pais como ensinar emergência aos filhos)        | <a href="https://lifeliveit.redcross.org.uk/~media/BritishRedCross/Documents/What%20we%20do/LL1/pdf/101What_you_need_to_know_parents_2003.pdf">https://lifeliveit.redcross.org.uk/~media/BritishRedCross/Documents/What%20we%20do/LL1/pdf/101What_you_need_to_know_parents_2003.pdf</a> | Papel                      | Emergência Pré-hospitalar  |                       |                                      |
| <b>Emergency Preparedness for Personal Assistant</b>   | <a href="http://www.jik.com/pubs/PAS-EP.pdf">http://www.jik.com/pubs/PAS-EP.pdf</a>   | Papel                      | Emergência                 | ✓                     |                                      |
| <b>Emergency Readiness Wheel for Families*</b>   | <a href="https://www.eadassociates.com/families.html">https://www.eadassociates.com/families.html</a>   | Papel                      | Hospitalar                 | ✓                     |                                      |
| <b>Disaster Preparedness for People who have limited speech: taking responsibility for your safety**</b> | <a href="https://aac-rerc.psu.edu/images/file/EmergencyChecklist(2).pdf">https://aac-rerc.psu.edu/images/file/EmergencyChecklist(2).pdf</a>   | Papel                      | Catástrofes                | ✓                     |                                      |

\*Este material também é referenciado na Categoria 2. INFORMAÇÃO aos profissionais

\*\*Material também direcionado para Utentes Jovem/Adulto

Os materiais assinalados a cinza claro nas tabelas anteriores (Tabelas 1 a 8), de grosso modo, dizem respeito a pranchas de comunicação utilizadas na prestação de cuidados de saúde para facilitar a comunicação entre o paciente e os profissionais, existindo algumas delas já em formato digital. Estes materiais estão destacados, pois são uma forma simples de facilitar a comunicação neste contexto, independentemente da origem da dificuldade comunicativa, existindo já vários exemplares a serem utilizados mundialmente. Os mesmos integram vocabulário específico para o contexto hospitalar e alguns já para contexto de emergência pré-hospitalar. Outro material a destacar são os Cartões de Identificação do Paciente (como por exemplo o “ICE Communication Cards”), que, para além de funcionarem como uma prancha de comunicação, contêm ainda informação pertinente sobre o doente a ter em conta neste tipo de atendimento, principalmente quando se trata de pacientes com NE. São ainda realçadas as aplicações digitais já existentes encontradas para facilitarem a comunicação/interação nestes contextos de saúde, e também na emergência pré-hospitalar para a população pediátrica, o contexto e população alvo destacada nesta investigação.

#### **iv. Protocolos e programas para auxiliarem a comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde**

Existem diferentes protocolos e programas para auxiliarem a comunicação na prestação de cuidados de saúde. Pelo propósito para o qual foram construídos considerou-se pertinente a sua referência neste estudo, pelo que serão apresentados os que mais se destacaram. Assim, na pesquisa da literatura efetuada, os protocolos/programas encontrados realçam essencialmente a relação entre médico-paciente, como é o caso dos protocolos SEGUE, OPTION e do programa FRAME, pretendem ajudar o profissional de saúde na utilização de estratégias durante os encontros médicos. Já o SPIKES tem como objetivo prestar assistência aos médicos na transmissão de más notícias aos pacientes (Cruz e Riera, 2016; Gesser et al., 2021; Yorkston et al., 2015a). Por último, o PACT tem como objetivo auxiliar pacientes com dificuldades comunicativas na comunicação com o profissional de saúde (Burns et al., 2018; Yorkston et al., 2015a). De seguida serão descritos os protocolos e programas de comunicação mencionados anteriormente com maior detalhe:

- *SEGUE*: é um protocolo usado por médicos, para autoavaliação da sua abordagem/comunicação com os seus pacientes. Pode também ser usado, no ensino, ou seja, para instruir futuros médicos (ainda alunos) a caracterizar a qualidade da comunicação durante a intervenção médica (Makoul, 2001; Wang et al., 2022; Yorkston et al., 2015a).

Contempla 25 itens em cinco dimensões diferentes, como: **1) preparação; 2) obtenção de informação; 3) transmissão de informação; 4) compreensão da perspectiva do paciente; 5) encerramento do encontro médico.**

Um dos objetivos da primeira dimensão é criar empatia com o paciente, para isso, é necessário cumprimentar o paciente e interrogar o motivo da sua visita, tendo sempre em conta a sua privacidade. Já a segunda parte deste protocolo, diz respeito à recolha máxima de informação sobre as preocupações/questões do paciente, tentando compreender de que modo é que estas afetam a sua qualidade de vida. Para isso os profissionais devem estar atentos e usar estratégias verbais e não-verbais, assim como fornecer tempo suficiente para que o utente se consiga exprimir. Na dimensão seguinte (terceira), é pressuposto que os profissionais de saúde criem espaço para que os pacientes possam colocar as suas dúvidas/questões relativamente à intervenção. Na quarta fração deste protocolo, os profissionais devem demonstrar ao paciente compreensão e respeito relativamente às dificuldades, preocupações e vontades dos mesmos. Por último, os profissionais devem questionar se existe alguma informação adicional que queiram acrescentar e rever todo o plano que foi realizado. Os próprios familiares e/ou acompanhantes dos pacientes podem ser incluídos/envolvidos durante a aplicação do protocolo, de modo a facilitar a abordagem ao utente (Makoul, 2001; Yorkston et al., 2015a).

Este protocolo engloba ainda uma checklist de verificação, para que os pacientes e/ou acompanhantes possam avaliar a atitude e os procedimentos do profissional, respondendo a questões de respostas sim/não (Makoul, 2001).

- *OPTION scale*: é uma escala que pretende envolver o paciente na intervenção, deixando espaço para que o mesmo possa tomar decisões, à medida que vai discutindo com o profissional de saúde os diferentes pontos de vista. A consulta clínica deve ser liderada pelo profissional, que deve seguir um conjunto de tópicos na abordagem ao paciente, partilhando os objetivos que vão sendo delineados com o mesmo. Os tópicos a seguir pelos profissionais são: identificação do problema; identificação das possibilidades necessárias; nomear formas para resolver o problema; explicar prós e contras de cada opção; entender as preferências do paciente; compreender as expectativas do paciente; explorar as preocupações do paciente; confirmar a compreensão do paciente à informação fornecida; criar oportunidades para que possa colocar dúvidas; identificar o nível preferencial de envolvimento do paciente; dar oportunidades para adiar decisões; retificar as decisões (Couët et al., 2015; Elwyn et al., 2005; Yorkston et al., 2015a). Contudo de acordo com (Couët et al., 2015), são poucos os profissionais que têm em atenção o envolvimento do paciente, assim como adaptar/ajustar o atendimento às suas preferências.

- *FRAME*: programa com o objetivo de desenvolver aptidões comunicativas em estudantes de medicina, para que possam futuramente integrar equipas pluridisciplinares, conseguindo dar uma melhor resposta ao utente durante a abordagem com o mesmo. O objetivo será com que estes estudantes tenham conhecimento e possam estar mais sensibilizados para as necessidades comunicativas do paciente, entendendo que esse cuidado melhora significativamente o atendimento. É um protocolo dividido em cinco partes de acordo com as suas siglas, como será detalhado seguidamente e podemos observar de forma sintetizada na tabela 9 (Yorkston et al., 2015a, 2018):

- 1) **F** - Diz respeito ao conceito de “Familiarização”. Nesta fase inicial, o profissional deve entender, o meio preferencial de comunicação do paciente, devendo questionar o próprio ou até os seus familiares, se por acaso faz uso de CAA, para o auxiliar na comunicação.

- 2) **R** - “Reduzir taxa”, nesta fase o profissional deve ter em atenção o débito de fala, ou seja, deve abrandar a velocidade/ritmo com que aborda o paciente, com o intuito de facilitar a compreensão ao mesmo, como lhe dar oportunidades para que o possa questionar. Por isso, é também importante o profissional efetuar algumas pausas e ir estabelecendo o contacto ocular para facilitar este processo de descodificação da informação.
  
- 3) **A** - “Assistência”, o profissional deve assistir o paciente em termos comunicativos, com diferentes estratégias facilitadoras durante a abordagem. Alguns exemplos podem ser escolha múltipla, e/ou questões com resposta sim/não, e simplificar o vocabulário que utiliza.
  
- 4) **M** - “Mistura de meios de comunicação”, nesta fase o profissional deve usar vários meios de comunicação para além da comunicação verbal oral (meios alternativos) para facilitar o paciente na compreensão da informação fornecida, como por exemplo, gestos, imagens, quadros brancos, entre outros.
  
- 5) **E** - “Envolver o paciente”, nesta última fase o paciente dever ser o foco principal na abordagem e não os seus acompanhantes e/ou familiares. O profissional deve usar uma linguagem impessoal e não infantilizar o seu discurso.

Tabela 9. Programa de comunicação FRAME (Adaptado de Yorkston et al. (2018, p.49)).

|   | <b>Objetivo</b>  | <b>Facilitadores comunicativos</b>   |
|---|--|--|
| <b>F</b>  familiarização                  | Compreender a forma de comunicação do paciente antes da abordagem médica | Compreender se o paciente utiliza algum meio específico de comunicação   |
| <b>R</b>  reduzir taxa                    | Abrandar a velocidade de fala  | Ir fazendo pausas; fornecer tempo para o paciente responder; ir apresentando as ideias separadamente e uma por sua vez |
| <b>A</b>  assistência                     | Dar assistência à comunicação do paciente                                | Fornecer estratégias comunicativas durante a abordagem, para facilitar as respostas (ex. escolha múltipla, sim/ não)   |
| <b>M</b>  mistura de meios de comunicação | Usar vários meios alternativos à comunicação                             | Quadros brancos, gestos, imagens, telemóveis, escrita e desenho  |
| <b>E</b>  envolver o paciente             | Respeitar o seu grau de autonomia e competências                         | Abordar diretamente o paciente   |

- *SPIKES*: Protocolo composto por seis etapas distintas de acordo com as letras no seu nome. É utilizado para auxiliar os médicos na transmissão de más notícias, tentando reduzir o impacto do conteúdo emotivo da informação clínica, proporcionando uma conversa confortante. É um protocolo que realça os pontos importantes a não esquecer na transmissão de uma má notícia, assim como contém procedimentos para avaliação de diferentes situações (tabela 10) (Cruz e Riera, 2016; Gesser et al., 2021; Yorkston et al., 2015a). De seguida, na Tabela 10, encontram-se descritas as etapas deste protocolo.

Tabela 10. O protocolo SPIKES adaptado de (Cruz e Riera, 2016, p.107).

|          |                      |                                  |
|----------|----------------------|----------------------------------|
| <b>S</b> | Setting up           | Preparação para o encontro       |
| <b>P</b> | Perception           | Compreender/perceber o paciente  |
| <b>I</b> | Invitation           | Convidar para o diálogo/conversa |
| <b>K</b> | Knowledge            | Transmitir informação            |
| <b>E</b> | Emotions             | Manifestar emoções               |
| <b>S</b> | Strategy and Summary | Sintetizar e ordenar estratégias |

- 1) S - Preparação do encontro (ambientação)** - nesta fase o profissional deve ensaiar mentalmente como irá transmitir a má notícia ao paciente, sendo importante rever todo o plano da informação que lhe vai transmitir. Deve ainda, se preparar para as diferentes manifestações emocionais que o paciente possa vir a desencadear após receber a notícia. Assim como deve estar preparado para eventuais questões complexas que o paciente possa vir a colocar. O profissional deve ter atenção ao ambiente onde a informação é passada, pois o mesmo deve ter condições favoráveis para a conversação sem distrações, oferecendo privacidade e tranquilidade ao paciente. É ainda importante, o profissional permitir a presença de acompanhantes ao paciente, para que se sinta mais reconfortado aquando da receção da notícia. Durante a transmissão da má notícia deve promover o contacto ocular com o paciente, manter uma postura neutra, não demonstrar ansiedade, e até adotar comportamentos reconfortantes como segurar na mão do utente, tocar no braço, entre outros;
- 2) P - Perceber o paciente** - nesta fase o profissional deve perguntar antes de transmitir qualquer situação ao paciente. É nesta fase, que deve entender o que é que o paciente já sabe acerca da sua situação e como lida com isso. Devem ser identificadas falhas entre a realidade e as expectativas do paciente, adequando o discurso ao nível da literacia do mesmo. Para isso, o profissional deve efetuar questões abertas;
- 3) I - Convidar para o diálogo/conversação** - entender se o paciente e familiares pretendem saber pormenores sobre o seu quadro clínico. Existem pacientes que estão interessados em saber, outros que não, devendo o profissional averiguar e respeitar a decisão;
- 4) K - Transmitir informação/conhecimento** - o médico deve preparar o paciente para receber a má notícia, iniciando a conversação com a introdução do tópico que infelizmente tem uma má notícia para comunicar. Esta informação deve ser fornecida aos poucos, confirmando sempre se o paciente está a entender/compreender a explicação, devendo usar vocabulário ajustado ao mesmo (e sem termos técnicos);

**5) E - Manifestar emoções** - será talvez a fase mais complexa de todo o processo de transmissão de más notícias, pois as reações à informação recebida podem ser diversas. O profissional deve se mostrar sensibilizado perante a situação e reconfortar o paciente;

**6) S - Sintetizar e ordenar estratégias** - nesta fase o profissional deve dar oportunidade ao paciente para colocar questões, assim como as deve esclarecer. Deve ser discutido e delineado o plano de intervenção que os dois se comprometem a realizar (Cruz e Riera, 2016; Gesser et al., 2021).

- *Programa PACT*: tem como objetivo suportar/auxiliar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes com dificuldades comunicativas, que beneficiam de CAA, sendo direcionado para crianças, adolescentes e adultos (auxilia na autonomia destes pacientes). O programa é composto por 4 fases de acordo com as siglas PACT (*preparar, fazer questões, criar um plano, retirar informações*). De seguida, serão discriminadas todas as fases do programa (Beukelman e Light, 2020; Burns et al., 2018; Yorkston et al., 2015):

**P (de preparar)** - a primeira fase do programa, tem como objetivo praticar com o paciente uma futura consulta médica, treinando questões a que podem ser submetidos. Os familiares e/ou cuidadores são também sensibilizados para juntar de forma sintetizada informações pertinentes sobre o utente, como por exemplo, a medicação que toma e quantidades. Se se tratar de um paciente que use algum facilitador comunicativo este deve levá-lo consigo, priorizando sempre o paciente como comunicar principal. A descrição de sintomas por parte do paciente, é um dos objetivos deste programa. Alguns exemplos de estratégias utilizadas nesta fase são: partilhar informação pertinente do utente com o profissional de saúde antecipadamente, enviando a mesma através de mensagem; treinar vocabulário para usar no contexto; usar livros comunicativos; passaportes de comunicação; entre outras;

**A (de elaborar questões)** - é objetivo instruir o paciente para responder a perguntas padrão realizadas em atendimentos médicos, e sensibilizar os elementos de referência para alertarem os profissionais a simplificarem o seu discurso, e fornecerem mais tempo para que o paciente possa responder;

**C (de criar um plano)** - criação de um plano de intervenção para facilitar o envolvimento do paciente na intervenção médica, como na adaptação e construção de material facilitador;

**T (de recolha de informação)** - na última fase pretende-se que seja fornecido ao paciente um resumo da informação transmitida pelo profissional, podendo ser necessário deixar informação escrita no caso dos adultos ou criar um vídeo no caso das crianças. Os familiares/elementos de referência têm um papel importante nesta fase, devendo auxiliar também nesta etapa.

#### 1.4. A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PACIENTES E/OU FAMILIARES NO USO DE FACILITADORES COMUNICATIVOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Neste subcapítulo apresenta-se a percepção dos profissionais de saúde, pacientes/utilizadores e/ou seus familiares, no uso de facilitadores comunicativos (CAA), na prestação de cuidados de saúde. Antes é apenas de realçar que existem diferentes contextos (na prestação de cuidados de saúde) onde os pacientes vulneráveis a demonstrar dificuldades ao nível da comunicação podem sentir dificuldades comunicativas. Exemplos desses contextos são: os cuidados intensivos (Handberg e Voss, 2018a; Pina et al., 2020); no pós-operatório (Mesko et al., 2011; Morris et al., 2013); nas próprias visitas hospitalares a consultas médicas (Morris et al., 2013; Stans et al., 2018; Thunberg et al., 2016) e/ou em contextos de reabilitação (adulto e/ou infantil) (Gormley e Light, 2019; Kristensen et al., 2018; Vessoyan et al., 2018).

##### **1.4. Perceção dos profissionais de saúde acerca do uso de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde**

De forma geral, os profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, têm boa percepção sobre a utilização de facilitadores comunicativos (CAA) na prestação de cuidados de saúde. O uso de alguns facilitadores comunicativos, como na preparação de encontros médicos, é evidenciado pelos profissionais de saúde, como importante na interação com os pacientes, assim como atender o paciente num local calmo e tranquilo e fornecer tempo suficiente para que o mesmo consiga exprimir as suas necessidades. Adaptar a comunicação ao paciente, e dar importância e complexidade à comunicação não-verbal (ex. gestos), são outros exemplos. No entanto, os profissionais de saúde, entendem também que a aplicação apropriada de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde, pode ser complexa e difícil, criando uma barreira à comunicação (Stans et al., 2018).

Para além disso, os profissionais de saúde têm consciência da falta de conhecimento que têm relativamente à CAA e como é que esse fator pode prejudicar a comunicação com pacientes com dificuldades comunicativas. Embora tenham compreensão que a comunicação é essencial e importante na intervenção com o seu paciente, muitas vezes não é a sua prioridade na interferência com os mesmos (ex. a prioridade muitas vezes é salvar vidas) (Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018; Stans et al., 2018). A árdua logística de alguns contextos de prestação de cuidados de saúde (como por exemplo nos contextos de reabilitação) e os limitados materiais para o uso dos profissionais, também são evidenciados como barreiras pelos profissionais, para uma comunicação eficaz com o utente. Como ainda, as limitações de tempo, treinos limitados e limitados financiamento (Gormley e Light, 2019; Kristensen et al., 2018). Seria espectável os profissionais de saúde poderem ter maior formação e acesso à área da CAA, para os pacientes terem maior acesso ao seu tratamento hospitalar.

Considerando por exemplo a situação vivenciada durante a pandemia COVID-19, os profissionais realçam que se já antes da mesma era difícil comunicar com os pacientes (devido a todas as razões já mencionadas), em período pandémico as barreiras comunicativas aumentaram, uma vez que, as dificuldades mencionadas anteriormente acresceram devido à necessidade do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), do controlo de infeções e às limitações de visitas (Altschuler, 2021).

No estudo de Pelosi e Nascimento (2018), Terapeutas Ocupacionais, selecionaram o tablet como a ferramenta de CAA mais ajustada a pacientes com dificuldades comunicativas (com diferentes origens), tendo sido a produção de som o motivo realçado como mais importante neste material (100%). Outros fatores mencionados para a escolha desta ferramenta foram a facilidade dos pacientes em compreender a função e utilidade do material (74%), assim como a facilidade de utilização através do toque (68%).

A investigação de Tantachoenrat et al. (2018), teve como objetivo compreender a utilização de uma aplicação no tablet para facilitar a comunicação em crianças ventiladas mecanicamente. Concluíram que os profissionais de saúde (enfermeiros), estavam muito satisfeitos com a utilização deste material facilitador neste contexto.

O mesmo se verificou com os enfermeiros a laborar em terapia intensiva com pacientes adultos, realçando a pertinência do uso das pranchas de comunicação (Kuyler e Johnson, 2021).

Os TF, como profissionais que devem apoiar os próprios pacientes a melhorar a sua comunicação, sugerem colaboração das equipas de reabilitação no uso das ferramentas, criando oportunidades de treino, em momentos mais desafiantes, para apoiar indivíduos com complexas dificuldades de comunicação (Gormley e Light, 2019).

**i. Perceção dos familiares de pessoas vulneráveis a evidenciar dificuldades comunicativas na prestação de cuidados de saúde**

Os familiares evidenciaram que a comunicação na prestação de cuidados de saúde é importante e que a compreensão entre os pacientes e os profissionais de saúde também. A adaptação da equipa de profissionais de saúde às necessidades comunicativas dos pacientes foi outro fator importante enunciado. Os pacientes terem conhecimento do que lhes vai acontecer, terem alguém para conversar e dar importância às expressões de dor, foram outros fatores evidenciados pelos familiares como importantes (Thunberg et al., 2016).

Os familiares realçam ainda, a relevância de os profissionais de saúde terem conhecimento e habilidades de CAA e necessidades especiais (ou seja, se as equipas de profissionais têm habilidades na CAA; se o hospital está apto à comunicação, se a equipa tem conhecimento sobre a situação especial do paciente). É necessário individualizar o atendimento, preparar e informar, ouvir e compreender as suas necessidades (Thunberg et al., 2016).

No estudo de Mesko et al. (2011), os pais de crianças com dificuldades comunicativas demonstraram estar satisfeitos com o uso de facilitadores comunicativos (imagens), uma vez que, auxiliou os seus filhos na identificação correta da dor no pós-operatório.

Também no estudo de Vessoyan et al. (2018), os pais avaliaram a sua satisfação como “muito satisfeitos”, na utilização de facilitadores comunicativos (através de rastreamento ocular), e com os serviços relacionados que receberam da equipa de CAA, indicando que podem continuar a apoiar o uso do rastreamento ocular no futuro. Em relação à tecnologia de comunicação, as famílias relataram a facilidade de uso e a eficácia e durabilidade (estas últimas foram particularmente importantes tanto para os profissionais, como para os serviços).

A implementação de estratégias em meio hospitalar é importante para auxiliar a conduta dos profissionais (Handberg e Voss, 2018; Thunberg et al., 2016), tendo sido destacado este fator também pelos familiares de pacientes vulneráveis a evidenciar dificuldades comunicativas, no estudo de Thunberg et al. (2016), devendo as equipas hospitalares se adaptarem às necessidades comunicativas do paciente.

Apesar da CAA dever ser introduzida em todos os contextos da rotina da criança, no estudo de O’Neill e Wilkinson (2020), os pais de crianças com Paralisia Cerebral, realçam que é importante as empresas que criam suportes de CAA, estarão sensibilizadas para adaptar estes materiais de forma a que seja possível estas crianças os utilizarem em todos os seus contextos, assim como destacaram a dificuldade de em muitas situações os próprios parceiros comunicativos desconhecerem estes materiais.

Ainda no estudo de Tantachoenrat et al. (2018), foi possível entender que os próprios familiares das crianças ventiladas mecanicamente, que utilizaram a aplicação de CAA, ficaram mais satisfeitos do que os que utilizaram os métodos de comunicação tradicionais.

Contudo, num estudo de (Duarte, 2022), foi possível verificar que a maioria dos pais de crianças diagnosticadas com PEA para além de não utilizarem a CAA, não conhecem estes materiais, embora a maioria das crianças beneficiasse da sua utilização.

**ii. Percepção dos próprios pacientes acerca uso de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde**

Os pacientes vulneráveis a evidenciar dificuldades comunicativas, na prestação de cuidados de saúde, descreveram várias frustrações na comunicação com os profissionais de saúde, como por exemplo: planeamento e preparação para nomeação, barreiras no tempo, suposições inadequadas, na construção e estabelecimento do relacionamento, na tomada de decisão médica, assim como na implementação do plano médico (Altschuler, 2021; Morris et al., 2013). Sentirem-se culpados pelas falhas de comunicação com os profissionais de saúde, foi outro motivo evidenciado pelos mesmos, sendo importante a preparação antecipada da conversação. Realçam ainda, que o uso de um elemento de referência (membro da família, amigo ou auxiliar pago), tem um papel importante no processo de comunicação com os profissionais de saúde, acabando por se tornar um facilitador no processo de interação (Stans et al., 2018).

No estudo de Hurtig et al. (2019), os pacientes que usaram a CAA em contextos de cuidados intensivos manifestaram percepções consideravelmente mais favoráveis dos que os que não usaram para comunicar com os enfermeiros. Concluindo que a CAA deve ser usada nestes contextos para facilitar os pacientes a superar as barreiras comunicativas.

Num outro estudo, a pacientes adultos que ficaram temporariamente sem voz por causa de intervenções médicas, estes demonstraram satisfação e adaptação à CAA de alta tecnologia durante a permanência nos cuidados intensivos. Os pacientes e as suas famílias demonstraram uma postura positiva na utilização da CAA, pois facilita a compreensão da família relativamente à comunicação do paciente. Os pacientes entendem a mesma como útil e fácil de usar nestes contextos (Ju et al., 2021).

Pacientes adultos com autismo, realçaram que a CAA pode ser uma forma de comunicação desde que implementada e usada durante a infância, realçando a importância que esta ferramenta tem na autonomia da comunicação. Salientam ainda que a normalização do uso da CAA será de extrema importância (Donaldson et al., 2021).

De acordo com Tantacharoenrat et al. (2018), foi ainda possível verificar a percepção das próprias crianças ventiladas mecanicamente no uso da aplicação para facilitar a comunicação em contexto hospitalar, tendo também elas se sentido completamente satisfeitas com o uso deste facilitador (praticamente 90%).

Já no estudo de Pelosi e Nascimento (2018), pacientes com dificuldades comunicativas derivadas de diferentes causas, realçam que o material de CAA mais adequado no internamento hospitalar é o tablet, sendo importante as pranchas de comunicação terem cerca de 12 símbolos pictográficos (não foi considerado pertinente menos de 12, nem mais de 25). As vantagens evidenciadas pelos pacientes foi a possibilidade de produção de som (62%), a facilidade de acesso (58%), o facto de ter acesso à internet e poderem utilizar outras aplicações, assim como ter acesso a fotografias e vídeos, acesso ao email e às redes sociais durante o internamento (48%).

Por fim, no estudo de Kuyler e Johnson (2021), também foi possível entender que a prancha de comunicação é uma mais valia no contexto de terapia intensiva, sendo importante ter em consideração a diversidade cultural e linguística dos pacientes, durante a escolha do vocabulário. Tendo sido possível compreender que os pacientes têm opiniões diferentes relativamente ao vocabulário que é prioritário comparativamente aos profissionais.

## 1.5. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NA PEDIATRIA

### i. Especificidades dos atendimentos de emergência pediátrica

Sabemos que este tipo de atendimento acarreta diferentes especificidades, sendo mais desafiador no caso da pediatria, comparativamente à população adulta. Um dos fatores que o torna mais exigente diz respeito às dificuldades que as crianças têm em se expressar. Estas complexidades podem advir de diversas razões como: um diagnóstico que possa exibir, ou por não dominar o idioma onde a ocorrência ocorre, e/ou até resultantes da situação hospitalar em si (Blackstone e Kalies, 2015; Diogo et al., 2016; Ribeiro et al., 2019).

Para além destas questões o facto de ser um atendimento rápido, objetivo e decisivo, também são características que não facilitam a abordagem à criança, nem o estabelecimento de uma relação empática com a mesma, sendo importante a utilização não só da comunicação verbal, mas também da não-verbal (Blackstone e Kalies, 2015; Valente et al., 2012b).

Neste contexto o papel dos Elementos de Referência da criança é de extrema importância, pois para além de tranquilizar a criança fazendo-a sentir mais segura, vai auxiliar os profissionais a desempenharem as suas funções. É ainda importante no sentido de evitar lesões traumáticas que possam desencadear devido ao impacto forte que este tipo de situações tem (Diogo et al., 2016; Valente et al., 2012b). Os Elementos de Referência são sempre elementos de proximidade à criança, como os progenitores, familiares, professores, entre outros. Para além destas situações, os pais também têm um papel fundamental na transmissão de informação pertinente para o trabalho destes profissionais, auxiliando no esclarecimento de dúvidas (Diogo et al., 2016, 2015). Sendo que nestas faixas etárias a abordagem dos profissionais é muito focalizada para os Elementos de Referência e não apenas para a criança (Dorsey et al., 2022; Molina et al., 2007). Contudo, em certas situações a presença dos elementos de referência durante o atendimento, pode não ser benéfica, principalmente quando estes estão muito agitados e ansiosos com a situação, influenciando na destabilização da criança (Molina et al., 2007). Quando infelizmente não é possível a presença de elementos de referência, é ainda mais importante a existência de facilitadores comunicativos (prancha de comunicação, intérpretes, novas tecnologias, ... ) (Blackstone et al., 2011; Blackstone e Kalies, 2015; Diogo et al., 2016; McNaughton e Editor, 2021; Thunberg et al., 2022; Valente et al., 2012b).

O atendimento pediátrico é encarado como uma prioridade, e com o objetivo de diminuir possíveis traumas e medos, a emergência pediátrica deve conter também espaços para a criança brincar. O brincar lúdico tem um papel fundamental na hospitalização da criança, pois diminui os aspetos dolorosos realizados durante o seu internamento. Com o objetivo de diminuir o impacto negativo que as hospitalizações possam ter na vida das crianças, é importante que elas se sintam esclarecidas também relativamente ao motivo do seu internamento (Costa e Morais, 2017; Diogo et al., 2015; Ribeiro et al., 2019).

Desta forma, é importante os profissionais nestes atendimentos explicarem às crianças o motivo da sua hospitalização, o que influenciará positivamente a sua recuperação e por consequência a sua alta. É fundamental a existência de um ambiente hospitalar acolhedor, organizado e humano para além da questão lúdica (como já referido anteriormente), que deve estar presente e que tem um impacto importante na vida da criança, contribuindo para a diminuição de aspetos negativos. Nas situações de hospitalizações frequentes (devido a doenças infantis crónicas), a presença dos elementos de referência é ainda mais fundamental para auxiliar a mesma a ultrapassar aquela situação/momento.

Assim como é importante o papel dos profissionais, nomeadamente os enfermeiros, que devem auxiliar um cuidado absoluto à criança (Costa e Morais, 2017).

A própria avaliação da dor é algo mais difícil de estimar na pediatria, principalmente nas crianças mais pequenas, pela dificuldade que têm em entender o que é e como quantificar, o que faz com que haja subtratamento e subvalorização da mesma. A avaliação da dor vai depender da idade da criança, do seu nível de maturidade e das suas experiências anteriores. Ainda que os Elementos de Referência possam auxiliar na sua identificação, localização e diminuição, não será o mesmo que a própria criança a fazê-lo. Existem diferentes escalas que auxiliam os profissionais nesta avaliação, contudo não se ajustam a todas as crianças, nem faixas etárias, como é o caso da Escala de Faces e Escala Numérica (Blackstone e Kalies, 2015; Thunberg et al., 2022).

Portanto, os motivos de acionamento pediátrico suportam um peso emocional superior, por se tratar de seres frágeis, estando relacionado ao sofrimento, dor, ansiedade, histeria por parte das mesmas. São situações que são desconhecidas para as crianças, saindo da zona “zona de conforto”, fazendo com que se sintam muitas vezes assustadas e com medo (Diogo et al., 2015; Ribeiro et al., 2019).

Desta forma a abordagem à vítima pediátrica pode ser sentida pelos profissionais como um dos maiores desafios (Ribeiro et al., 2019; Valente et al., 2012b). Pois como referem (Valente et al., 2012a), a criança pode apresentar dificuldades ao nível da expressão verbal oral; a criança pode apresentar medo; a criança pode não se lembrar da situação que causou a emergência; a criança pode se sentir ansiosa e fora da sua zona de conforto,

pois está em contacto com pessoas e contextos desconhecidos; os próprios elementos de referência podem estar ansiosos e com medo, transmitindo esses sentimentos também à criança; a criança pode ainda demonstrar receio ao toque. Concomitantemente a própria avaliação dos sinais vitais é mais complexa nestas faixas etárias, devido às diferenças anátomo-fisiológicas.

Outra razão que dificulta a abordagem com a população infantil de acordo com Andrade et al. (2018), é a má comunicação entre as próprias equipas de profissionais, principalmente em crianças que requerem mais cuidados, não existindo na maioria propostas para a melhoria das questões comunicacionais.

No estudo de Cintra et al. (2022), os profissionais do pré-hospitalar sentem também dificuldade na transmissão de más notícias principalmente quando as vítimas são pediátricas, pois não se sentem preparados, realçando a necessidade da existência de material facilitador para a realização destes procedimentos na pediatria, tendo já sido criados formulários para facilitar estes procedimentos (como se verificou no subcapítulo dos Protocolos e Programas para facilitar a comunicação), facilitando a transmissão de más notícia a adultos. Estas situações afetam o estado emocional dos próprios profissionais, sendo que as famílias têm dificuldade em aceitá-las, demonstrando comportamentos de angústia e aflição. Os profissionais nestas situações não têm apenas que intervir a criança, mas sim toda a população envolvente à mesma. As características deste atendimento, como por exemplo a falta de tempo, a falta de apoio, fazem com que estas situações possam ser encaradas como uma das mais desafiadoras para os profissionais no atendimento pediátrico. O próprio tipo de ocorrência, o número de vítimas envolvidas e/ou a idade das vítimas, dificulta e influencia a prestação dos profissionais. Muitas das vezes, apesar do falecimento já ter ocorrido, os elementos de referência suplicam aos profissionais de emergência para não desistir de salvar a vida da criança, sendo que a falta de um local apropriado para transmitir estas más notícias também é sentido como limitador para estes profissionais, que muitas das vezes acabam por o ter que fazer no próprio local da ocorrência. Os profissionais podem sentir-se fracassados por não terem conseguido ter sucesso mesmo depois de terem realizado todos os procedimentos necessários.

O transporte das crianças para as unidades hospitalares é outra tarefa difícil para os profissionais, principalmente nos casos de crianças com NE, pois as equipas podem não estar preparadas para receber estas crianças, e por isso já foram criados materiais para facilitar a recolha de informação relativamente às suas condições e medicação (analisado anteriormente). Devendo os profissionais durante a deslocação consultar os mesmos para se inteirarem melhor da situação da criança. As próprias dificuldades de mobilidade e até de posicionamento vão tornar estes atendimentos mais complexos para os profissionais durante o transporte (Gallegos et al., 2018).

Podem ainda resultar barreiras comunicativas, na abordagem entre os profissionais de saúde e os elementos de referência da criança, resultantes da ansiedade que apresentam, de barreiras linguísticas e/ou devido à tríade de comunicação que se estabelece nestes atendimentos (profissional de saúde - pais - filho), em vez da tríade “paciente-profissional de saúde” (fatores que já foram realçados nos subcapítulos anteriores). Realçando a necessidade, de treinar os profissionais para uma comunicação mais eficaz (Dorsey et al., 2022).

A própria linguagem para explicar os procedimentos paramédicos (ex. avaliação da saturação, sedação, medição da pressão arterial, entre outros), deve ser simplificada pelos profissionais, para que a criança compreenda o que vai acontecer, adequando o vocabulário à sua idade, existindo um Guia Prático para o efeito de acordo com os autores Stock et al. (2012).

Por outro lado, as condições dos atendimentos também vão influenciar a postura e trabalho dos profissionais. Existindo diversos fatores que contribuem para a alteração das condições como questões de literacia, regionalismos, crenças religiosas e/ou vivências experienciadas, diferenças socioeconómicas, de formação/educação, culturais e geográficas. Estas diferenças são sentidas por exemplo em meios rurais, em que normalmente as pessoas são mais recetivas a estes serviços, pelas longas distâncias que os separa até às unidades hospitalares e/ou pela dificuldade que muitas vezes é sentida na escassez de transportes (Blackstone, 2015; Center for Health Care Strategies, 2013; Nielsen-Bohlman et al., 2004; Ogbogu et al., 2022; Silva et al., 2018; Stock et al., 2012; Vieira et al., 2020; Waters e Asbill, 2013). Podem ainda existir diferentes barreiras físicas

nos atendimentos médicos, como por exemplo, para chegar aos meios rurais, nomeadamente devidos às longas distâncias até aos meios hospitalares mais próximos, o que torna os atendimentos menos rápidos (Santos et al., 2020; Silva et al., 2018; Vieira et al., 2020).

De acordo com diferentes autores, existem grupos de crianças com predisposição para evidenciar dificuldades comunicativas, como é o caso de crianças com diagnósticos pré-existentes; crianças com nacionalidades diferentes; crianças com dificuldades comunicativas temporárias; crianças em cuidados paliativos e/ou em fim de vida; crianças com dificuldades comunicativas de forma repentina:

- Crianças com diagnóstico pré-existente: é o caso de crianças com perturbações do desenvolvimento, como por exemplo, Autismo, Paralisia Cerebral, dificuldades na fala e linguagem, dificuldades auditivas, visuais e/ou cognitivas, entre outros. São crianças que têm visitas hospitalares com frequência, e com uma maior probabilidade de ocorrerem barreiras comunicativas pelas dificuldades que lhe estão inerentes. É fundamental o auxílio dos Elementos de Referência no apoio à comunicação na prestação de cuidados de saúde, assim como os TF para auxiliarem estas famílias e a criança treinando a antecipação das situações (Blackstone e Pressman, 2016; Costello et al., 2015);

- Crianças de outras nacionalidades: crianças que não dominam o idioma local onde a ocorrência ocorre, sendo essencial a presença de intérpretes. Contudo como nem sempre é possível a presença dos mesmos, seria importante a assistência de facilitadores comunicativos para auxiliar os profissionais nestes casos que são cada vez mais frequentes. Sendo o papel do TF facilitador neste processo (Costello et al., 2015; Hunter-Adams e Rother, 2017; Blackstone, 2015);

- Crianças com risco de dificuldades comunicativas temporárias: são crianças em que as dificuldades comunicativas advêm do motivo a que as leva estar no hospital, como por exemplo, após uma cirurgia que possa interferir com a fala, como a traqueostomia, sendo importante o TF auxiliar na instrução da CAA antes da cirurgia (Blackstone e Kalies, 2015);

- Crianças em cuidados paliativos e/ou em fim de vida: na fase em que a criança está no seu fim de vida, está sujeita a momentos de grande sofrimento e instabilidade, sendo também nestas situações importante a CAA para auxiliar as vontades da criança (Costello et al., 2015);

- Crianças com dificuldades comunicativas de forma repentina: quando a criança sofre alguma lesão cerebral, acidente vascular cerebral, tumores, entre outros, pode despoletar alterações comunicativas. Nestas situações o recurso ao TF na instrução da CAA será vantajoso (Costello et al., 2015).

## **ii. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)**

Pelo conteúdo desta investigação e dada a realidade portuguesa a nível nacional, considerou-se pertinente realizar este subcapítulo de caracterização e funcionamento deste instituto, para facilitar a compreensão do estudo pelo leitor.

### **Conceito e funcionamento**

O INEM é um organismo que pertence ao Ministério da Saúde e é responsável por “(...) coordenar o funcionamento, no território de Portugal continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (hospitais, associações de bombeiros, polícia de segurança pública, etc.), são as principais tarefas do INEM”(INEM, 2013).

Em caso de doença súbita ou acidente o número Europeu de Socorro (112), dispõe de vários serviços e meios que estão disponíveis a qualquer hora e dia do ano, para situações de emergência. Assim, um serviço de emergência é acionado quando alguém contacta o 112 que transfere a chamada para a central da Polícia de Segurança Pública (PSP) e/ou para a Guarda Nacional Republicana (GNR), que por sua vez depois de ter conhecimento que se trata de uma emergência médica encaminha-a para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) mais próximo da zona do incidente (Lisboa, Porto, Coimbra e/ou Algarve) (INEM, 2013).

A pessoa que aciona a equipa do INEM, deve estar devidamente preparada para responder a diversas questões colocadas pelo CODU como por exemplo: (1) “quem?”, (2) “o quê?” e (3) “onde?”. (1) Número de vítimas e o seu estado; (2) o que é que aconteceu, ou seja, de que tipo de ocorrência se trata (acidente, doença súbita e/ou parto); (3) local da ocorrência com pontos de referência de modo a facilitar a chegada dos meios ao lugar. Mediante as queixas da pessoa socorrida o operador do CODU vai inserindo os dados fornecidos num fluxograma que facultava uma prioridade, acionando-se os meios de emergência médica necessários para a ocorrência, que estão sediados em diferentes locais (INEM, n.d., INEM, 2013).

Os meios de emergência médica que poderão ser acionados são: **1 - Ambulâncias de Socorro dos Bombeiros e da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP); 2 - Ambulâncias de Emergência Médica (AEM)** - anteriormente designadas por Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV); **3 - Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV); 4 - Sistema de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM); 5 - Motociclos de Emergência; 6 - Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP); 7 - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE); 8 - Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER); 9 - Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) e 10 - Hospital de Campanha.**

De modo a facilitar a compreensão relativa a cada um dos meios de emergência pré-hospitalar existentes, serão descritos seguidamente os objetivos, funcionamento e a equipa constituinte de cada um.

**(1). Ambulâncias de Socorro dos Bombeiros e da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP)** algumas ambulâncias podem estar sediadas em corpos de bombeiros e/ou delegações da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP). A estes locais que estabeleceram protocolo com o INEM dá-se o nome de **Posto de Emergência Médica (PEM)** ou **Posto Reserva**. O objetivo da equipa presente nestas ambulâncias é auxiliar na estabilização da vítima durante o transporte, tendo equipamentos necessários para efetuar o *suporte básico de vida* (SBV) e a *desfibrilhação automática externa* (DAE). São constituídas por equipas de dois elementos em que pelo menos um deles tem que estar habilitado com o curso de

Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS) e o outro pelo curso de Tripulante de Ambulância de Transporte (TAT) (INEM, 2013);

**(2). Ambulância de Emergência Médica (AEM)** - anteriormente designadas por Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) do INEM. São tripuladas por dois Técnicos de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) (antiga designação - Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE)) e também têm como objetivo a *estabilização e transporte de vítima* que necessite de assistência durante a deslocação até à unidade de saúde. Estes técnicos estão habilitados com os cursos de TAS, DAE e Condução de Emergência (INEM, 2013);

**(3). Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)** são tripuladas por um Enfermeiro e um TEPH e estão sediadas em unidades de saúde. Estas ambulâncias dependem inteiramente das decisões do CODU. Neste meio de socorro para além de equipamento para aplicar medidas de SBV e DAE é ainda possível a *administração de fármacos* e a *realização de atos terapêuticos* consoante os protocolos sempre com supervisão médica do médico regulador do CODU. A estabilização, o transporte da vítima e o transporte da vítima inter-hospitalar são então os objetivos principais deste meio de socorro (INEM, 2013);

**(4). Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER)** têm como principal objetivo a estabilização da vítima em contexto pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o seu transporte. Estão localizadas em hospitais e são tripuladas por um médico e um enfermeiro. Estão equipadas com o *Suporte Avançado de Vida (SAV)* em situações de caráter médico ou traumatológico e também atuam na obediência direta do CODU (INEM, 2013);

**(5). Helicópteros de Emergência Médica (SHEM)** transportam os sinistrados graves do local da ocorrência até à unidade de saúde e/ou efetuam o transporte entre unidades hospitalares. A tripulação é constituída por um médico, um enfermeiro e dois pilotos equipados com material de SAV (INEM, 2013);

**(6). Motociclos de emergência**, este meio de emergência é tripulado por um TEPH e tem como objetivo a estabilização da vítima para que possa ser efetuado posteriormente o seu transporte até à unidade de saúde. Em ambiente citadino, por se tratar de um meio de transporte ágil, a sua chegada é mais rápida ao local da ocorrência. No entanto, como se trata de um meio de emergência pequeno apenas tem equipamentos como a *DAE, oxigénio, adjuvantes de via aérea e ventilação, equipamentos para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar* (INEM, 2013);

**(7). Unidade Móvel de Apoio Psicológico (UMIPE)** é destinada a quem necessita de apoio psicológico, como podem ser os casos de sobreviventes de acidentes, a crianças menores e/ou a familiares das vítimas. Para além da presença do psicólogo, este veículo é tripulado por alguém com formação em condução de veículos de emergência e também depende inteiramente das ordens administradas pelo CODU, associando-se às Delegações Regionais (INEM, 2013). Dão ainda resposta a situações de exceção, como: incêndios, explosões, inundações, catástrofes, etc. (INEM, n.d.);

**(8). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP)** é um meio de assistência com o objetivo de estabilizar e transportar a vítima pediátrica até à unidade de saúde, sendo a equipa constituída por um médico, um enfermeiro e um TEPH. O serviço está disponível 24 horas por dia, durante todos os dias do ano. A população alvo deste meio de emergência são bebés prematuros, recém-nascidos e crianças entre os 0 aos 18 anos em situação crítica para Unidades de Neonatologia, Cuidados Intensivos Pediátricos e/ou outras valências específicas (INEM, 2013);

**(9). Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC)**, é um meio utilizado para situações de multivítimas. Está equipada com material similar à VMER e permite o tratamento a oito vítimas graves simultaneamente. É considerada um pequeno hospital campanha, permitindo a criação de um Posto Médico Avançado (PMA). Transporta material de Suporte Avançado de Vida, contendo assim monitores-desfibriladores, ventiladores, seringas-infusoras, fármacos, monitores de parâmetros vitais, etc. Contém ainda uma célula de telecomunicações, para que seja possível a comunicação entre o local da ocorrência, o CODU e os hospitais (INEM, n.d.);

**(10). Hospital de Campanha** - é uma estrutura móvel que se encontra num veículo longo (contentor), formada por diversas partes e está disponível desde 2003. É um meio que permite deslocação por diferentes vias, como terrestre, marítima ou até área. É formada por 17 tendas, contendo um local para alojamento da equipa de suporte, assim como um local para a equipa de comando da operação, para além de toda a estrutura hospitalar. Está munida de diversos equipamentos, como geradores, climatização, cozinhas, casas de banho, depósitos de água e combustível, etc. É acionado em casos de catástrofes ou calamidade, ataques terroristas ou em ocorrências que envolvam multivítimas. Não é necessário ser montado na sua globalidade, pois o mesmo depende do tipo de necessidades, tendo a capacidade máxima de 60 camas. Poderá ainda ser utilizado noutras situações de cariz humanitário e pré-hospitalar, como por exemplo, no caso de existir necessidade de evacuação em massa de pessoas (INEM, n.d.).

Os meios de emergência do INEM que são acionados com maior frequência, assim como a respetiva tripulação, encontram-se esquematizados na Tabela 11.

Tabela 11. Meios de emergência médica e tripulação envolvente (INEM, 2013).

| Meios de emergência  | Tripulação  |
|--|---|
| <b>(2). Ambulâncias de Emergência Médica (AEM)</b>                         | TEPH (n=2)  |
| <b>(3). Ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV)</b>                     | Enfermeiro (n=1) + TEPH (condutor) (n=1)                    |
| <b>(4). Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)</b>               | Médico (n=1) + Enfermeiro (condutor) (n=1)                  |
| <b>(5). Helicópteros</b>   | Médico (n=1) + Enfermeiro (n=1) + Pilotos (n=2)             |
| <b>(6). Motociclos</b>   | TEPH (n=1)  |
| <b>(7). Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE)</b> | Psicólogo (habitualmente apenas um) + TEPH (condutor) (n=1) |
| <b>(8). Transporte Inter-hospitalar (TIP)</b>                              | Médico (n=1) + TEPH (condutor) (n=1) + Enfermeiro (n=1)     |

O INEM presta ainda socorro no *Centro de Orientação de Doentes Urgentes - Mar* (CODU-MAR) e no *Centro de Informação Antivenenos* (CIAV). O CODU-Mar tem o objetivo de prestar socorro junto a embarcações, enquanto que o CIAV (apoio a nível nacional durante 24h), presta socorro em situações toxicológicas, composto por equipas médicas (INEM, 2013).

É importante salientar que a COVID-19 exigiu medidas específicas por parte do Instituto de forma a garantir uma resposta eficaz às vítimas. Desta forma, durante o período pandémico o INEM implementou ambulâncias exclusivas para o transporte de casos positivos de infeção por SARS-CoV-2. Em simultâneo, ativou a Sala de Situação Nacional (SSN), que tem como objetivo garantir a gestão destes transportes de casos suspeitos e/ou validados, assim como garantir as equipas de colheitas de material biológico. Outro objetivo desta sala é os contactos com instituições envolvidas no combate à pandemia (INEM, n.d.).

Desta forma foram criadas Equipas de Enfermagem de Intervenção Primária (EEIP), que fazem a colheita, acondicionamento e transporte de amostras biológicas em locais específicos, como por exemplo a estabelecimentos prisionais e lares residenciais.

No início da pandemia estas equipas foram igualmente acionadas para a recolha de amostras de utentes que estavam em isolamento profilático, com o objetivo de “aliviar” as unidades hospitalares e diminuir a propagação (INEM, n.d.).

O INEM tem ainda a seu serviço o Centro de Apoio e Intervenção em Crise (CAPIC), que tem como função a *teleassistência* e a *Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE)*. Teleassistência quando as vítimas entram em contacto com o CODU em situações de crise psicológica, abuso sexual, comportamentos suicidas, violência física, entre outras. A UMIPE, intervém quando o meio é acionado pelo CODU para ir ao terreno, em casos de morte inesperada e/ou traumática, abusos sexuais e/ou violências físicas/maus tratos, risco de suicídio, etc. Podendo ser acionados para situações de exceção, como por exemplo, incêndios, catástrofes naturais, entre outras. Para além destes serviços prestam ainda apoio psicológico aos restantes profissionais/colegas do INEM, assim como participam na formação dos mesmos, no que diz respeito às questões psicológicas (INEM, 2017).

A sua intervenção no CODU é assegurada pelos psicólogos do CAPIC, sendo as chamadas sempre encaminhadas para os mesmos, quando o fluxo de triagem e/ou os colegas TEPH identificam essa necessidade (INEM, 2017).

As UMIPE estão sediadas nas Delegações Regionais (DR), nomeadamente DR Norte (Porto), Centro (Coimbra) e Sul (Lisboa e Faro), podendo ser acionadas pelo fluxo de triagem, por deliberação do Médico Regulador do CODU quando se prevê que a ocorrência o imponha, quando os colegas efetuam a passagem de dados e/ou quando as equipas do INEM que estão no terreno solicitam essa ajuda no local. A saída da UMIPE é recomendada quando: existem acidentes (de viação, de trabalho, etc.); multivítimas e/ou ocorrência morosas; ocorrências que contornem crianças; maus tratos, violência física e/ou abuso sexual; situações psiquiátricas, morte inesperada e/ou traumática; paragem cardiorespiratória inesperada (INEM, 2017).

Os restantes meios do INEM estão distribuídos de acordo com as três DR anteriormente referidas (INEM, n.d.).

Uma vez que o INEM assegura uma pequena área de atuação no pré-hospitalar, estabeleceu diferentes protocolos com os seus parceiros do SIEM (Corpos de Bombeiros (CB) e Cruz Vermelha Portuguesa (CVP)) para conseguir abranger uma área maior de atuação, estas ambulâncias sediadas nos parceiros intitulam-se de Postos de Emergência Médica (PEM) (INEM, n.d.).

#### Ocorrência Pré-Hospitalar Pediátrica no INEM

A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os seus pacientes torna-se mais problemática se estivermos a falar de crianças, devido a todas as características que estas apresentam (Thunberg et al., 2022; Valente, et al., 2012b), e por isso a atuação dos profissionais do INEM varia consoante a idade das mesmas e o motivo de ocorrência. Sendo que a pediatria abrange pessoas até aos 18 anos exclusive (Valente et al., 2012a).

A avaliação pediátrica no INEM é realizada inicialmente de forma visual, através do **triângulo de avaliação pediátrico - TAP** (figura 5), fornecendo aos profissionais a informação de que se trata de uma vítima crítica ou não crítica (Valente et al., 2012a). É realizada logo no momento em que se estabelece contacto visual com a vítima:

- Trabalho respiratório;
- Aparência (exemplos: se está apática; se interage com o meio; se está sonolenta);
- Perfusão periférica (exemplo: se está roxa ou não (diz respeito à coloração da pele)).

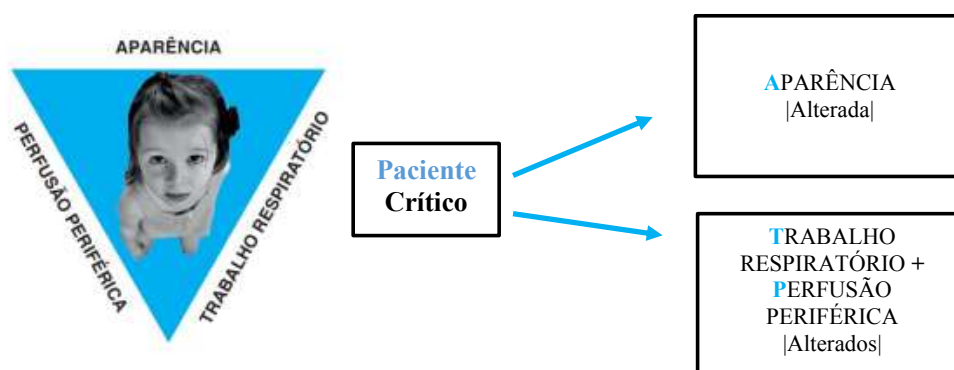


Figura 5. Procedimento de avaliação pediátrica visual de acordo com o Triângulo de Avaliação Pediátrico (TAP) (Valente et al., 2012a).

Para ser considerado um caso crítico, é apenas necessário que o item **A** (*aparência*) esteja alterado, ou então, estarem alterados os outros dois itens (**T** e **P**), como demonstrado na figura anterior. Nestes casos de situação crítica, os profissionais devem pedir apoio diferenciado e administrar fármacos.

A Aparência diz respeito à eficácia da ventilação, da oxigenação, da perfusão cerebral, e do normal funcionamento do sistema nervoso central (SNC), e são visualizadas através do tónus, interatividade, consolabilidade, olhar/contemplação e discurso/choro (a mnemónica “TICLS” para os profissionais). Os passos seguintes são a avaliação primária e secundária, realizadas de acordo com as informações recolhidas anteriormente (Valente et al., 2012a).

O próprio conceito de dor é mais complexo de avaliar na criança, sendo que normalmente é estimado através do choro, principalmente nas crianças mais pequenas. Contudo, a avaliação da dor torna-se menos exigente em crianças mais velhas pelo grau de maturidade que estas possam eventualmente apresentar. A “Escala das Faces”, é a ferramenta disponível para auxiliar os profissionais na recolha da avaliação da dor na criança mais velha, podendo a dor ser identificada como ligeira, moderada ou intensa (Valente et al., 2012a).

De forma, a tornar este atendimento menos exigente, e para que consigam chegar mais facilmente à criança e efetuarem o seu trabalho, os profissionais recorrem a um conjunto de estratégias para facilitar a aproximação e intervenção, tais como: não mentir à criança; conversar com a criança ao mesmo nível; fazer com que a criança seja parte ativa nos procedimentos deixando-a explorar os materiais e fazer questões; deixá-la levar o seu brinquedo favorito quando a ocorrência acontece em domicílio; recorrer aos Elementos de Referência para tranquilizar a criança e fazê-la sentir segura; apresentaram-se e explicarem a razão de estarem ali (...). Quando se trata de crianças com NE, os cuidados devem ser acrescidos. Como é, por exemplo, o caso das crianças surdas e cegas. Nas crianças surdas é importante verificarem se existe alguém para realizar a tradução, devendo também articular bem as palavras e usar o toque para chamar a atenção das mesmas. Já nas crianças cegas, também existem várias estratégias que os profissionais devem utilizar como esclarecerem todos as ações que vão desempenhar, assim como não usarem conceitos como “olha”, “veja”, “verifique”, entre outros (Valente et al., 2012b).

Na especificidade da criança vítima de maus tratos e/ou abuso/violação sexual, os profissionais devem estar atentos a diferentes indicadores que as crianças possam apresentar enquanto a intervencionam, como por exemplo: medo dos adultos; existência de lesões/marcas e/ou fraturas com diferentes estados de cicatrização; existência de queimaduras; quando têm comportamentos radicais. Ainda devem estar vigilantes relativamente à explicação que é fornecida pelos adultos no que diz respeito à causa da lesão, assim como o intervalo temporal entre a ocorrência e a procura de cuidados médicos (Valente et al., 2012b).

As notificações de morte à população pediátrica, devem ser realizadas pelos seus Elementos de Referência, e em situações em que o mesmo não é possível, deve ser realizada por um adulto de confiança para a criança, podendo o CAPIC fornecer uma ajuda essencial na melhor forma de realizar esta abordagem (Valente et al., 2012b), sendo sempre um procedimento bastante desafiador para os profissionais (Souza et al., 2018).

Ainda de acordo com os autores (Valente et al., 2012b), os motivos mais frequentes dos acionamentos pediátricos nos meios INEM são convulsões e febre; desidratação e intoxicações; diarreia; estridor laríngeo; obstrução da via aérea superior por corpo estranho; patologia respiratória, nomeadamente mal asmático e bronquite agudizada. Já relativamente ao meio UMIPE, as origens para este tipo de acionamento são normalmente acidentes, morte inesperada de um familiar, situações de violência e/ou abuso sexual, entre outras.

## **CAPÍTULO II – MÉTODOS**

### **Introdução**

Neste capítulo pretende-se caracterizar a metodologia utilizada em cada uma das fases da investigação do presente estudo, respeitando os princípios científicos e éticos inerentes às mesmas, de acordo com as questões e objetivos da investigação. As opções metodológicas adotadas foram as que se consideraram mais adequadas relativamente às questões delineadas e motivação da investigadora.

Assim, inicialmente é apresentado o desenho da investigação, com a indicação das questões de investigação, objetivos do estudo e a definição da amostra/participantes. Posteriormente é efetuada uma descrição dos instrumentos de recolha de dados, assim como dos procedimentos realizados na colheita dos mesmos. De seguida, são apresentados os métodos de análise e tratamento dos dados, terminando-se com a descrição dos procedimentos adotados na construção do material facilitador de conduta comunicativa.

### **2.1.Desenho da Investigação**

A investigação conduzida neste trabalho de doutoramento foi constituída por três fases. A Fase I é de carácter descritivo, transversal e quantitativo, uma vez que incidiu na identificação das perceções dos profissionais do INEM em relação à comunicação num atendimento de emergência pediátrica (no sentido de confirmar as necessidades previamente encontradas no âmbito da dissertação de mestrado, com uma amostra mais alargada a nível nacional), através da aplicação de um questionário aos profissionais do INEM. A Fase II é de carácter transversal, observacional e qualitativo, pois diz respeito à caracterização de como ocorre o processo comunicativo neste tipo de atendimento, com um elevado grau de profundidade, quer através da observação no terreno (estágio de observação) do contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica e do material existente, bem como da realização de entrevistas em profundidade a um grupo de profissionais do INEM.

A Fase III da investigação, diz respeito à construção de material facilitador de conduta comunicativa, nomeadamente uma prancha de comunicação e um cartão de identificação pediátrico, tendo por base os resultados obtidos nas fases anteriores.

É importante mencionar que houve necessidade de ajustar as fases do estudo inicialmente pensadas, em função dos diversos constrangimentos que surgiram no desenrolar da investigação, nomeadamente relacionados com a coincidência da pandemia COVID-19 e constrangimentos de tempo daí decorrentes. Decorrente desse facto, o inicialmente proposto na Fase II (durante o estágio de observação desenvolver em paralelo um guião pediátrico de conduta comunicativa para auxiliar os profissionais na intervenção com as vítimas pediátricas, acompanhado de material físico facilitador na interação/intervenção) foi adiado, tendo apenas sido realizado na Fase III a construção de material facilitador auxiliar que, infelizmente, não foi possível testar no terreno.

#### **i. Questões de investigação e objetivos do estudo**

A finalidade desta investigação foi compreender o processo de comunicação num atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica, com elevado grau de profundidade, junto dos profissionais do INEM em Portugal Continental que possam estar em contacto direto com as crianças, pretendendo-se contribuir para a melhoria dos processos comunicativos que ocorrem neste contexto de prestação de cuidados de saúde. Para o seu desenvolvimento foram delineadas questões de investigação, que orientaram o desenho do estudo em três fases distintas, tendo-se definido objetivos específicos relacionados com cada questão.

## **FASE I**

Questão 1 - Quais as necessidades relativamente ao atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?

### **Objetivos Específicos:**

- 1.1. Identificar se existe necessidade de formação específica na área da comunicação pediátrica;
- 1.2. Identificar a importância atribuída à formação específica na área da comunicação em atendimento pediátrico;
- 1.3. Identificar quais as dificuldades/desafios na comunicação com as vítimas pediátricas;
- 1.4. Identificar quais as dificuldades/desafios de maior severidade na comunicação com as vítimas pediátricas;
- 1.5. Identificar as necessidades mais prementes que possam contribuir para melhorar a comunicação com as vítimas pediátricas;
- 1.6. Identificar as estratégias comunicativas utilizadas para facilitar a interação/comunicação com as vítimas pediátricas;
- 1.7. Identificar a perceção dos profissionais relativamente à importância da existência de material físico facilitador da interação/comunicação com a criança;
- 1.8. Identificar se a necessidade de formação específica, as dificuldades/desafios na comunicação, as dificuldades/desafios de maior severidade, as necessidades mais prementes, as estratégias comunicativas e a importância da existência de material físico facilitador da interação/comunicação diferem consoante os meios de emergência do INEM onde os profissionais prestam serviços;
- 1.9. Identificar se a necessidade de formação específica, as dificuldades/desafios na comunicação, as dificuldades/desafios de maior severidade, as necessidades mais prementes, as estratégias comunicativas e a importância da existência de material físico facilitador da interação/comunicação diferem consoante os anos de experiência profissional.

## **FASE II**

Questão 2 - Como se desenrola o processo de atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica em Portugal, com especial atenção aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?

### **Objetivos Específicos:**

- 2.1. Compreender os procedimentos num atendimento de emergência pediátrica no INEM de acordo com as diferentes profissões;
- 2.2. Entender como funciona o processo de comunicação entre os profissionais de emergência médica e as vítimas pediátricas no geral;
- 2.3. Analisar as dificuldades sentidas durante os atendimentos de emergência pré-hospitalar pediátrica;
- 2.4. Perceber as estratégias comunicativas usadas durante os atendimentos de emergência pré-hospitalar pediátrica;
- 2.5. Compreender como funciona o processo de comunicação entre os profissionais de emergência médica e crianças estrangeiras;
- 2.6. Analisar como funciona o processo de comunicação entre os profissionais de emergência médica e crianças com NE;
- 2.7. Entender a frequência dos acionamentos pediátricos no INEM;
- 2.8. Perceber quais os motivos mais frequentes de ocorrências pediátricas;
- 2.9. Captar na perceção dos profissionais, qual a fase do atendimento de emergência pediátrica mais desafiadora;
- 2.10. Perceber a formação interna dos profissionais do INEM;
- 2.11. Identificar qual a formação dos profissionais relativamente à área da comunicação pediátrica;

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

- 2.12. Identificar a necessidade de formação específica na área da comunicação pediátrica e suas especificidades;
- 2.13. Compreender de acordo com a perceção dos profissionais quais os conteúdos de formação que seriam pertinentes;
- 2.14. Perceber a importância de Formação em Língua Gestual Portuguesa de acordo com a perceção dos profissionais;
- 2.15. Compreender as áreas de atuação do INEM em Portugal Continental;
- 2.16. Analisar as perceções dos profissionais relativamente às condições de apoio versus características das suas funções.

Questão 3 - Que materiais podem constituir-se como facilitadores da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?

- 3.1. Identificar materiais facilitadores da comunicação já existentes neste contexto;
- 3.2. Identificar materiais/estratégias facilitadores/as necessários/as para facilitar a abordagem à vítima pediátrica.

### **FASE III**

Questão 4 - De acordo com a informação recolhida nas fases anteriores qual o material facilitador da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico a construir?

#### **Objetivos Específicos:**

- 4.1. Construção de uma Prancha de Comunicação para facilitar a abordagem/interação com a criança;
- 4.2. Construção de um Cartão de Identificação Pediátrico para facilitar a abordagem/interação com a criança, nomeadamente com crianças que exibam comprometimento ao nível da comunicação.

## ii. Participantes

Nesta investigação foi utilizada uma amostra de conveniência quer na aplicação dos *questionários*, quer na aplicação das *entrevistas* a enfermeiros, TEPH e psicólogos das três Delegações Regionais do INEM em Portugal Continental, nomeadamente: Delegação Regional do Norte, Centro e Sul. A população alvo deste estudo foram profissionais de emergência pré-hospitalar pertencentes ao INEM (em que o instituto é a entidade patronal), e que possam estar em contacto direto com as vítimas pediátricas. Ou seja, não foram considerados profissionais que a entidade patronal sejam os hospitais (como é o caso da maioria dos médicos).

De seguida, são indicados os participantes, de acordo com as diferentes fases desta investigação.

Na **Fase I**, a população do estudo é constituída por todos os profissionais de emergência médica que prestem serviços no INEM em Portugal Continental (no total, em 2020, eram cerca de 1541 profissionais). A amostra de conveniência, não probabilística, foi constituída pelo número máximo de profissionais de emergência médica que prestem serviços no INEM em Portugal Continental, que estivessem em contacto direto com as vítimas pediátricas, nomeadamente enfermeiros, TEPH e psicólogos - tendo sido incluídos nesta investigação 107 profissionais a nível nacional, que aceitaram participar no preenchimento de um questionário, num total de 1541 profissionais. Especificamente 76 TEPH, 27 enfermeiros e 4 psicólogos. Não foi realizado um estudo de dimensionamento de amostra por técnicas de análise de potência.

Na **Fase II**, o grupo de participantes foi mais reduzido, tendo sido definido anteriormente à sua aplicação o número de entrevistados por delegação e profissão, em conjunto com o elemento destacado pelo INEM para articular com a investigadora. Desta forma, ficou definido que seriam 4 profissionais por profissão de acordo com as três Delegações Regionais a nível nacional (Norte, Centro e Sul), perfazendo um total de 12 a nível nacional, à exceção dos psicólogos que foram apenas 4 a nível nacional.

O número total de psicólogos foi inferior aos restantes, uma vez que, a nível nacional, a quantidade de profissionais nesta área é significativamente inferior aos restantes profissionais (TEPH e enfermeiros). Assim sendo, participaram nesta fase da investigação 28 profissionais do INEM em Portugal Continental: 12 TEPH, 12 enfermeiros e 4 psicólogos.

De forma a que, fosse mais facilitador, por motivo de distâncias e devido à situação pandémica mundial que se atravessou, as entrevistas foram efetuadas em formato *online*. A responsável interna do INEM, indicada pelo mesmo, entrou em contacto com a coordenação dos psicólogos, enfermeiros e TEPH de cada Delegação Regional, para realizar a marcação das entrevistas.

Nesta investigação foram entrevistados um total de 28 profissionais do INEM em Portugal Continental, que foram caracterizados de acordo com os seguintes critérios: género, profissão, meios de emergência onde prestam serviço, anos de experiência no instituto INEM e Formação na área da Comunicação Pediátrica e Especificidades. As questões aplicadas foram na sua maioria abertas, tendo sido posteriormente analisadas através de técnicas de análise de conteúdo.

Na **Fase III** não se aplica o conceito de população e amostra ou grupo de participantes a seleccionar.

## **2.2. Caracterização dos instrumentos de recolha de dados e procedimentos**

Os instrumentos de recolha de dados são fundamentais para a colheita de informações inerentes ao fenómeno a investigar, pois é deles que depende, de grosso modo, a qualidade e o sucesso do estudo. Desta forma, devem ser compostos e empregues de modo a que seja possível a recolha de todas as informações inerentes ao estudo, sem nunca esquecer os objetivos e o contexto onde se realiza a pesquisa (Morgado, 2012). De acordo com esta investigação, utilizaram-se instrumentos que permitiram confirmar as necessidades evidenciadas pelos profissionais do INEM num atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica, bem como caracterizar este tipo de atendimento com elevado grau de profundidade, de acordo com as diferentes fases do estudo:

- 1) Fase I - Questionário *Online* (Anexo A);
- 2) Fase II - Guião de Entrevista Semiestruturada (Anexo B) e Grelha de Registo (estágio de observação) (Anexo C)

### **i. Questionário (Fase I)**

Para a obtenção da informação da temática pretendida foi concebido um Questionário aos profissionais do INEM (Anexo A), aplicado a nível nacional no formato *online*. O questionário foi composto por 15 questões, com uma componente maioritariamente quantitativa, mas também qualitativa (questões semiabertas), construído para o efeito pela investigadora em colaboração com os orientadores. Realça-se que a elaboração do questionário foi baseada nos resultados que emergiram da dissertação de mestrado intitulada “A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM) (Tomás, S. (2017))”.

Como mencionado previamente, o questionário de autopreenchimento, foi construído no aplicativo *Google Forms* e aplicado de forma *online*, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade.

Previamente à sua aplicação, o questionário foi submetido a um painel de peritos constituído por dois professores da Universidade Fernando Pessoa e por um elemento do INEM, tendo-se verificado concordância quanto ao formato e conteúdos apresentados. Posteriormente foi realizado um pré-teste (Anexo D), que incluiu a aplicação do questionário a três profissionais do INEM (um psicólogo, um enfermeiro e um TEPH), que não fizeram parte da amostra recolhida para o estudo. O objetivo do pré-teste foi verificar se a construção geral do questionário estava adequada. Os itens avaliados pelos profissionais foram: a organização e o sentido das questões colocadas, o tamanho do questionário e a clareza das questões (sem conceitos de difícil interpretação). Estas questões foram respondidas através do preenchimento de uma tabela que foi completada com opções (sim/não) e uma coluna com observações/sugestões (para descreverem a sua opinião relativamente a alguma questão específica). Concluída esta etapa, não foi necessário alterar a estrutura e questões construídas, uma vez que, não foram evidenciadas alterações a efetuar por parte dos profissionais.

Deste modo, na parte inicial do questionário, existiu um breve enquadramento, de forma a informar os profissionais do INEM relativamente aos objetivos do projeto, antes do começo do seu preenchimento. O anonimato foi garantido, bem como a confidencialidade das suas respostas. O consentimento informado foi dado no formato de assentimento no preenchimento do questionário, ou seja, após o profissional clicar no item continuar (esta etapa esteve devidamente esclarecida no questionário).

A parte inicial do questionário é constituída por questões de caracterização sociodemográfica e profissional, como idade, sexo, habilitações literárias, categoria profissional que exerce no INEM, anos de serviço no INEM e noutros contextos, meios em que presta serviço no INEM e formação na área da comunicação.

A segunda parte do questionário é constituída por questões que dizem respeito às categorias que emergiram dos resultados provenientes das entrevistas em profundidade realizadas aos profissionais do INEM durante a dissertação de mestrado, relativamente à comunicação com a população pediátrica, nomeadamente: dificuldades/desafios na comunicação, dificuldades/desafios de maior severidade, necessidades mais prementes,

estratégias comunicativas e a importância da existência de material físico facilitador da comunicação com esta população.

A última parte do questionário, é constituída pelas sugestões dos participantes (questão de carácter não obrigatório).

A maioria das questões são apresentadas em escolha múltipla (dez questões), outras numa escala tipo Likert (duas questões), no entanto, também existem questões abertas com o intuito do participante descrever e especificar (seis questões).

No que se refere aos procedimentos para obtenção da autorização do estudo, inicialmente foi enviada a solicitação ao INEM para consentimento da realização da investigação (ANEXO E), assim como o questionário inicial para apreciação e ajustes. Nesse pedido foi descrito o estudo, os instrumentos a utilizar, bem como a garantia de salvaguarda do anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados.

Para tal foi anexado um consentimento informado dirigido aos profissionais do INEM para participação no estudo (Anexo F). No seguimento do cumprimento de todos os procedimentos solicitados pelo INEM, é apresentado em anexo, a devida resposta de autorização do estudo pela instituição (Anexo G), assim como a autorização para proceder ao planeamento de implementação de recolha de dados proposta. Concomitantemente o INEM indicou um elemento como interlocutor institucional para acompanhar todo o desenvolvimento do estudo, tendo sido com este elemento que se articularam todos os ajustes ao desenho inicial da investigação.

A aplicação do questionário online foi desenvolvida com profissionais do INEM, designadamente, TEPH, enfermeiros e psicólogos. Após autorização do Conselho Diretivo do INEM e da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (CE), que viabilizou o estudo empírico de acordo com os requisitos formais e éticos, procedeu-se, em janeiro de 2021, à distribuição dos questionários em formato digital e respetivo assentimento informado, ao responsável eleito pelo INEM, que por sua vez encaminhou o mesmo para o Gabinete de Marketing e Comunicação da instituição.

Este último fez chegar internamente o questionário a todos os profissionais do INEM de Portugal Continental. O preenchimento do mesmo esteve disponível por cerca de 4 semanas, desde 19 de janeiro a 14 de fevereiro de 2021.

Na aplicação do questionário foram salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, nomeadamente, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro. Assim foram recolhidos 109 questionários e validados apenas 107 (existência de dois questionários repetidos).

## **ii. Guião de Entrevista (Fase II)**

Ainda na Fase II, em conjunto com o pedido realizado ao INEM relativamente à realização de Entrevistas Online semiestruturadas aos profissionais do INEM, foi solicitado em simultâneo a realização do Estágio de Observação (ANEXO H). A entrevista foi selecionada para a recolha de dados pois considerou-se ser o instrumento mais indicado para captar a diversidade de descrições e interpretações que as pessoas têm sobre determinada realidade, com o objetivo de se efetuar uma análise aprofundada sobre o material existente, assim como compreender de forma penetrada como ocorre o processo comunicativo neste tipo de atendimento. Neste sentido, a entrevista pode ser então, considerada uma conversa estruturada, em que o entrevistador, obtém informações acerca de um assunto definido pelo mesmo (Brinkmann e Kvale, 2014). Foi então possível recolher informações e perceções acerca do tema em estudo tendo por base a experiência real e a prática de cada participante (Quivy e Campenhoudt, 2008), considerando-se a opção que se enquadrava melhor, de acordo com as questões e objetivos para esta fase da investigação.

O Guião de Entrevista foi aplicado na forma semi-diretiva, desenvolvido pela investigadora com a colaboração dos orientadores, tendo por base a revisão da literatura, os dados obtidos na dissertação de mestrado da autora e confirmados, mais recentemente, na fase anterior (Fase I), bem como com as questões e os objetivos de investigação desenhados para esta fase.

O Guião de Entrevista compreende 12 unidades de análise, e foi aplicado de 21 de janeiro a 14 de fevereiro de 2022, tendo sido aplicado a um total de 28 profissionais do INEM. As unidades de análise são designadamente: a) **Caracterização sociodemográfica** do participante; b) **Preparação a caminho do local** - procedimentos e planeamento da comunicação a ter com a criança; c) **Avaliação de outros aspetos** (local, situação e condições de segurança); d) **Avaliação/Intervenção** da Criança (pelos enfermeiros e TEPH; pelos psicólogos); interação/abordagem à criança durante o atendimento; especificidades deste tipo de atendimento; sinais de abuso sexual vs. maus tratos); e) **Atendimento a vítimas pediátricas estrangeiras** (frequência, experiência profissional, procedimentos, estratégias e material utilizado); f) **Atendimento a vítimas pediátricas com NE** (frequência, experiência profissional, procedimentos; estratégias e material utilizado; dificuldades sentidas; atendimento a crianças que usam LGP como forma de comunicação); g) **Acionamento pediátrico** - frequência dos acionamentos pediátricos e ocorrências pediátricas mais frequentes; h) **Fase do atendimento pediátrico mais desafiadora**; i) **Formação** ( Formação interna dos Profissionais do INEM; Formação na área da Comunicação Pediátrica; Necessidade de formação na área da Comunicação Pediátrica e suas Especificidades); j) **Intervenção do INEM** (Áreas geográficas de intervenção do INEM e Condições de apoio vs. características das funções dos profissionais; l) **Materiais facilitadores para a comunicação** (pertinência; diferentes materiais facilitadores; outros (materiais já existentes)); m) **Sugestões/Pertinência** da investigação; n) **Outros**.

Finalizado o Guião de Entrevista, o mesmo foi submetido a um painel de peritos na área da comunicação pediátrica, constituído por dois docentes da Universidade Fernando Pessoa, que validaram a sua pertinência, estrutura e conteúdo, não se tendo verificado necessidade de efetuar alterações. Importante ainda realçar que, a realização das entrevistas *online*, contemplou também a execução do Pré-teste do Guião de Entrevista (Anexo L), com o objetivo de identificar questões que pudessem estar confusas e que precisassem de ser reformuladas, questões que não produzissem dados necessários e/ou questões que os entrevistados pretendessem incluir, como sugerido por (Coutinho, 2015, 2008). As entrevistas Pré-teste foram aplicadas a três profissionais do INEM que não fizeram parte da amostra final (um TEPH, um enfermeiro e um psicólogo), seguindo-se de uma reflexão falada. Não tendo sido necessário ajustar ou alterar o Guião.

De destacar que estas fases decorreram após o consentimento do INEM e da CE para a realização da Fase II da investigação.

Houve uma indicação interna por parte da instituição quanto à seleção dos entrevistados, através do elemento indicado pelo instituto para esse efeito, que auscultou a disponibilidade dos participantes em conjunto com os Coordenadores das Delegações Regionais (Norte, Centro e Sul) de cada profissão, pelo que a informação sobre o estudo e a obtenção do consentimento informado foi realizada individualmente.

O Guião de Entrevista (Anexo B), contempla um conjunto de “questões orientadoras”, relativamente abertas e de profundidade, com as quais se pretendeu orientar e aprofundar a recolha da informação. É composto por 12 questões de carácter descritivo, que vão ao encontro das unidades de análise identificadas para esta fase, com o intuito de se explorar este contexto da emergência pediátrica com maior profundidade, assim como que materiais são utilizados durante este tipo de atendimento. Neste sentido, estão contempladas no guião, algumas questões de aprofundamento que possam ser colocadas, caso haja essa necessidade. Não foi objetivo, seguir a ordem com que as questões estavam escritas, nem recorrer a todas as questões. O objetivo foi criar condições para que os entrevistados pudessem conversar abertamente acerca da sua experiência, reencaminhando a entrevista para os objetivos traçados, sempre que fosse sentida essa necessidade (Morgado, 2012). As questões abertas serviram como guia orientador à conversação, permitindo que os profissionais falassem abertamente sobre as suas experiências e opiniões, como também permitiram orientar a recolha da informação por parte do investigador. As questões de aprofundamento, foram utilizadas quando se verificava que o entrevistado não fornecia essa mesma informação aquando das perguntas abertas, ou no sentido de clarificar alguma informação menos clara.

Antes da aplicação das entrevistas, foi explicado a cada participante os objetivos do estudo e assegurado o anonimato bem como a confidencialidade e anonimato da recolha da informação. As entrevistas foram realizadas apenas após a obtenção do consentimento informado por parte dos participantes e do consentimento relativamente aos registos de som/vídeo (Anexo F).

As entrevistas foram gravadas em formato vídeo (entrevistas online) e posteriormente transcritas pela investigadora. Após a transcrição das entrevistas, as transcrições foram devolvidas aos entrevistados para que estes validassem a informação enviada e, caso pretendessem, alterassem os aspetos que entendiam necessitar de ser clarificados.

### **iii. Grelha de Registo (Estágio de Observação) - Fase II**

Para a Fase II do estudo, foi igualmente efetuado um pedido ao INEM, para a realização do Estágio de Observação, via email e com o preenchimento de formulário próprio para esse efeito (pedido realizado em conjunto com a solicitação de realização de entrevistas) (Anexo H). Foi ainda enviado ao elemento do INEM (indicado pelo mesmo para acompanhar o decurso da investigação), toda a informação relativa a esta fase do estudo por escrito, onde foram anexados os instrumentos a serem aplicados (Anexo I).

De forma a facilitar o registo da informação a ser recolhida durante o Estágio de Observação pela investigadora, foi criada uma Grelha de Registo (Anexo C). Esta grelha vai ao encontro das unidades de análise identificadas no Guião de Entrevista, e foi também ela submetida a um painel de peritos, constituído por dois professores da Universidade Fernando Pessoa e um profissional do INEM, tendo-se verificado total concordância quanto à organização, pertinência e clareza da informação. A grelha é de preenchimento rápido e foi utilizada ao longo do estágio de observação. Nela consta, inicialmente, informação acerca da caracterização da vítima pediátrica, como: idade, sexo, diagnóstico clínico prévio à situação de emergência (caso se aplique), motivo da ocorrência/principal queixa de acionamento, e se existe a presença de algum elemento de referência para a criança (qual o grau de parentesco à vítima pediátrica). De seguida, são descritos na grelha: os procedimentos dos diferentes passos do atendimento pediátrico (assim como que vocabulário expressivo e compreensivo é utilizado); o uso de material adicional utilizado (caso se verifique), descrevendo os objetivos e procedimentos dos mesmos; estratégias de conduta comunicativa implementadas, assim como a frequência da sua utilização; observações adicionais para cada uma das fases de atendimento.

Existe ainda espaço para informações adicionais, onde se deve acrescentar (caso se justifique), o contexto onde a criança se encontra ao receber este serviço (não se pormenorizando detalhes, para não possibilitar qualquer identificação), a indicação da gravidade da situação (fornecida pelos profissionais do INEM) e características ambientais (ex. ruído, luminosidade, quantidade de pessoas ao redor, ...).

Os estágios de observação foram realizados na Delegação Regional do Porto, após autorização do INEM e CE para a Fase II, no meio de emergência de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Valongo (a 28 de dezembro de 2021 - 6H) e Gondomar (a 23 de janeiro - 12H e a 4 de fevereiro - 6H), e na Ambulância de Emergência Médica (AEM) do Hospital de São João do Porto (a 29 de dezembro de 2021 - 6H). Tendo-se acumulado um total de 30 horas de estágio (Anexo J). Os meios onde foram realizados os estágios de observação foram selecionados pelo instituto, com o objetivo de poder visualizar o maior número de ocorrências (já que normalmente são meios com maior casuística).

No início do Estágio de Observação, foi explicado a cada equipa os objetivos do estudo e assegurado o anonimato bem como a confidencialidade na recolha da informação. A informação registada na grelha de observação relativa a cada intervenção foi de igual modo partilhada, para que os elementos do INEM que estiveram envolvidos, pudessem validar o seu conteúdo. Relativamente aos dados recolhidos, relacionados com as vítimas pediátricas, foi pedido e obtido um parecer por email ao elemento responsável indicado pelo INEM. Este reencaminhou o mesmo, internamente para análise, pelo responsável do departamento de Proteção de Dados da instituição. A resposta ao pedido, foi enviada por email pelo elemento assinalado pelo INEM para acompanhar o estudo, tendo sido necessário ajustar a grelha, com o objetivo de tornar mais garantida a impossibilidade de identificação das vítimas assistidas (foi sugerido retirar o registo da Nacionalidade e o Meio de Emergência). Assim, a Grelha de Registo foi alterada e novamente enviada para o elemento responsável indicado pelo INEM (via email) para acompanhar o estudo. Após envio do documento definitivo, o Departamento de Proteção de dados do INEM, emitiu um documento externo (Anexo K) sobre a nova grelha, onde consta que o novo documento está de acordo com o solicitado por este departamento.

### **2.3. Questões éticas**

O projeto de investigação foi enviado para análise e parecer para a Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo a aplicação do questionário da Fase I sido aprovada inicialmente (nºFCS/PLS-97/20-2, Anexo M) e, a implementação da Fase II aprovada posteriormente (nºFCS/PLS-97/20-4, Anexo N). Esta situação teve de ocorrer de modo faseado, considerando as características do desenho da investigação que se encontra estruturado por fases, nomeadamente com dependência da Fase II relativamente aos resultados da Fase I.

### **2.4. Métodos de análise e tratamento dos dados**

Após a recolha de dados através dos instrumentos descritos, de acordo com as diferentes fases do estudo, procedeu-se à análise dos mesmos, consoante as metodologias descritas seguidamente.

#### **i. Análise dos dados quantitativos**

O tratamento das variáveis quantitativas do questionário *online* foi efetuado com recurso à estatística descritiva e inferencial, tendo sido utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences - IBM® SPSS® for Windows*, versão 27, para a análise estatística. O nível de significância foi estabelecido em 0,05 para todas as situações de inferência.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, em função da natureza das variáveis em estudo. Calculou-se frequência absoluta (número de casos válidos - n) e respetiva frequência relativa (percentagem de casos válidos - %) para variáveis qualitativas nominais ou ordinais. Para variáveis quantitativas calculou-se medidas de tendência central (média e mediana) acompanhadas de medidas de dispersão (desvio padrão e amplitude inter-quartil (1º e 3º quartil)), e ainda, a amplitude de variação (mínimo e máximo). A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, de representações gráficas.

Relativamente à análise das relações entre as variáveis, a comparação de mediana da variável de dois grupos independentes (grupos de acordo com variável qualitativa) foi realizada com o teste de *Mann-Whitney* e a relação entre variáveis qualitativas ou de comparação da contagem foi realizada através do teste de Qui-quadrado. Adicionalmente realizou-se, quando considerado adequado, uma análise de correlação entre variáveis de interesse, por aplicação dos testes paramétricos teste t (comparação de médias de 2 grupos) e ANOVA (comparação das médias de mais de dois grupos). Em todos os testes de comparação múltipla (mais de 2 categorias) os valores de p foram calculados aplicando a correção de *Bonferroni*.

## ii. Análise de dados qualitativos

Para a análise dos dados qualitativos, foi possível obter categoriais e subcategorias através do modelo interativo da análise dos dados de Miles e Huberman (*cit. in* (Léssard-Hebert et al., n.d.)). Estes autores (Miles e Huberman (*cit. in* (Léssard-Hebert et al., n.d.))), propõem três etapas, nomeadamente: a redução dos dados, a sua apresentação e a interpretação/verificação das conclusões. Relativamente à redução dos dados, esta pode ocorrer antes, durante e/ou depois da recolha dos dados. Enquanto que a apresentação e a interpretação/verificação podem ter lugar durante e após a recolha da informação.

A interpretação e a verificação de conclusões consistem em dar significado aos dados reduzidos e organizados, mediante a técnica de análise de conteúdo. Após a constituição do *corpus* de análise, procedeu-se à análise do conteúdo. De acordo com Erikson (*cit. in* (Léssard-Hebert et al., n.d.)), a redução dos dados é efetuada através dos três procedimentos seguintes: 1. A leitura (as respostas dos participantes devem ser lidas várias vezes); 2. Identificação das unidades base (unidades de sentido, passagens de relevo) e 3. O recorte (os dados devem ser agrupados em unidades e categorias).

Optou-se por esta técnica de tratamento da informação, uma vez que, permite o conhecimento dos conteúdos transmitidos pelos participantes através da análise das suas explicações (Vala, 1986).

A análise das entrevistas iniciou então com a constituição do *corpus* da pesquisa. Cumprindo a regra da exaustividade as entrevistas aos profissionais do INEM, foram importadas para o software *NVivo* e analisadas na sua totalidade (Bardin, 2011; Morgado, 2012). Depois de várias leituras sobre as mesmas, foram identificados os dados pertinentes e criadas as categorias inspiradas inicialmente no quadro conceptual da caracterização penetrada do atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica e de acordo com as questões e objetivos desta investigação. Durante este processo emergiram também novas categorias provenientes dos dados recolhidos. A análise realizada foi categorial/temática que conduziu às unidades de registo (Esteves, 2006; Mendes e Miskulin, 2017). Este tipo de análise engloba operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos (Vilelas, 2009), pretendendo identificar os núcleos de sentido e a frequência dos mesmos (Bardin, 2011). A unidade de registo utilizada foi o tema, reforçada pela literatura como uma opção adequada face à análise de perceções e opiniões sobre determinadas temáticas (Bardin, 2011).

Nesta etapa, não foi cumprido o princípio da exclusão mútua, pois considerou-se que o conteúdo de uma categoria se poderia sobrepor às restantes, com o objetivo de se entender de forma mais adequada este contexto (Esteves, 2006).

As entrevistas (unidades de contexto), foram identificadas com um código para que fosse possível identificar o profissional de acordo com a sua profissão: enfermeiro (E); técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) (T) e psicólogo (P). Dentro do conjunto de profissionais, as entrevistas foram numeradas de 1 a 12. Os psicólogos, uma vez que, estes estão presentes em número significativamente menor comparativamente aos restantes profissionais (foram classificados de 1 a 4). As características sociodemográficas dos participantes foram codificadas na ferramenta classificações de casos no *NVivo*.

De seguida são exibidas as categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo, que no decorrer do processo de categorização houve a necessidade de reajustar, para que fossem o mais coerente com a realidade dos participantes.

### **Categoria 1. Preparação a caminho do local**

Esta categoria contempla excertos das entrevistas no que diz respeito aos procedimentos que os profissionais do INEM têm a caminho da ocorrência, ou seja, desde a saída do meio de emergência até à sua chegada ao local da ocorrência. Contempla ainda o compreender se é realizado algum planeamento em relação à comunicação a ter com a criança (Tabela 12).

Tabela 12 - Categoria 1: descrição de subcategorias e de descritores usados para Preparação a Caminho do Local

| <b>Subcategorias</b>                                | <b>Descritores</b>  |
|---|---|
| 1.1. Procedimentos                                  | Referências aos procedimentos que os profissionais têm a caminho da ocorrência .                                |
| 1.2. Planeamento da comunicação a ter com a criança | Afirmações dos profissionais se é realizado o planeamento ou não, da comunicação a ter com a vítima pediátrica. |

### **Categoria 2. Avaliação de outros aspetos**

Diz respeito à avaliação que os profissionais têm que realizar quando chegam ao local de ocorrência (Tabela 13).

Tabela 13 - Categoria 2: descrição de subcategorias e de descritores usados para Avaliação de outros aspetos

| <b>Subcategorias</b>                         | <b>Descritores</b>   |
|--|--|
| 2.1.Local, situação e condições de segurança | Referências aos outros aspetos que os profissionais têm em conta durante a avaliação da vítima pediátrica. |

### **Categoria 3. Avaliação/Intervenção da Criança**

Contempla outros aspectos que os profissionais têm em conta na avaliação da ocorrência de acordo com as diferentes profissões (Tabela 14).

Tabela 14 - Categoria 3: descrição de subcategorias e de descritores usados para Avaliação/Intervenção da Criança

| <b>Subcategorias</b>  | <b>Descritores</b>  |
|---|---|
| <b>3.1. Enfermeiros e TEPH</b>                                  | Referências aos procedimentos de avaliação/intervenção (avaliação primária e secundária).   |
| <b>3.2. Psicólogos (CAPIC)</b>                                  | Excertos dos procedimentos realizados pelos psicólogos durante um atendimento pediátrico.   |
| <b>3.3. Interação/abordagem à criança durante o atendimento</b> | Menções sobre estratégias, material facilitador utilizado durante o atendimento pediátrico. Assim como dificuldades sentidas pelos profissionais neste atendimento. |
| <b>3.4. Especificidades do tipo de atendimento</b>              | Afirmações sobre características específicas do atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica.  |
| <b>3.5. Sinais de abuso sexual vs. maus tratos</b>              | Referências sobre possíveis sinais de abuso sexual e/ou maus tratos.  |

### **Categoria 4. Atendimento a vítimas pediátricas estrangeiras**

Abrange a frequência com que ocorrem os atendimentos a vítimas pediátricas estrangeiras, assim como refere a experiência dos profissionais nestes atendimentos. Menciona ainda quais os procedimentos, estratégias e material utilizado pelos profissionais (Tabela 15).

Tabela 15 - Categoria 4: descrição de subcategorias e de descritores usados para Atendimento a vítimas pediátricas estrangeiras

| <b>Subcategorias</b>  | <b>Descritores</b>   |
|---|--|
| <b>4.1. Frequência/experiência profissional</b>             | Refere a frequência com que estes atendimentos ocorrem, assim como a experiência dos profissionais com vítimas estrangeiras. |
| <b>4.2. Procedimentos, estratégias e material utilizado</b> | Excertos dos procedimentos, estratégias e materiais utilizados no atendimento a vítimas pediátricas estrangeiras.            |

### **Categoria 5. Atendimento a vítimas pediátricas com NE**

Esta categoria agrega a frequência, os procedimentos e estratégias que os profissionais recorrem quando o atendimento é realizado a vítimas pediátricas com NEE. Menciona ainda as maiores dificuldades sentidas pelos profissionais com estas crianças (Tabela 16).

Tabela 16 - Categoria 5: descrição de subcategorias e de descritores usados para Atendimento a vítimas pediátricas com NE

| <b>Subcategorias</b>  | <b>Descritores</b>   |
|---|--|
| <b>5.1. Frequência - experiência profissional</b>           | Referências à frequência com que este tipo de atendimento ocorre; prática dos profissionais em atendimentos a crianças com NE.                                   |
| <b>5.2. Procedimentos, estratégias e material utilizado</b> | Excertos sobre procedimentos, estratégias e materiais que utilizam na abordagem a crianças com NE.   |
| <b>5.3. Dificuldades sentidas</b>                           | Menções sobre as dificuldades que os profissionais sentem quando as ocorrências envolvem crianças com NE.  |
| <b>5.4. Atendimento a vítimas pediátricas que usam LGP</b>  | Contém a experiência dos profissionais no atendimento a vítimas que usam LGP como meio de comunicação, assim como material facilitador e estratégias utilizadas. |

### **Categoria 6. Acionamento pediátrico**

Aborda a frequência com que ocorrem atendimentos a vítimas pediátricas na emergência pré-hospitalar do INEM, e quais os motivos de ocorrências pediátricas mais frequentes (Tabela 17).

Tabela 17- Categoria 6: descrição de subcategorias e de descritores usados para Acionamento pediátrico

| <b>Subcategorias</b>                                | <b>Descritores</b>   |
|---|--|
| <b>6.1. Frequência dos acionamentos pediátricos</b> | Excertos que mencionam com que frequência este tipo de atendimentos ocorre no instituto. |
| <b>6.2. Ocorrências pediátricas mais frequentes</b> | Realça os motivos mais frequentes de emergências pediátricas.                            |

### **Categoria 7. Fase do atendimento pediátrico mais desafiadora**

Realça a fase de todo o atendimento pediátrico que os profissionais sentem como mais desafiadora/difícil (Tabela 18).

Tabela 18 - Categoria 7: descrição dos descritores usados para Fase do atendimento pediátrico mais desafiadora

| <b>Descritores</b>   |
|--|
| Referências às fases que são sentidas pelos profissionais como mais exigentes no atendimento a crianças. |

### **Categoria 8. Formação**

Faz referência à formação que os profissionais têm internamente, assim como se têm formação na área da comunicação pediátrica (especificando a mesma), e se é sentido como necessidade a formação na área da comunicação pediátrica (Tabela 19).

Tabela 19 - Categoria 8: descrição de subcategorias e de descritores usados para Formação

| <b>Subcategorias</b>   | <b>Descritores</b>  |
|--|---|
| <b>8.1. Formação interna dos profissionais do INEM</b>                                       | Refere a formação que é fornecida aos profissionais do INEM pelo instituto.   |
| <b>8.2. Formação na área da Comunicação Pediátrica</b>                                       | Refere a formação que os profissionais têm na área da comunicação na pediatria e suas especificidades.  |
| <b>8.3. Necessidade de Formação na área da Comunicação Pediátrica e suas Especificidades</b> | Referências à pertinência de existir formação mais específica nesta área, assim como que conteúdos formativos são pertinentes para os profissionais e se a formação em LGP seria uma mais valia para este contexto. |

### **Categoria 9. Intervenção no INEM**

Evidencia as áreas de intervenção do INEM a nível nacional, assim como se as condições de apoio a que estão expostos faz com que seja necessário ajustar a sua forma de atuação/intervenção (dando exemplos específicos) (Tabela 20).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Tabela 20 - Categoria 9: descrição de subcategorias e de descritores usados para Intervenção no INEM

| Subcategorias  | Descritores  |
|--|--|
| <b>9.1. Áreas Geográficas de Intervenção do INEM</b>                             | Realça as zonas de intervenção do INEM em Portugal Continental.  |
| <b>9.2. Condições de apoio vs. Características das funções dos profissionais</b> | Diferenças na abordagem dos profissionais de acordo com a zona geográfica onde estão a prestar o atendimento, (condições de apoio a que estão expostos). |

### Categoria 10. Materiais facilitadores para a comunicação

Esta categoria contempla excertos das entrevistas no que diz respeito às necessidades sentidas pelos profissionais no atendimento pediátrico relativamente a materiais facilitadores que seriam pertinentes neste atendimento (Tabela 21).

Tabela 21 - Categoria 10: descrição de subcategorias e de descritores usados para materiais facilitadores para a comunicação

| Subcategorias  | Descritores  |
|--|--|
| <b>10.1. Pertinência</b>   | Referencias relativas à pertinência da existência de material facilitador na emergência pré-hospitalar |
| <b>10.2. Checklist com Parâmetros Comunicativos a ter em conta</b>                             | Declarações sobre a necessidade deste material facilitador.  |
| <b>10.3. Escala de av. e localização da dor</b>  | Excertos sobre a necessidade deste material facilitador.   |
| <b>10.4. Adaptação do Manual Multilingue</b>   | Declarações sobre a necessidade deste material facilitador.  |
| <b>10.5. Brinquedo/material infantil apelativo</b>   | Afirmações sobre a necessidade deste material facilitador.   |
| <b>10.6. Escala para av. as emoções</b>  | Testemunhos sobre a necessidade deste material facilitador.  |
| <b>10.7. Guião Orientador da Comunicação</b>   | Manifestos sobre a necessidade deste material facilitador.   |
| <b>10.8. Prancha de Comunicação</b>  | Declarações sobre a necessidade deste material facilitador.  |
| <b>10.9. Cartão de Identificação Pediátrico</b>  | Exposições sobre a necessidade deste material facilitador.   |
| <b>10.10. Aplicação no iTEAMS para a pediatria vs. Material facilitador em formato digital</b> | Excertos sobre a necessidade deste material facilitador.   |
| <b>10.11. Material facilitador adaptado para a LGP</b>   | Recortes sobre a necessidade deste material facilitador.   |
| <b>10.12. Outros (materiais facilitadores já existentes)</b>                                   | Declarações sobre materiais facilitadores já existentes.   |

### **Categoria 11. Sugestões/Pertinência da Investigação**

Nesta categoria os profissionais referem sugestões que identificam como pertinentes para este contexto, assim como realçam a pertinência desta investigação (Tabela 22).

Tabela 22 - Categoria 11: descrição dos descritores usados para Sugestões/Pertinência da Investigação

| <b>Descritores</b>   |
|--|
| Excertos referentes a sugestões fornecidas pelos profissionais e a pertinência desta investigação. |

### **Categoria 12. Outros**

Os profissionais acrescentam outras informações pertinentes, para além das categorias mencionadas anteriormente (Tabela 23).

Tabela 23 - Categoria 12: descrição dos descritores usados para a categoria Outros.

| <b>Descritores</b>  |
|---|
| Esta categoria realça informações mencionadas pelos profissionais sobre outros assuntos para além das categorias mencionadas anteriormente. |

Todas as unidades temáticas foram cuidadosamente recortadas e codificadas no “Códigos” (Figura 6), com o objetivo de isolar o sentido presente do que foi dito pelos profissionais do INEM. Este foi um processo bastante demorado, e que se foi alterando e adaptando à medida que o material ia sendo introduzido. Optou-se por incluir excertos simples e parágrafos das entrevistas de forma a não se perder o conteúdo da informação transmitida pelos entrevistados.

Com o objetivo de validar a análise efetuada relativamente à codificação, e de acordo com Coutinho (2015) e Lima (2013), sendo importante certificar a fiabilidade intracodificador, recorreu-se a uma validação interna e externa das categoriais e subcategorias.

A validação interna permitiu comparar categorias entre si, com o objetivo de compreender se não existia sobreposições/repetições, e perceber se as categorias estavam de acordo com os objetivos delineados na pesquisa. Na validação externa, considerou-se pertinente calcular o índice de fiabilidade (fiabilidade de intercodificadores), tendo sido convidados dois codificadores experientes em análise qualitativa para realizar a codificação. Um deles perito na área da comunicação pediátrica e outro na área da emergência pré-hospitalar pediátrica. Foi então criada uma Grelha com vários excertos das entrevistas, que foram inseridos de forma aleatória de acordo com os recortes que foram realizados. Segundo Lima (2013), a Grelha deve conter no mínimo 10% do total das unidades de registo totais (categorias e subcategorias). As Grelhas foram enviadas para os codificadores, assim como um documento extra com os códigos numéricos das categorias e as subcategorias criadas. Os codificadores tiveram de codificar cada unidade de registo da grelha com um código numérico (contido no documento extra). É importante realçar que os codificadores realizaram este procedimento isoladamente, reenviando a grelha quando terminaram a codificação. Por fim, foi criada uma grelha final (com as codificações dos dois codificadores), com o objetivo de comparar as respostas, ou seja, verificar o número de acordos e desacordos (Anexo O). De acordo com Lima (2013), o índice de fiabilidade é calculado através da seguinte fórmula: índice de fiabilidade = números de acordos / (número total de acordos + desacordos) x 100.

Deste modo, o valor obtido 77,9% foi um valor dentro do que é sugerido pelo autor (o valor final deve aproximar-se dos 70%), podendo concluir que está assegurada a fiabilidade de intercodificadores.

Posteriormente, no que se refere à análise dos dados realizada com suporte do software NVivo, importa referir que todos os dados foram inseridos no “Códigos” (Figura 6).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

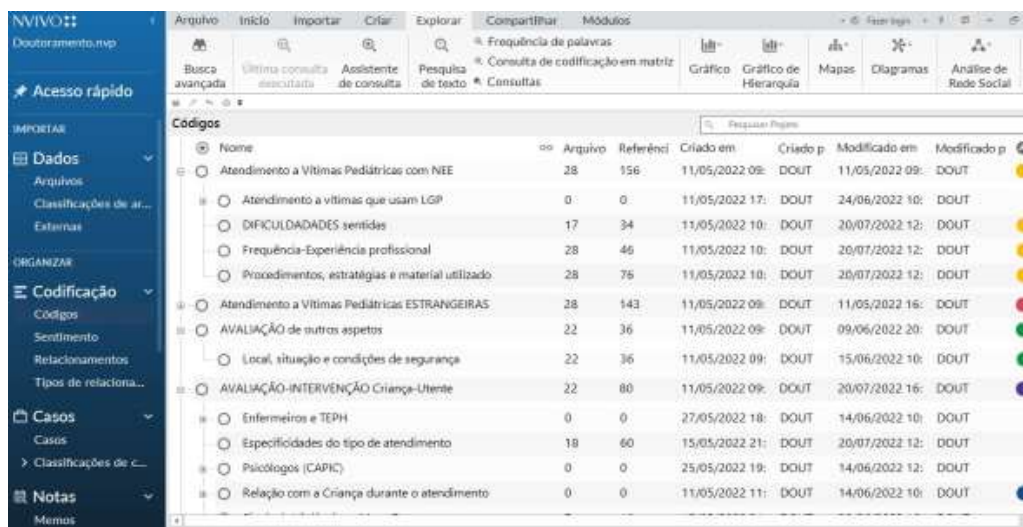


Figura 6. Dados codificados no "Códigos" no NVivo.

No seguimento podemos observar o total de referências (total de descritores recolhidos), através das entrevistas (n=2641), de acordo com as categorias mencionadas na tabela 12 abaixo:

Tabela 12. Unidades de registo por categorias (descritores recolhidos).

|   | Nº de referências | %    |
|---|-------------------|------|
| <b>Categoria 1</b><br>Preparação a caminho do local                   | 69                | 2,6  |
| <b>Categoria 2</b><br>Avaliação de outros aspetos                     | 36                | 1,4  |
| <b>Categoria 3</b><br>Avaliação/Intervenção da Criança                | 788               | 29,8 |
| <b>Categoria 4</b><br>Atendimento a vítimas pediátricas ESTRANGEIRAS  | 213               | 8,1  |
| <b>Categoria 5</b><br>Atendimento a vítimas pediátricas com NE        | 212               | 8,03 |
| <b>Categoria 6</b><br>Acionamento Pediátrico                          | 87                | 3,3  |
| <b>Categoria 7</b><br>Fase de atendimento pediátrico MAIS DESAFIADORA | 42                | 1,6  |
| <b>Categoria 8</b><br><b>FORMAÇÃO</b>                                 | 203               | 7,7  |
| <b>Categoria 9</b><br>Intervenção do INEM                             | 115               | 4,4  |
| <b>Categoria 10</b><br>Materiais FACILITADORES para a comunicação     | 644               | 24,5 |
| <b>Categoria 11</b><br>Sugestões/Pertinência da investigação          | 113               | 4,3  |
| <b>Categoria 12</b><br>Outros   | 119               | 4,5  |
| <i>Total parcial</i>  | 2641              | 100  |

Durante o processo de tratamento dos dados e de forma a facilitar a sua análise, o investigador foi criando matrizes estruturais (tabelas), onde foram inseridos os dados conforme os temas. Este processo facilitou a análise dos dados dentro do mesmo tema, já que apenas era necessário observar determinada coluna, assim como também facilitou na comparação entre os participantes (analisando as linhas).

### **iii. Dados recolhidos através da Grelha de Observação**

Durante a realização dos Estágios de Observação (um total de 30H), na tentativa de poder realizar a observação de assistência a casos pediátricos (durante o período de 28 de dezembro de 2021 a 4 de fevereiro de 2022), não foi possível a visualização de nenhum atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica. Contudo, observaram-se sete ocorrências à população adulta (com idades compreendidas entre os 35 e 83 anos), que permitiram ter uma maior proximidade com este contexto, como com os procedimentos e com as equipas de socorro.

Os motivos de acionamento foram doenças súbitas (n=4), trauma (n=1) e casos COVID 19 positivos (n=2). Especificamente, alteração do estado de consciência, queda, obstrução da via aérea (OVA), lipotimia (possível depressão com chamada de atenção), neoplasia cerebral com cefaleias intensas, e casos positivos à COVID-19.

Foi possível verificar que os profissionais na maioria das vezes, recorreram a um elemento de referência presente para recolha de informação pertinente, sendo a abordagem não apenas direcionada para a vítima adulta. Também foram sentidas barreiras físicas, no acesso às vítimas, nomeadamente casas com divisões pequenas e com pouco espaço livre, assim como o acesso à própria habitação penoso, com muitas escadas. Outro motivo que dificultou o trabalho da equipa foram os casos em que as vítimas eram obesas, complicando o transporte até à célula sanitária. As distâncias entre os locais de ocorrência até à unidade hospitalar foram essencialmente de curta duração, uma vez que, ocorreram no grande Porto. Nestas ocorrências existiu uma recusa de transporte pela vítima, tendo tido de assinar um consentimento de recusa de transporte do INEM.

Relativamente aos casos de COVID-19 (foram ambos em meio SIV), os enfermeiros usaram os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), para poder acompanhar/assistir a vítima durante o transporte. Tendo as vítimas, à chegada ao hospital, sido dirigidas para uma divisão específica. Nas saídas em meio SIV, foi ainda possível visualizar o “Rendez-vous”, ou seja, à chegada da SIV já se encontravam os bombeiros e/ou a ambulância do INEM no local a dar assistência.

Durante todas as ocorrências descritas anteriormente, foi possível verificar o funcionamento dos registos clínicos dos profissionais no *software iTEAMS*, a visualização das ambulâncias AEM e as ambulâncias SIV (como os materiais inerentes às mesmas), assim como ainda foi possível visualizar os protocolos de atuação existentes para os TEPH e enfermeiros.

### **2.5.Procedimentos para a construção de material facilitador da comunicação (Fase III)**

Para a construção de material facilitador da comunicação, nomeadamente as Pranchas de Comunicação (Anexo P) e o Cartão de Identificação Pediátrico (Anexo Q), foi tido em consideração a revisão teórica da literatura, assim como os resultados obtidos nas fases anteriores da investigação (fases I e II).

Inicialmente procedeu-se ao pedido de utilização dos símbolos pictográficos do ARASAAC (plataforma que oferece recursos gráficos e materiais adaptados) ao “Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa - ARASSAC”, para a construção dos materiais, por email. A resposta ao pedido de licença foi deferida, como é possível verificar em anexo (Anexo R).

Finalizados os materiais, estes foram submetidos a uma auditoria externa, por parte de um painel de sete peritos, dois com uma larga experiência na área da comunicação pediátrica, nomeadamente na CAA (2 terapeutas da fala), e cinco com vasta experiência na área da emergência pré-hospitalar pediátrica (1 psicólogo, 2 enfermeiros e 2 TEPH), que validaram a sua pertinência.

Os materiais foram enviados por email, em conjunto com as instruções de apoio ao uso (Anexos S e T). Nesse mesmo email, foi ainda enviada uma Grelha de Apreciação dos materiais para ser preenchida pelos mesmos (Anexo U). A Grelha inicia com uma breve explicação da investigação, assim como dos materiais, salvaguardando também todas as questões éticas. É composta por tabelas onde estão referenciados os diferentes materiais sujeitos à análise por parte dos peritos, através de uma escala de classificação do nível da adequação (“nada adequado”, “pouco adequado”, “muito adequado”), relativamente a diferentes critérios de avaliação como: apresentação gráfica; vocabulário/conteúdos utilizados; organização da informação; funcionalidade do material para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica; clareza do material para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica; pertinência das estratégias de comunicação; clareza das estratégias de comunicação; pertinência dos procedimentos a utilizar na utilização do material e clareza dos procedimentos a utilizar na utilização do material. De seguida, foram também colocadas questões relacionadas às “Instruções de Apoio ao uso dos materiais facilitadores”, solicitando-se a sua classificação de acordo com os seguintes três critérios de avaliação: pertinência, organização e clareza da informação. A Grelha contém ainda um espaço para os peritos descreverem as alterações que sugeriam, caso classificassem algum item como “nada adequado” e/ou “pouco adequado”. No final, existiu ainda um espaço reservado para acrescentarem “Críticas / Sugestões / Comentários”.

Após a recolha destas perceções, foi possível entender que a maioria dos itens classificados, foram atribuídos com o critério de avaliação de “muito adequado” (290 itens num total de 294 questões), o que permite assumir com elevada confiança a apresentação do material em causa.

Apenas 4 itens foram classificados como “pouco adequado”, nomeadamente relacionados com: o vocabulário/conteúdo utilizado na Prancha 1 (um perito) e 4 (um perito); a clareza das estratégias na Prancha 1 (um perito) e a apresentação gráfica da Prancha 2 (um perito).

Quanto ao vocabulário/conteúdo da Prancha 1, após discussão efetuada procedeu-se à alteração gráfica do signo “Outros” para um de mais fácil compreensão por parte da população pediátrica. Não se achou pertinente alterar o conceito do signo “Tem calma” para “Vou-te ajudar”, uma vez que, já existe nessa mesma prancha um signo com conceito semelhante, nomeadamente o “Estou aqui para ajudar” (tendo-se mantido o conceito inicial). Relativamente ao vocabulário/conteúdo utilizado na Prancha 4, adequou-se a ordem alfabética da Prancha. No que diz respeito à clareza das estratégias na Prancha 1, a sugestão foi alterar o termo “varrimento” para “escolha”, contudo não se achou pertinente a mudança, uma vez que não são sinónimos, tendo-se mantido o conceito. Foi ainda proposto tornar uma das estratégias mais explícita alterando os conceitos iniciais da frase da estratégia número 5: “Sempre que, pelo posicionamento da vítima seja facilitador (...)”, por “De acordo com o posicionamento da vítima (...)” ou “Atendendo ao posicionamento da vítima (...)”, não se achou pertinente a alteração, pelo que se manteve a frase original.

Para além destas propostas, os peritos indicaram também sugestões, tendo sido consideradas algumas que se observaram como mais pertinentes, especificamente uma que teve uma concordância robusta, pois foi mencionada por três peritos, nomeadamente: o signo gráfico do conceito “engoli uma coisa” (na Prancha 2), uma vez que o escolhido era pouco icónico, e por isso de mais difícil compreensão para uma criança que não saiba ler. Deste modo, o signo foi alterado por outro considerado mais adequado. Procederam-se a outras pequenas alterações como: colocar legenda nas escalas de dor (em ambos os materiais); acrescentar um signo na Prancha 3 com a mensagem “agora não podes mexer”; alterar o termo “verbalize” por “indique” na Prancha 1 na página das estratégias comunicativas.

Foi ainda sugerido por dois peritos a pertinência da tradução dos materiais para outras línguas, efetuando-se a tradução dos mesmos para a língua inglesa. A tradução para outras línguas para além do inglês (como por exemplo para Ucrainiano, mencionado por apenas um perito), não foi possível devido aos prazos de entrega da tese, sendo uma sugestão que irá ser tida em conta futuramente.

## **CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **Introdução**

O presente capítulo apresenta os resultados provenientes da aplicação do questionário online, das entrevistas semiestruturadas em profundidade realizadas aos profissionais do INEM e da construção dos materiais facilitadores da comunicação. Inicialmente será realizada uma caracterização geral da amostra (questionário) e participantes (entrevistas) dos instrumentos utilizados. Posteriormente, os resultados irão ser apresentados de acordo com a orientação de cada um dos instrumentos de recolha, fazendo-se referência às questões de investigação e objetivos implícitos no decorrer da apresentação.

### **3.1. Questionário online**

É importante salientar que após a apresentação dos resultados provenientes das questões do questionário, irão ser apresentados os resultados decorrentes do cruzamento dos dados (de destacar que em algumas questões, foi apenas efetuada a comparação entre o grupo de enfermeiros e técnicos (TEPH), uma vez que, a dimensão do grupo dos psicólogos é reduzida).

#### **i. Caracterização da amostra do estudo**

A caracterização da amostra deste estudo será descrita abordando individualmente cada uma das profissões que compõem os profissionais do INEM, que podem estar em contacto direto com as vítimas pediátricas (enfermeiros, TEPH's e psicólogos), no sentido de facilitar a leitura e análise dos dados (amostra semelhante à tese de mestrado, mas a nível mais alargado - nível nacional).

#### *ENFERMEIROS Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Participaram neste estudo 27 enfermeiros na faixa etária dos 32-52 anos. O número de anos de experiência profissional no INEM variou de 2-20 anos. Os anos de experiência profissional noutros contextos variou de 1-29 anos. Da observação do mesmo apura-se que os indivíduos da amostra são maioritariamente do sexo masculino (59,3%) enquanto

do sexo feminino (40,7%). Os enfermeiros constituem 25,2% da amostra dos inquiridos total. A maior parte dos enfermeiros possui apenas a licenciatura (66.7%) e grande parte dos mesmos possui várias pós-graduações (63%). Já o grau de mestre é verificado em número mais reduzido, nomeadamente 37%, não existindo nenhum profissional com doutoramento (tabela 13).

#### *TEPH's Caraterização Sociodemográfica da Amostra*

No que se refere à caracterização dos técnicos de emergência pré-hospitalar (n=76) verifica-se que tinham em média, cerca de 37,5 ( $\pm$  5,8) anos de idade, variando entre os 23 e os 49 anos, sendo que 28,9 % dos técnicos são do sexo feminino e 71,1% do sexo masculino. Os anos de experiência profissional no INEM variou entre os 0,75 - 22 anos. Relativamente aos anos de experiência profissional noutros contextos, estes profissionais indicaram ter entre 1-26 anos. Este grupo de inquiridos foi o mais elevado em termos participativos, com cerca de 71%. Os TEPH, na sua maioria possuem apenas o 12ºano (47,4%), seguindo-se de 40,8% de licenciados (estes com 11,8% com mestrado e 0% com doutoramento). Apenas 5,3 % dos TEPH possuem pós-graduações. Existem 7,9 % com bacharelato e 1,3% com CET (tabela 13).

#### *PSICÓLOGOS Caraterização Sociodemográfica da Amostra*

Relativamente ao último grupo de inquiridos, este foi apenas 3,7 % da amostra total de participantes (n=4). Este número mais reduzido é justificado pelo número consideravelmente mais baixo de profissionais nesta área a laborar no INEM, comparativamente aos restantes dois grupos. A média de idades deste grupo variou entre 38,8 ( $\pm$  2,8) anos de idade, sendo todos os inquiridos do sexo feminino. Os anos de experiência profissional na instituição variou entre os 7-17 anos, e fora deste contexto entre os 6-20 anos. De acordo com as habilitações literárias, consegue-se entender que metade dos psicólogos possui licenciatura e outra metade pós-graduações. Existe apenas um participante com mestrado (25%) e um com doutoramento (25%) (tabela 13).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Tabela 13. Caracterização sociodemográfica da amostra.

|   |            | <b>Psicólogo</b>  | <b>Enfermeiro</b> | <b>TEPH</b>   |
|---|------------|-------------------|-------------------|---------------|
|   | <b>n</b>   | <b>4</b>          | <b>27</b>         | <b>76</b>     |
| <b>Sexo</b>   | Feminino   | 4 (100%)          | 11 (40,7%)        | 22 (28,9%)    |
|   | Masculino  | (0%)              | 16 (59,3%)        | 54 (71,1%)    |
| <b>Idade (anos)</b>                                       | média (DP) | 38,8 (2,8)        | 38,4 (5)          | 37,5 (5,8)    |
|   | Me (Q1-Q3) | 38,5 (36,25-41,5) | 36 (35-42)        | 38 (34,25-41) |
|   | min-Max    | 36-42             | 32-52             | 23-49         |
| <b>Anos de experiência profissional no INEM</b>           | média (DP) | 11,8 (4,1)        | 10,6 (4,5)        | 9,2 (5,1)     |
|   | Me (Q1-Q3) | 11,5 (8-15,75)    | 12 (7-13)         | 9,5 (5-13,75) |
|   | min-Max    | 7-17              | 2-20              | 0,75-22       |
| <b>Anos de experiência profissional noutros contextos</b> | média (DP) | 12,8 (6,1)        | 12,5 (5,7)        | 12,9 (7,6)    |
|   | Me (Q1-Q3) | 12,5 (7-18,75)    | 13 (9-16)         | 12 (6-20)     |
|   | min-Max    | 6-20              | 1-29              | 1-26          |

Realizando a comparação entre os enfermeiros e os TEPH, verificou-se que existe diferença estatística, ou seja, que os enfermeiros possuem grau de habilitação académica superior aos TEPH's (licenciatura  $p=0,021$ ; Pós-graduação  $0,001$ ; mestrado  $p=0,004$ ). Esta diferença é concordante com a questão de ser exigido aos TEPH's, como requisito mínimo apenas o 12ºano, para poderem laborar no INEM (tabela 14).

Tabela 14. Habilitações Literárias dos participantes.

|                                | <b>Psicólogo</b>     | <b>Enfermeiro</b> | <b>TEPH</b>       |                   |                  |
|--------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| <b>Habilitações Literárias</b> | 12ºano               | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 36 (47,4%)        |                  |
|                                | Bacharelato          | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 6 (7,9%)          |                  |
|                                | <b>Licenciatura</b>  | 2 (50%)           | <b>18 (66,7%)</b> | <b>31 (40,8%)</b> | <b>0,021</b>     |
|                                | <b>Pós-graduação</b> | 2 (50%)           | <b>17 (63%)</b>   | <b>4 (5,3%)</b>   | <b>&lt;0,001</b> |
|                                | <b>Mestrado</b>      | 1 (25%)           | <b>10 (37%)</b>   | <b>9 (11,8%)</b>  | <b>0,004</b>     |
|                                | Doutoramento         | 1 (25%)           | 0 (0%)            | 0 (0%)            |                  |
|                                | CET                  | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 1 (1,3%)          |                  |

## ii. Área de formação

Nesta categoria agrupou-se as formações dos profissionais em duas grandes áreas distintas: saúde e outros. Podemos verificar apesar de os valores estarem próximos, a formação em outras áreas para além da saúde é mais prevalente (tabela 15).

Tabela 15. Área de formação.

| Área de formação | Total (N) |
|------------------|-----------|
| <b>Saúde</b>     | 61        |
| <b>Outros</b>    | 65        |

## iii. Meios de emergência do INEM onde prestam serviço

De modo geral, a maior parte dos participantes desempenha funções no “Suporte Imediato de Vida” (SIV) e nas “Ambulâncias de Emergência Médica” (AEM), antigamente designadas como ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) (tabela 16). Este resultado vai ao encontro do esperado, uma vez que, as SIV são tripuladas por um enfermeiro e um TEPH, assim como as AEM são tripuladas por dois TEPH. Para além desse motivo, os restantes meios de emergência atuam em menor casuística.

Tabela 16. Meios de emergência do INEM onde prestam serviços.

| Meio de emergência do INEM | Número de Respostas |
|----------------------------|---------------------|
| <b>CODU</b>                | 37                  |
| <b>UMIPE</b>               | 12                  |
| <b>SIV</b>                 | <b>63</b>           |
| <b>SHEM</b>                | 10                  |
| <b>AEM</b>                 | <b>61</b>           |
| <b>VMER</b>                | 10                  |
| <b>TIP</b>                 | 6                   |
| <b>MOTOCICLOS</b>          | 5                   |

**Questão 1 - Quais as necessidades relativamente ao atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?**

**iv. Formação na área da comunicação**

**Objetivo 1.1. Identificar se existe necessidade de formação específica na área da comunicação pediátrica;**

Os resultados demonstram que em geral os profissionais do INEM não têm formação específica na área da comunicação que seja relevante na sua prática profissional (57,9%) (tabela 17). No entanto, verifica-se que a maioria dos enfermeiros possui formação (51,9%), ao contrário dos TEPH que apresentam na sua maioria não ter formação nesta área (61,8%). Os psicólogos, metade apresenta ter formação e outra metade não (tabela 17).

Tabela 17. Formação específica na área da comunicação pediátrica dos profissionais do INEM.

|   |     | <b>Psicólogo</b><br>(n=4) | <b>Enfermeiro</b><br>(n=27) | <b>TEPH</b><br>(n=76) | <b>Total</b><br>(n=107) |
|---|-----|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>Tem formação específica na área da comunicação relevante na sua prática profissional no INEM</b> | Não | 2 (50%)                   | 13 (48,1%)                  | 47 (61,8%)            | 62 (57,9%)              |
|   | Sim | 2 (50%)                   | 14 (51,9%)                  | 29 (38,2%)            | 45 (42,1%)              |

Mais uma vez é realçada a não existência de formação na área da comunicação, como reforçam novamente os dados obtidos na tese de mestrado. O local onde os profissionais do INEM obtiveram mais formação na área da comunicação é através da própria instituição (tabela 18).

Tabela 18. Local de formação dos profissionais do INEM.

| Local de formação na área da comunicação         | Respostas dos profissionais |
|--|-----------------------------|
| <b>Formação base</b>                             | <b>33</b>                   |
| <b>Formação fornecida pelo INEM</b>              | <b>42</b>                   |
| <b>Formação fornecida por outras entidades</b>   | <b>25</b>                   |
| <b>Não tenho formação na área da comunicação</b> | <b>45</b>                   |

Em relação à especificação da formação na área da comunicação, as respostas nesta questão foram agrupadas em duas categorias diferentes, uma vez que se trata de uma questão descritiva, nomeadamente: 1) Comunicação Interpessoal e 2) Outras. Assim podemos observar que quando os profissionais têm formação na área da comunicação, na sua maioria enquadra-se na “Comunicação Interpessoal” (Tabela 19).

Tabela 19. Especificação da formação na área da comunicação.

| Gênero de formação              | Respostas (n) |
|---------------------------------|---------------|
| <b>Comunicação Interpessoal</b> | <b>28</b>     |
| <b>Outras</b>                   | <b>17</b>     |

**Objetivo 1.2. Identificar a importância atribuída à formação específica na área da comunicação em atendimento pediátrico;**

Já relativamente à importância de formação específica na área da comunicação num atendimento pediátrico há evidência estatística que os enfermeiros reconhecem ser mais relevante ter formação do que os TEPH ( $p=0,039$ ). No entanto, ambas as profissões (enfermeiros - muito importante (81,5%) e TEPH - muito importante (55,3%)) constataam que a formação é importante para a sua prática profissional, assim como os psicólogos (50% acha importante e muito importante). Estes resultados reforçam a importância e necessidade de formação (especificamente na pediatria) (Tabela 20).

Tabela 20. Importância de formação específica na área da comunicação pediátrica.

|  | Psicólogo  | Enfermeiro     | TEPH                             |                                  |
|--|--|----------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Em que medida considera necessário receber formação específica na área de comunicação em atendimento pediátrico</b> | Moderadamente importante ou ainda menos importante | 0 (0%)         | 1 (3,7%)                         | 4 (5,3%)                         |
|  | Importante   | <b>2 (50%)</b> | 4 <sup>b</sup> (14,8%)           | 30 <sup>a</sup> ( <b>39,5%</b> ) |
|  | Muito importante                                   | <b>2 (50%)</b> | 22 <sup>a</sup> ( <b>81,5%</b> ) | 42 <sup>b</sup> (55,3%)          |

Qui<sup>2</sup>=6.506; g.l.=2; p=**0,039**

v. **Comunicação pediátrica**

**Objetivo 1.3. Identificar quais as dificuldades/desafios na comunicação com as vítimas pediátricas;**

Já a dificuldade/desafio na comunicação com a(as) vítima(s) pediátrica(s) mais realçada pelos enfermeiros e técnicos é “as crianças estarem assustadas, pela existência de maior agitação, por se tratar de um contexto de crise” (enfermeiros (77,8%) e TEPH’s (71,1%)). Os psicólogos realçam a “dificuldade que a criança tem em se exprimir” (75%). Outras duas dificuldades frequentemente mencionadas pelos profissionais são “o elemento de referência da criança, na maioria das vezes, também estar assustado” e o “facto dos profissionais serem pessoas estranhas à criança” (tabela 21).

Tabela 21. DIFICULDADES/DESAFIOS na comunicação com as vítimas pediátricas.

|   | Psicólogos     | Enfermeiros       | TEPH              |
|---|----------------|-------------------|-------------------|
| Comunicação com a população pediátrica  | 1 (25%)        | 11 (40,7%)        | 25 (32,9%)        |
| <b>A dificuldade da criança se exprimir</b>   | <b>3 (75%)</b> | <b>13 (48,1%)</b> | <b>44 (57,9%)</b> |
| <b>As crianças estarem assustadas, pela existência de maior agitação, por se tratar de um contexto de crise</b> | 2 (50%)        | <b>21 (77,8%)</b> | <b>54 (71,1%)</b> |
| <b>O elemento de referência da criança, na maioria das vezes, também estar assustado</b>                        | 2 (50%)        | <b>16 (59,3%)</b> | <b>47 (61,8%)</b> |
| <b>O facto dos profissionais serem pessoas estranhas à criança</b>  | 2 (50%)        | <b>14 (51,9%)</b> | <b>39 (51,3%)</b> |
| As crianças serem portadoras de patologia prévia à situação de emergência                                       | 0 (0%)         | 8 (29,6%)         | 15 (19,7%)        |
| As crianças serem estrangeira   | 0 (0%)         | 8 (29,6%)         | 14 (18,4%)        |
| O atendimento a adolescentes  | 1 (25%)        | 8 (29,6%)         | 29 (38,2%)        |
| Identificar apenas 1 elemento de referência   | 0 (0%)         | 1 (3,7%)          | 0 (0%)            |
| Dialogar e mandar prestar socorro aos cuidadores  | 0 (0%)         | 0 (0%)            | 1 (11 (0,3%)      |

**Objetivo 1.4. Identificar quais as dificuldades/desafios de maior severidade na comunicação com as vítimas pediátricas;**

Regra geral, a dificuldade de maior severidade apresentada pelos profissionais do INEM é a comunicação específica com a população pediátrica (psicólogos 50%; enfermeiros 44,4% e TEPH 53,9%). No entanto, os enfermeiros também referem a comunicação com crianças estrangeiras (40,7%). Apenas os enfermeiros e os TEPH salientam a dificuldade em comunicar com crianças portadoras de patologia prévia à situação de emergência (enfermeiro (44,4%) e TEPH (48,7%)). Estes resultados reforçam os evidenciados na tese de mestrado (tabela 22).

Na comparação entre os enfermeiros e técnicos, foi possível apreender que existe diferença estatística na comunicação com crianças estrangeiras, ou seja, os enfermeiros acham mais difícil lidar com crianças que possuem outros idiomas diferentes do idioma português, do que os TEPH ( $p=0,031$ ) (tabela 22).

Tabela 22. Dificuldades/desafios de MAIOR severidade.

|                                   |   | Psicólogos | Enfermeiros | TEPH       | p     |
|-----------------------------------|---|------------|-------------|------------|-------|
| Dif./Desafios de maior Severidade | <b>Comunicação com a população pediátrica</b>   | 2 (50%)    | 12 (44,4%)  | 41 (53,9%) |       |
|                                   | <b>Comunicação com crianças portadoras de patologia prévia à situação de emergência</b> | 0 (0%)     | 12 (44,4%)  | 37 (48,7%) |       |
|                                   | <b>Comunicação com crianças estrangeiras</b>  | 1 (25%)    | 11 (40,7%)  | 15 (19,7%) | 0,031 |
|                                   | O elemento de referência da criança, na maioria das vezes, também estar assustado       | 0 (0%)     | 0 (0%)      | 2 (2,6%)   |       |
|                                   | Triangulação criança - equipa de emergência - pais                                      | 0 (0%)     | 0 (0%)      | 1 (1,3%)   |       |
|                                   | Dificuldade da criança se exprimir  | 0 (0%)     | 0 (0%)      | 1 (1,3%)   |       |
|                                   | Estado de saúde crítico do/s adulto/s de referência                                     | 1 (25%)    | 0 (0%)      | 0 (0%)     |       |
|                                   | Ganhar confiança do cuidador  | 0 (0%)     | 0 (0%)      | 1 (1,3%)   |       |

**Objetivo 1.5. Identificar as necessidades mais prementes que possam contribuir para melhorar a comunicação com as vítimas pediátricas;**

Quando questionadas as necessidades mais prementes para melhorar a comunicação com a(as) vítima(as) pediátrica(as), os psicólogos e os enfermeiros evidenciaram a existência de um Guia Orientador com estratégias e questões a ter em atenção na interação com a criança (psicólogos (75%) e enfermeiros (70,4%)). Os enfermeiros destacaram ainda a existência de material facilitador do processo de interação com a criança (70,4%). Já os TEPH, realçaram a necessidade de formação específica na área pediátrica e suas especificidades (61,8%) (tabela 23).

Quando comparados o grupo dos enfermeiros e dos técnicos, conseguimos compreender que existe diferença estatística na necessidade de adaptação do Manual Multilingue do INEM à população pediátrica ( $p=0,001$ ). Os enfermeiros (55,6%) salientam muito mais essa necessidade do que os TEPH's (21,1%) (tabela 23).

Tabela 23. Necessidades MAIS PREMENTES para melhorar a comunicação.

|  |   | Psicólogos     | Enfermeiros       | TEPH              | p            |
|--|---|----------------|-------------------|-------------------|--------------|
| Necessidades MAIS PREMENTES para melhorar a comunicação com a(as) vítima(as) pediátrica (as) | <b>Material facilitador do processo de interação com a criança</b>  | 1 (25%)        | <b>19 (70,4%)</b> | 38 (50%)          |              |
|  | Material apelativo de fácil esterilização ou até descartável  | 2 (50%)        | 13 (48,1%)        | 36 (47,4%)        |              |
|  | <b>Adaptação do Manual Multilingue à população pediátrica</b>   | 1 (25%)        | <b>15 (55,6%)</b> | <b>16 (21,1%)</b> | <b>0,001</b> |
|  | Formação específica na área pediátrica e suas especificidades   | 1 (25%)        | 16 (59,3%)        | <b>47 (61,8%)</b> |              |
|  | Formação em Língua Gestual Portuguesa   | 1 (25%)        | 15 (55,6%)        | 40 (52,6%)        |              |
|  | <b>Existência de Guia orientador com estratégias e questões a ter em atenção na interação com a criança</b> | <b>3 (75%)</b> | <b>19 (70,4%)</b> | 42 (55,3%)        |              |
|  | A falta de bom senso dos profissionais, pois as crianças não são adultos em miniatura                       | 0 (0%)         | 0 (0%)            | 1 (1,3%)          |              |
|  | Software que verbalize na língua desejada caracteres escritos e traduza as respostas da criança estrangeira | 0 (0%)         | 1 (3,7%)          | 0 (0%)            |              |

**Objetivo 1.6. Identificar as estratégias comunicativas utilizadas para facilitar a interação/comunicação com as vítimas pediátricas;**

Em relação às estratégias comunicativas, os profissionais do INEM utilizam na sua conduta profissional com a população pediátrica uma grande diversidade das mesmas. Os *psicólogos* utilizam várias estratégias para facilitar a comunicação com a vítima pediátrica e na sua maioria recorrem ao elemento de referência da criança; criar empatia; colocar-se ao mesmo nível da criança; conversar com a criança; respeitar o seu silêncio, dar tempo à criança; valorizar a comunicação não-verbal; integrar a criança na intervenção (fazendo com que se sinta parte ativa nos procedimentos) e brincar com a criança, seguindo o seu interesse (todas as estratégias descritas são aplicadas de forma total (100%). Já *os enfermeiros*, embora empreguem várias estratégias (como já referido anteriormente), utilizam mais a estratégia “criar empatia com a criança” (95%). *Os TEPH* realçam como a estratégia mais usada o “colocar-se ao mesmo nível da criança” (84,5%), existindo muitas outras com percentagens de utilização elevadas. Quando comparado o grupo de enfermeiros e técnicos, é possível verificar que existe diferença estatística entre os mesmos na utilização da estratégia “Tratar a criança pelo seu nome”, sendo que a mesma é mais aplicada pelos enfermeiros do que pelos TEPH’s (tabela 24).

Tabela 24. Estratégias comunicativas para facilitar a interação/comunicação.

|   | Psicólogos | Enfermeiros     | TEPH              | p     |
|---|------------|-----------------|-------------------|-------|
| Recorrer ao elemento de referência da criança   | 2 (100%)   | 13 (65%)        | 39 (67,2%)        |       |
| <b>Tratar a criança pelo seu nome</b>   | 1 (50%)    | <b>18 (90%)</b> | <b>39 (67,2%)</b> | 0,048 |
| Criar empatia com a criança   | 2 (100%)   | 19 (95%)        | 48 (82,8%)        |       |
| Colocar-se ao mesmo nível que a criança   | 2 (100%)   | 17 (85%)        | 49 (84,5%)        |       |
| Adotar uma postura calma, serena e assertiva  | 1 (50%)    | 14 (70%)        | 47 (81%)          |       |
| Ouvir a criança/mostrar disponibilidade   | 1 (50%)    | 15 (75%)        | 42 (72,4%)        |       |
| Conversar com a criança durante a abordagem   | 2 (100%)   | 17 (85%)        | 41 (70,7%)        |       |
| Adequar o discurso à criança (não infantilizar o discurso, não usar termos técnicos,...)  | 1 (50%)    | 14 (70%)        | 43 (74,1%)        |       |
| Respeitar o silêncio, dar tempo à criança   | 2 (100%)   | 8 (40%)         | 32 (55,2%)        |       |
| Valorizar a comunicação não verbal (postura, gestos, apontar, desenho,...)                | 2 (100%)   | 9 (45%)         | 34 (58,6%)        |       |
| Não mentir à criança  | 1 (50%)    | 16 (80%)        | 43 (74,1%)        |       |
| Esclarecer os procedimentos à criança para diminuir o efeito do desconhecido              | 1 (50%)    | 15 (75%)        | 36 (62,1%)        |       |
| Confirmar se a criança está a perceber o que lhe é transmitido                            | 1 (50%)    | 12 (60%)        | 32 (55,2%)        |       |
| Integrar a criança na intervenção, fazendo com que se sinta parte ativa nos procedimentos | 2 (100%)   | 10 (50%)        | 33 (56,9%)        |       |

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

|   | Psicólogos | Enfermeiros | TEPH       | p |
|---|------------|-------------|------------|---|
| Demonstrar ações nos profissionais e só depois propor aplicá-las nas crianças               | 0 (0%)     | 8 (40%)     | 30 (51,7%) |   |
| Colocar algumas questões para a criança decidir   | 1 (50%)    | 7 (35%)     | 21 (36,2%) |   |
| Usar estímulos auditivos e visuais para captar a atenção e em simultâneo distrair a criança | 1 (50%)    | 6 (30%)     | 19 (32,8%) |   |
| Brincar com a criança/seguir o seu interesse  | 2 (100%)   | 9 (45%)     | 40 (69%)   |   |
| Usar o telemóvel, Tablet e internet   | 0 (0%)     | 3 (15%)     | 17 (29,3%) |   |
| Usar material apelativo   | 1 (50%)    | 5 (25%)     | 23 (39,7%) |   |

**Objetivo 1.7. Identificar a percepção dos profissionais relativamente à importância da existência de material físico facilitador da interação/comunicação com a criança;**

A importância da existência de material físico facilitador da interação/comunicação com a criança na prática profissional, é verificada pelos psicólogos como importante e muito importante (75%), em que os restantes 25% julga ser “moderadamente importante ou ainda menos importante”. Para os enfermeiros, 62,9 % considera a presença de material físico como importante a muito importante, e apenas 37% qualifica a importância em moderadamente importante ou ainda menos importante. Já os TEPH’s sugerem que é importante a muito importante a existência de material físico que auxilie a comunicação com as vítimas pediátricas em 63 %, sendo que 17,1% considera moderadamente importante ou ainda menos importante. Quando comparados estes dois últimos grupos (enfermeiros e técnicos), foi possível verificar que apesar de não existir diferença estatística (valor de  $p=0,074$ ), existe grande diferença entre as respostas na categoria de “importante”, sendo que os técnicos acham muito mais importante a presença de material físico do que os enfermeiros (tabela 25).

Tabela 25. Importância da existência de material físico.

|  |  | Psicólogos     | Enfermeiros     | TEPH              | Qui2=5.205<br>g.l.=2<br>p=0.074 |
|--|--|----------------|-----------------|-------------------|---------------------------------|
| <b>Importância da existência de MATERIAL FÍSICO facilitador da interação/comunicação com a criança na prática profissional</b> | Moderadamente importante ou ainda menos importante | 1 (25%)        | <b>10 (37%)</b> | 13 (17,1%)        |                                 |
|  | Importante   | <b>2 (50%)</b> | 8 (29,6%)       | <b>37 (48,7%)</b> |                                 |
|  | Muito importante                                   | 1 (25%)        | 9 (33,3%)       | (34,2%)           |                                 |

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

## vi. Sugestões

Como sugestões, os profissionais evidenciaram essencialmente necessidade de *formação e existência de facilitadores comunicativos*, como podemos observar na tabela abaixo (tabela 26).

Tabela 26. Sugestões fornecidas pelos profissionais.

| Formação (n=28)  | Facilitadores Comunicativos (n=15)   |
|--|--|
| <b>Pediátrica no sentido da comunicação (n=24)</b>   | Implementação dos resultados finais no quotidiano dos profissionais (n=5)  |
| <b>Auxílio psicológico (n=1)</b>   | Material/estratégias/orientações que ajudem os profissionais a ajudar as crianças (n=4)  |
| <b>Formação aos cuidadores (desde como fazer uma chamada e como proceder durante a chamada, como efetuar primeiros socorros) (n=1)</b> | Material de avaliação apelativo a criança (colorido, com desenhos animados, etc.) + Material de avaliação de parâmetros vitais apelativo às crianças (n=4) |
| <b>Formação nas escolas (n=1)</b>  | Brinquedo - no saco de abordagem pediátrica (adaptado às idades, de fácil de limpeza) (n=3)  |
| <b>Ações de sensibilização (n=1)</b>   | Jogo (adaptado à saúde para que associem positivamente ao momento que estão a ultrapassar) (n=1)   |
|  | Colocar estratégias por intervalos de faixas etárias, visto haver dificuldades diferentes (n=1)  |
|  | Materiais apelativos e de segurança do doente adequados e ajustados à idade pediátrica (n=1)   |
|  | Material interativo no Tablet de serviço (n=1)   |
|  | Peluches (n=1)   |
|  | Língua Gestual (n=1)   |
|  | Material didático (livros ou multimédia) com exemplos de procedimentos (n=1)   |
|  | Ausência de material adaptado ao tamanho das crianças (n=1)  |
|  | Criação de um guião prático (n=1)  |
|  | Retenção de segurança para as crianças (n=1)   |
| Adaptação de material utilizado em outros países com adaptação para o português e para a nossa cultura (n=1)                           |  |

**vii. Apresentação e análise de outros dados em função das questões de investigação e objetivos do estudo**

Tendo em conta as questões de investigação, apresenta-se de seguida outros resultados obtidos, com referência à análise inferencial e descritiva utilizada no tratamento de dados.

**Objetivo 1.8. Identificar se a necessidade de formação específica, as dificuldades/desafios na comunicação, as dificuldades/desafios de maior severidade, as necessidades mais prementes, as estratégias comunicativas e a importância da existência de material físico facilitador da interação/comunicação diferem consoante os meios de emergência do INEM onde os profissionais prestam serviços.**

Resultados relativos aos MEIOS de EMERGÊNCIA e formação específica na área da comunicação pediátrica:

Os resultados obtidos evidenciam que, apesar de não existir diferenças estatísticas entre os meios de emergência e a existência de formação específica na área da comunicação, é possível perceber diferenças significativas entre os profissionais que prestam serviços nas ambulâncias de SBV, em que a maioria revela não ter formação específica na área da comunicação (63.9%), comparativamente aos que dizem possuir tal formação (36,1%). A mesma diferença significadora se averigua, nos profissionais que laboram nos motociclos, no entanto, neste meio de emergência hospitalar existem mais profissionais com formação (80%) do que sem (20%). No geral (em todos os meios de emergência), a maior parte dos profissionais não possui formação específica na área da comunicação relevante na sua prática profissional no INEM (tabela 27).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Tabela 27. Meios de Emergência e Formação na área da comunicação.

| Meios de Emergência | Tem formação específica na área da comunicação relevante na sua prática profissional no INEM |                   | p     | Total     |
|---------------------|--|-------------------|-------|-----------|
|                     | Não  | Sim               |       |           |
| <b>CODU</b>         | 23 (62,2%)   | 14 (37,8%)        | 0,520 | 37 (100%) |
| <b>UMIPE</b>        | 7 (58,3%)  | 5 (41,7%)         | 0,977 | 12 (100%) |
| <b>SIV</b>          | 36 (56,3%)   | 28 (43,8%)        | 0,665 | 64 (100%) |
| <b>SHEM</b>         | 6 (60%)  | 4 (40%)           | 0,890 | 10 (100%) |
| <b>SBV</b>          | <b>39 (63,9%)</b>  | <b>22 (36,1%)</b> | 0,148 | 61 (100%) |
| <b>VMER</b>         | 6 (60%)  | 4 (40%)           | 0,890 | 10 (100%) |
| <b>TIP</b>          | 3 (50%)  | 3 (50%)           | 0,685 | 6 (100%)  |
| <b>MOTOCICLOS</b>   | <b>1 (20%)</b>   | <b>4 (80%)</b>    | 0,078 | 5 (100%)  |
| <b>Total</b>        | 121  | 84                |       |           |

Resultados relativos aos MEIOS DE EMERGÊNCIA e grau de importância da formação específica na área da comunicação:

Apesar de não existir diferenças estatísticas, é perceptível que a maior parte dos profissionais a prestar serviços em qualquer um dos meios de emergência hospitalar, acha *muito importante a existência de formação específica na área da comunicação* num atendimento de emergência pediátrica (tabela 28).

Tabela 28. Meios de emergência e importância da Formação na área da comunicação.

| Meios de Emergência | Em que medida considera necessário receber formação específica na área de comunicação em atendimento pediátrico |            |                  | p     | Total     |
|---------------------|---|------------|------------------|-------|-----------|
|                     | Moderadamente importante ou ainda menos importante  | Importante | Muito importante |       |           |
| <b>CODU</b>         | 2 (5,4%)  | 16 (43,2%) | 19 (51,4%)       | 0,334 | 35 (100%) |
| <b>UMIPE</b>        | 0 (0%)  | 6 (50%)    | 6 (50%)          | 0,256 | 12 (100%) |
| <b>SIV</b>          | 3 (4,7%)  | 20 (31,3%) | 41 (64,1%)       | 0,282 | 61 (100%) |
| <b>SHEM</b>         | 1 (10%)   | 1 (10%)    | 8 (80%)          | n.a.  | 9 (100%)  |
| <b>SBV</b>          | 3 (4,9%)  | 24 (39,3%) | 34 (55,7%)       | 0,419 | 58 (100%) |
| <b>VMER</b>         | 1 (10%)   | 1 (10%)    | 8 (80%)          | 0,282 | 9 (100%)  |
| <b>TIP</b>          | 0 (0%)  | 2 (33,3%)  | 4 (66,7%)        | 0,917 | 6 (100%)  |
| <b>MOTOCICLOS</b>   | 0 (0%)  | 2 (40%)    | 3 (60%)          | 0,821 | 5 (100%)  |

n.a. - não aplicável

Resultados relativos aos MEIOS DE EMERGÊNCIA e dificuldades/desafios de maior severidade:

No CODU a dificuldade mais realçada é a “comunicação com crianças portadoras de patologia prévia à situação de emergência” (36,7%), assim como para os profissionais a prestar serviços na UMIPE (14,3%), SBV (61,2%), TIP (8,2%) e motocicletos (8,2%). Já para os profissionais a prestar serviços nos veículos SIV, a dificuldade/desafio mais evidenciada é a “comunicação com crianças estrangeiras” (77,8%), o mesmo acontece na SHEM (18,5%) e VMER (18,5%) (tabela 29).

Quando comparados os meios de emergência, é possível identificar a não existência de diferença estatística, no entanto é possível verificar que o valor de p é bastante baixo nos veículos SIV ( $p=0,09$ ), em que existe maior dificuldade na comunicação com crianças estrangeiras (77,8%) do que com crianças portadoras de patologia (55,1%) (Tabela 29).

Tabela 29. Meios de Emergência e dificuldades/desafios de maior severidade.

| MEIOS DE EMERGÊNCIA | Dificuldades/Desafios de maior severidade |  |                                       |
|---------------------|---|--|---------------------------------------|
|                     | Comunicação com a população pediátrica    | Comunicação com crianças portadoras de patologia prévia à situação de emergência | Comunicação com crianças estrangeiras |
| <b>CODU</b>         | 14 (25,5%)                                | 18 (36,7%)   | 8 (29,6%)                             |
| <b>UMIPE</b>        | 3 (5,5%)                                  | 7 (14,3%)  | 3 (11,1%)                             |
| <b>SIV</b>          | 32 (58,2%)                                | 27 (55,1%)   | 21 (77,8%)                            |
| <b>SHEM</b>         | 4 (7,3%)                                  | 6 (12,2%)  | 5 (18,5%)                             |
| <b>SBV</b>          | 33 (60%)                                  | 30 (61,2%)   | 13 (48,1%)                            |
| <b>VMER</b>         | 4 (7,3%)                                  | 6 (12,2%)  | 5 (18,5%)                             |
| <b>TIP</b>          | 1 (1,8%)                                  | 4 (8,2%)   | 2 (7,4%)                              |
| <b>MOTOCICLOS</b>   | 1 (1,8%)                                  | 4 (8,2%)   | 1 (3,7%)                              |
| <b>Total</b>        | 92 (100%)                                 | 102 (100%)   | 58 (100%)                             |

Resultados relativos aos MEIOS DE EMERGÊNCIA / necessidades mais prementes:

A necessidade evidenciada como mais elevada em todos os meios de emergência foi “formação específica na área pediátrica e suas especificidades” com 122 respostas. Quando comparados os meios de emergência hospitalar, foi possível compreender que não existem diferenças entre os mesmos (tabela 30).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Tabela 30. Meios de Emergência e necessidades mais prementes.

| MEIOS DE EMERGÊNCIA | Material facilitador do processo de interação com a criança | Material apelativo de fácil esterilização ou até descartável | Adaptação do Manual Multilíngue à população pediátrica | Formação específica na área pediátrica e suas especificidades | Formação em Língua Gestual Portuguesa | Existência de Guia orientador com estratégias e questões a ter em atenção na interação com a criança | p     |
|---------------------|---|--|--|---|---------------------------------------|--|-------|
| <b>CODU</b>         | 17 (47,2%)  | 14 (38,9%)   | 7 (19,4%)  | 24 (66,7%)  | 20 (55,6%)                            | 21 (58,3%)   | 0,436 |
| <b>UMIPE</b>        | 5 (41,7%)   | 6 (50%)  | 2 (16,7%)  | 5 (41,7%)   | 7 (58,3%)                             | 4 (33,3%)  | n.a.  |
| <b>SIV</b>          | 36 (56,3%)  | 28 (43,8%)   | 22 (34,4%)   | 39 (60,9%)  | 37 (57,8%)                            | 38 (59,4%)   | n.a.  |
| <b>SHEM</b>         | 7 (70%)   | 6 (60%)  | 5 (50%)  | 5 (50%)   | 6 (60%)                               | 7 (70%)  | n.a.  |
| <b>SBV</b>          | 31 (51,7%)  | 29 (48,3%)   | 13 (21,7%)   | 39 (65%)  | 31 (51,7%)                            | 33 (55%)   | 0,116 |
| <b>VMER</b>         | 7 (70%)   | 6 (60%)  | 5 (50%)  | 5 (50%)   | 6 (60%)                               | 7 (70%)  | n.a.  |
| <b>TIP</b>          | 3 (50%)   | 2 (33,3%)  | 1 (16,7%)  | 3 (50%)   | 3 (50%)                               | 3 (50%)  | n.a.  |
| <b>MOTOCICLOS</b>   | 3 (60%)   | 2 (40%)  | 1 (20%)  | 2 (40%)   | 3 (60%)                               | 3 (60%)  | n.a.  |
| <b>Total</b>        | 109 (100%)  | 93 (100%)  | 56 (100%)  | <b>122 (100%)</b>   | 113 (100%)                            | 116 (100%)   |       |

n.a.- não aplicável (baixa dimensão dos grupos); teste ajustado para comparações par a par usando a correção de Bonferroni.

Resultados relativos aos MEIOS DE EMERGÊNCIA e estratégias comunicativas (agrupadas):

Tabela 31. Meios de Emergência e Estratégias.

| Meios de emergência | Transmitir confiança e segurança à criança | Criar empatia/brincar/descontrair a criança | Ter atenção à forma de comunicação utilizada com a criança |
|---------------------|--|---|--|
| <b>CODU</b>         | 30 (37,5%)                                 | 29 (36,7%)                                  | 30 (38,5%)   |
| <b>UMIPE</b>        | 9 (11,3%)                                  | 9 (11,4%)                                   | 9 (11,5%)  |
| <b>SIV</b>          | 46 (57,5%)                                 | 45 (57%)                                    | 44 (56,4%)   |
| <b>SHEM</b>         | 7 (8,8%)                                   | 7 (8,9%)                                    | 7 (9%)   |
| <b>SBV</b>          | 49 (61,3%)                                 | 48 (60,8%)                                  | 49 (62,8%)   |
| <b>VMER</b>         | 7 (8,8%)                                   | 7 (8,9%)                                    | 7 (9%)   |
| <b>TIP</b>          | 6 (7,5%)                                   | 6 (7,6%)                                    | 6 (7,7%)   |
| <b>MOTOCICLOS</b>   | 4 (5%)                                     | 4 (5,1%)                                    | 4 (5,1%)   |

Não existem diferenças nem associação entre os meios de emergência e as estratégias (tabela 31).

Resultados relativos aos MEIOS DE EMERGÊNCIA e importância de existência de material físico:

Apesar de não existir diferenças estatísticas entre os meios de emergência médica e a importância da existência de material físico, o valor de “p” está muito próximo do nível de significado ( $p=0,05$ ), quando comparado o “moderadamente importante ou ainda

menos importante” com o “muito importante” ( $p=0,067$ ) nos veículos de emergência SHEM. O mesmo se verifica com os meios de emergências VMER. Nestes dois últimos meios de emergência, existe uma grande diferença (1% com 5%), tendo os profissionais salientado que a existência de material físico é moderadamente importante ou ainda menos importante (Tabela 32).

Tabela 32. Meios de Emergência e importância de existência de material físico.

| <b>Importância da existência de MATERIAL FÍSICO<br/>facilitador da interação/comunicação com a criança na<br/>prática profissional</b> |  |            |                  |       |           |
|--|--|------------|------------------|-------|-----------|
| MEIOS DE EMERGÊNCIA  | Moderadamente importante ou ainda menos importante | Importante | Muito importante | p     | TOTAL     |
| <b>CODU</b>  | 8 (21,6%)  | 17 (45,9%) | 12 (32,4%)       | n.a.  | 29 (100%) |
| <b>UMIPE</b>   | 2 (16,7%)  | 4 (33,3%)  | 6 (50%)          | 0,774 | 10 (100%) |
| <b>SIV</b>   | 15 (23,4%)   | 26 (40,6%) | 23 (35,9%)       | n.a.  | 49 (100%) |
| <b>SHEM</b>  | 5 (50%)  | 4 (40%)    | 1 (10%)          | 0,067 | 5 (100%)  |
| <b>SBV</b>   | 12 (19,7%)   | 27 (44,3%) | 22 (36,1%)       | n.a.  | 49 (100%) |
| <b>VMER</b>  | 5 (50%)  | 4 (40%)    | 1 (10%)          | 0,067 | 5 (100%)  |
| <b>TIP</b>   | 0 (0%)   | 2 (33,3%)  | 4 (66,7%)        | 0,232 | 6 (100%)  |
| <b>MOTOCICLOS</b>  | 0 (0%)   | 2 (40%)    | 3 (60%)          | 0,439 | 5 (100%)  |

n.a.- não aplicável; teste ajustado para comparações par a par usando a correção de Bonferroni.

**Objetivo 1.9. Identificar se a necessidade de formação específica, as dificuldades/desafios na comunicação, as dificuldades/desafios de maior severidade, as necessidades mais prementes, as estratégias comunicativas e a importância da existência de material físico facilitador da interação/comunicação diferem consoante os anos de experiência profissional.**

Resultados relativos aos ANOS DE EXPERIÊNCIA NO INEM e Formação na área da comunicação/ grau de importância da formação específica na área da comunicação/ importância de existência de material físico:

A maior parte dos profissionais do INEM não possui formação específica na área da comunicação relevante na sua prática profissional. Contudo, é possível compreender que a mesma não tem relação com o número de anos de experiência profissional, uma vez que, os anos de prática são praticamente semelhantes (Média 9,9 (4,9) e 9,3 (5,0)). Já a necessidade de receber formação na área da comunicação pediátrica e a importância da existência de material físico vai aumentando consoante o número de anos de experiência dos profissionais (tabela 33).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Tabela 33. Anos de experiência profissional no INEM e formação na área da comunicação/grau de importância da formação na área da comunicação/importância de existência de material físico.

|  |  | Anos de experiência profissional no INEM |            |              |         |
|--|--|--|------------|--------------|---------|
|  |  | n  | média (DP) | Me (Q1-Q3)   | min-Max |
| <b>TEM FORMAÇÃO ESPECÍFICA NA ÁREA DA COMUNICAÇÃO relevante na sua prática profissional no INEM</b>                            | Não  | 62                                       | 9,9 (4,9)  | 10 (5-14)    | 1-22    |
|  | Sim  | 45                                       | 9,3 (5,0)  | 10 (5-13)    | 0,75-20 |
|  | p (Teste t)  |  | 0,498      |              |         |
| <b>Em que medida considera necessário receber FORMAÇÃO ESPECÍFICA na área de comunicação em atendimento pediátrico</b>         | Moderadamente importante ou ainda menos importante | 5  | 7,6 (4,6)  | 7 (3,5-12)   | 2-14    |
|  | Importante   | 36                                       | 8,9 (4,2)  | 9 (5-12,75)  | 2-16    |
|  | Muito importante                                   | 66                                       | 10,2 (5,3) | 12 (5-14)    | 0,75-22 |
| p (ANOVA)  |  | 0,280                                    |            |              |         |
| <b>Importância da existência de MATERIAL FÍSICO facilitador da interação/comunicação com a criança na prática profissional</b> | Moderadamente importante ou ainda menos importante | 24                                       | 9,5 (4,2)  | 10 (6,25-12) | 2-20    |
|  | Importante   | 47                                       | 9,6 (5,1)  | 11 (5-13)    | 0,75-20 |
|  | Muito importante                                   | 36                                       | 9,8 (5,3)  | 12 (5-14)    | 1-22    |
| p (ANOVA)  |  | 0,969                                    |            |              |         |

Resultados relativos aos ANOS DE EXPERIÊNCIA NO INEM e Dificuldades de maior severidade / necessidades mais prementes /estratégias comunicativas:

Não existe diferença estatística, relativamente às dificuldades de maior severidade, necessidades mais prementes e os anos de experiência profissional no INEM. Apenas se verifica em algumas estratégias comunicativas, como entre: “Criar empatia com a criança” vs. “Adotar uma postura calma, serena e assertiva”; “Colocar-se ao mesmo nível que a criança” vs. “Criar empatia com a criança”; “Colocar-se ao mesmo nível que a criança” vs. “conversar com a criança durante a abordagem”; “Colocar-se ao mesmo nível que a criança” vs. “Confirmar se a criança está a perceber o que lhe é transmitido”; “Esclarecer os procedimentos à criança para diminuir o efeito do desconhecido” vs. “Adotar uma postura calma, serena e assertiva”; “Esclarecer os procedimentos à criança para diminuir o efeito do desconhecido” vs. “Confirmar se a criança está a perceber o que lhe é transmitido” (tabela 34).

Tabela 34. Anos de experiência no INEM e sua relação com dificuldades de maior severidade, necessidades mais prementes e estratégias comunicativas apresentadas pelos questionados.

|   | n  | Média | (DP) | Mediana | p |
|---|----|-------|------|---------|---|
| <b>Dificuldades de maior severidade</b>   |    |       |      |         |   |
| Comunicação com a população pediátrica  | 55 | 9,89  | 4,65 | 11,00   |   |
| Comunicação com crianças portadoras de patologia prévia à situação de emergência  | 49 | 9,71  | 5,01 | 10,00   |   |
| Comunicação com crianças estrangeiras   | 27 | 10,67 | 5,83 | 12,00   |   |
| O elemento de referência da criança, na maioria das vezes, também estar assustado | 2  | 9,50  | 6,36 | 9,50    |   |
| Triangulação criança - equipa de emergência - pais                                | 1  | 15,00 |      | 15,00   |   |

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

|   | n  | Média | (DP) | Mediana | p                                 |
|---|----|-------|------|---------|-----------------------------------|
| Dificuldade da criança se exprimir  | 1  | 15,00 |      | 15,00   |                                   |
| Estado de saúde crítico do/s adulto/s de referência   | 1  | 17,00 |      | 17,00   |                                   |
| Ganhar confiança do cuidador  | 1  | 1,00  |      | 1,00    |                                   |
| <b>Necessidades Mais Prementes</b>  |    |       |      |         |                                   |
| Material facilitador do processo de interação com a criança   | 58 | 9,08  | 5,24 | 10,00   |                                   |
| Material apelativo de fácil esterilização ou até descartável  | 51 | 10,19 | 4,64 | 12,00   |                                   |
| Adaptação do Manual Multilíngue à população pediátrica  | 32 | 10,49 | 4,56 | 12,00   |                                   |
| Formação específica na área pediátrica e suas especificidades   | 64 | 9,76  | 5,02 | 11,00   |                                   |
| Formação em Língua Gestual Portuguesa   | 56 | 10,17 | 4,99 | 12,00   |                                   |
| Existência de Guia orientador com estratégias e questões a ter em atenção na interação com a criança        | 64 | 9,95  | 4,65 | 10,50   |                                   |
| A falta de bom senso dos profissionais, pois as crianças não são adultos em miniatura                       | 1  | 14,00 |      | 14,00   |                                   |
| Software que verbalize na língua desejada caracteres escritos e traduza as respostas da criança estrangeira | 1  | 13,00 |      | 13,00   |                                   |
| <b>Estratégias Comunicativas</b>  |    |       |      |         |                                   |
| Recorrer ao elemento de referência da criança   | 54 | 9,61  | 5,03 | 10,50   | (A)                               |
| Tratar a criança pelo seu nome  | 58 | 9,75  | 4,73 | 11,00   | (B)                               |
| Criar empatia com a criança   | 69 | 9,70  | 4,75 | 11,00   | (C) E(,046)                       |
| Colocar-se ao mesmo nível que a criança   | 68 | 9,94  | 4,77 | 11,00   | (D) E(,022)<br>G(,047)<br>M(,028) |
| Adotar uma postura calma, serena e assertiva  | 62 | 9,11  | 5,02 | 10,00   | (E)                               |
| Ouvir a criança/mostrar disponibilidade   | 58 | 9,56  | 5,13 | 10,00   | (F)                               |
| Conversar com a criança durante a abordagem   | 60 | 9,35  | 4,57 | 10,00   | (G)                               |
| Adequar o discurso à criança (não infantilizar o discurso, não usar termos técnicos,...)                    | 58 | 9,39  | 4,91 | 10,00   | (H)                               |
| Respeitar o silêncio, dar tempo à criança   | 42 | 9,30  | 5,28 | 9,50    | (I)                               |
| Valorizar a comunicação não verbal (postura, gestos, apontar, desenho,...)                                  | 45 | 9,51  | 4,75 | 10,00   | (J)                               |
| Não mentir à criança  | 60 | 9,51  | 4,77 | 10,00   | (K)                               |
| Esclarecer os procedimentos à criança para diminuir o efeito do desconhecido                                | 52 | 10,12 | 4,91 | 11,00   | (L) E(,027)<br>M(,006)            |
| Confirmar se a criança está a perceber o que lhe é transmitido  | 45 | 8,87  | 4,73 | 10,00   | (M)                               |
| Integrar a criança na intervenção, fazendo com que se sinta parte ativa nos procedimentos                   | 45 | 9,67  | 5,02 | 10,00   | (N)                               |
| Demonstrar ações nos profissionais e só depois propor aplicá-las nas crianças                               | 38 | 9,21  | 5,11 | 10,00   | (O)                               |
| Colocar algumas questões para a criança decidir   | 29 | 9,45  | 4,74 | 10,00   | (P)                               |
| Usar estímulos auditivos e visuais para captar a atenção e em simultâneo distrair a criança                 | 26 | 9,64  | 5,83 | 11,50   | (Q)                               |
| Brincar com a criança/seguir o seu interesse  | 51 | 9,37  | 5,01 | 10,00   | (R)                               |
| Usar o telemóvel, Tablet e internet   | 20 | 9,65  | 5,58 | 11,00   | (S)                               |
| Usar material apelativo   | 29 | 9,48  | 5,09 | 11,00   | (T)                               |

### 3.2. ENTREVISTA semiestruturada

Relativamente ao grupo de participantes da Entrevista semiestruturada participaram 12 Enfermeiros, 12 TEPH e 4 Psicólogos. Sendo 13 do género masculino e 15 de sexo feminino. No que se refere aos meios de emergência onde prestam serviço, 8 prestam serviço nas ambulâncias SIV, outros 8 em ambulâncias AEM, 4 na UMIPE, e os restantes 8 em vários meios. A experiência destes profissionais no INEM está entre meses e 18 anos no máximo. E a maioria dos profissionais, não possui formação específica na área da comunicação (Sim = 6; Não = 22), sendo os enfermeiros os únicos a deter formação na comunicação.

Os resultados das entrevistas, vão ser apresentados de acordo com o instrumento de recolha de dados, por se ter considerado que seria de melhor compreensão, destacando as questões de investigação (2 e 3) e respetivos objetivos à medida que se vão mencionando as categorias e subcategorias. De modo a indicar os resultados recolhidos mais significativos, optou-se por apresentar as subcategorias que integram cada uma das categorias (tabela 35), sendo estas acompanhadas por excertos ilustrativos das entrevistas. Antes da apresentação de cada categoria, irá ser sempre exibida uma tabela que contém as subcategorias e o número de referências atribuídas a cada uma, bem como o número total, de modo a facilitar o acompanhamento da investigação e a compreensão das categorias e subcategorias mais enfatizadas pelos profissionais.

Tabela 35. Categorias

| CATEGORIAS  | Número total de Referências |
|---|-----------------------------|
| 1. Preparação a caminho do local                      | 69                          |
| 2. Avaliação de outros aspetos                        | 36                          |
| 3. Avaliação/intervenção da criança                   | 788                         |
| 4. Atendimento a vítimas pediátricas estrangeiras     | 213                         |
| 5. Atendimento a vítimas pediátricas com NE           | 212                         |
| 6. Acionamento pediátrico                             | 87                          |
| 7. Fase do atendimento mais desafiadora               | 42                          |
| 8. Formação   | 203                         |
| 9. Intervenção do INEM                                | 115                         |
| <b>10. Materiais facilitadores para a comunicação</b> | <b>644</b>                  |
| 11. Sugestões/Pertinência da investigação             | 113                         |
| 12. Outros  | 119                         |

**Questão de investigação 2 - Como se desenrola o processo de atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica em Portugal, com especial atenção aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?**

**Objetivo 2.1. Compreender os procedimentos num atendimento de emergência pediátrica no INEM de acordo com as diferentes profissões;**

**i. Categoria 1 - Preparação a Caminho do Local**

*Tabela 36. Subcategorias da Categoria 1*

| <b>Categoria 1. Preparação a Caminho do Local</b>  |                   |
|--|-------------------|
| Subcategorias                                      | Nº de referências |
| 1.1.Procedimentos                                  | 39                |
| 1.2.Planeamento da comunicação a ter com a criança | 30                |
| <b>Nº total de referências</b>                     | <b>69</b>         |

Relativamente à Preparação a Caminho do Local, existem diversos **procedimentos** que os profissionais têm em conta de acordo com a sua profissão. Estes procedimentos ocorrem durante o trajeto até ao local da ocorrência, para que a mesma se torne o mais imediata possível. Durante estes procedimentos alguns profissionais acham pertinente efetuar o **planeamento da comunicação a ter em conta com a criança** sempre que o mesmo é possível, nomeadamente: quando existe tempo para o fazer, quando não existem prioridades que se sobrepõem e principalmente em casos de exceção (ex. como crianças com dificuldades comunicativas).

Assim os Enfermeiros, podem incorporar as ambulâncias SIV, e/ou em casos mais graves as VMER. Podem ainda fazer parte das equipas dos HELI e/ou das ambulâncias TIP, como referido no enquadramento teórico. Contudo, apenas nas ambulâncias SIV é que desempenham o papel de Team Leader. Quando são acionados, recebem as informações preliminares através do programa iTeams, ou seja, através do seu portátil. Regra geral, a primeira preocupação é saber a idade da criança e o motivo da ocorrência (os enfermeiros atuam através de protocolos), para que possam imediatamente começar a calcular as doses farmacológicas de acordo como o peso da criança e motivo de acionamento.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Estes procedimentos de antecipação são normalmente abordados com o TEPH, realçando que quando chegam ao local o que idealizaram pode não corresponder totalmente ao que depois é encontrado, como podemos verificar nas seguintes passagens construtivas:

[<Arquivos\\EI0>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) vou preocupar-me, fundamentalmente, com o peso dela. E, com base no peso, vou fazer todos os cálculos necessários para atuar perante o que poderei encontrar e também em função daquilo para que sou alertado. Depois, falo com o meu colega (...) tento tranquilizá-lo, se sentir que ele tem algum receio em ir para situações de pediatria (...) de resto, no fundo, é esperar para ver o que encontramos e dar resposta às necessidades».*

[<Arquivos\\EI>](#) - § 3 referências codificadas

*Referências 1- «(...) tem a ver com tentar fazer um refresh (...) são situações que não são muito frequentes (...) vamos imaginar que se tivermos a informação que vamos para uma convulsão, aquilo que nós vamos fazer é uma revisão do protocolo (...) das doses de medicação adequada àquela criança (...). Isso dá-nos um fio condutor, desse ponto de vista, e quando chegamos fazemos a adaptação necessária (...)».*

No caso dos TEPH, muitos dos procedimentos de atuação são idênticos aos dos enfermeiros. Os TEPH podem integrar as ambulâncias AEM (onde podem ser Team Leader) e os Motociclos. Fazem ainda parte da tripulação como condutores, nas ambulâncias SIV, TIP e UMIPE. A sua atuação é também balizada por protocolos, contudo não podem administrar fármacos.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) vem um fluxo que diz aproximadamente o que é que se poderá passar no local. E aquilo que nós fazemos a caminho de qualquer ocorrência seja de pediatria, seja de adultos é tendo em conta a informação que recebemos, tentar na nossa cabeça logo perceber o que é que deveremos fazer quando chegarmos ao local, portanto se for uma situação de trauma perceber que material é que vamos precisar para levar connosco, se for uma situação de doença (...) irmos pensando na nossa cabeça aquilo (...) que temos de informação para quando chegarmos lá, já termos uma atuação mais estruturada (...)».*

Por fim, relativamente aos psicólogos, estes profissionais estão afetos ao CAPIC, desempenhando atividades no posto CODU 24h a nível nacional e/ou a operacionalização das UMIPE.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\PI>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Com base na informação recolhida (...) que é sempre naturalmente limitada (...) tentamos de alguma forma pensar sobre qual é o cenário que poderemos encontrar, que tipo de questões ou que tipo de dificuldades podem surgir e dentro do que nos for possível, fazer uma preparação para isso».*

Como o TEPH faz parte da equipa de tripulação, os profissionais deste meio a caminho de local vão conversando com o mesmo, no sentido de se prepararem para a situação que possam encontrar. Normalmente as equipas são as mesmas, contudo numa situação excecional, pode vir a ser necessário conversar com o TEPH, caso este tenha alguma dúvida, principalmente nos casos em que os profissionais não tenham tanta experiência e/ou estejam pela primeira vez a laborar com o colega psicólogo. O próprio CODU também vai atualizando os profissionais, à medida que vai recolhendo novas informações.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nós estamos a caminho do local, mas os colegas que estão no CODU, estão a tentar recolher informação e à medida que essa informação vai chegando, vão-nos também atualizando (...) a nossa equipa é constituída por um psicólogo e um técnico de emergência pré-hospitalar, nós a caminho do local também vamos antecipando aquilo que poderá ser e vamos organizando, para onde é que poderá ser direcionada a nossa intervenção (...). Há uma equipa mais ou menos coesa de técnicos que vão fazendo UMIPE, mas quando esses técnicos não têm disponibilidade, há outros (...) que vêm assegurar e, às vezes como não conhecemos tão bem (...) há necessidade de haver esta preparação e também ir conversando e percebendo se há da parte do técnico alguma dúvida, alguma questão, que possa surgir (...)».*

Nos casos em que os profissionais ainda têm uma distância considerável a percorrer até chegar ao local da ocorrência, poderão ir fornecendo estratégias de procedimentos a adotar telefonicamente.

[<Arquivos\\PI>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Durante essa viagem por exemplo, se for importante, se for viável e se tivermos condições para isto e se a viagem for demorada (...) articulamos com quem está lá, o que é que pode fazer, o que é que deve fazer e mantemos essa intervenção, já antes de chegar (...)».*

No que diz respeito ao **planeamento da comunicação a ter em conta com a criança**, durante a Preparação a Caminho do Local, conseguimos entender que de acordo com os enfermeiros o mesmo nem sempre acontece. Há quem esteja mais focado com a parte biomédica (na preparação das doses dos fármacos consoante a idade da criança), ou se o motivo de acionamento for grave há obviamente prioridades que se sobrepõem, e se a

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

distância a percorrer até ao local do acionamento for de curta duração, também não se faz o planeamento da comunicação a ter em conta, dependendo este procedimento muito dos motivos de acionamento e dos profissionais em questão.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Do ponto de vista comunicacional, vou ser sincero, acabo por não pensar muito nisso!».*

*Referência 2 - «(...) a minha preocupação, provavelmente será errada, tem a ver com o plano clínico (...) mas, eu pessoalmente, acabo por estar muito mais focado naquele contexto clínico propriamente dito (...)».*

[<Arquivos\\E6>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Isso vai depender do tempo que temos para chegar ao local. Se for longo curso dá tempo para pensar nisso. Se for assim mais perto, já não dá tanto tempo para pensar e preocupamo-nos mais com a parte farmacológica ou na atuação que temos que ter».*

No caso dos TEPH, este planeamento antecipado da comunicação entre colegas, normalmente não é realizado no dia a dia destes profissionais, uma vez que, as estratégias de abordagem à criança utilizadas já são comportamentos instintivos. A não ser que se trate de uma situação de exceção e mais complexa que requeira esse procedimento atempadamente.

[<Arquivos\\T2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) no dia-a-dia (...) não temos muito esse cuidado (...). Esse tipo de cuidado temos em situações mais complexas (...) como é o caso das violações (...) quando eles são menores (...)».* *Referência 3 - «Esses sim, quando nós sabemos logo à partida que já vamos para esse tipo de situação (...) já vamos a pensar pelo caminho como é que se faz a abordagem» [relativamente ao atendimento a crianças com NE].*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) inconscientemente já vamos fazendo esse exercício (...) não é que nós discutamos tanto isso a caminho da ocorrência, mas eu penso que isso já nos é inerente, já está intrínseco (...)».*

No caso dos psicólogos, por norma vão debatendo a comunicação a ter em conta com a criança, embora também não o seja realizado sempre, acontece principalmente quando a equipa não se conhece. Estes profissionais vão essencialmente pensando na forma como aconselhar as famílias a comunicar com a criança, realçando também a existência de muita imprevisibilidade nestes acionamentos.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) se é a mesma equipa por norma não tem esta conversa explícita mas se é alguém com quem eu nunca trabalhei, pergunto se tem alguma dúvida, se gostava de planear alguma coisa comigo, se tem algum receio sobre como é que se sabe falar com a criança (...) eu não vou decidir o que é que eu vou comunicar à criança, vou pensando no que é que vou aconselhar que a família o faça. (...) vou tentando encontrar aqui caminhos vários e não tentar prender-me aqui a um caminho único, porque senão depois fica muito difícil reformular quando se chega ao local».*

[<Arquivos\\P4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Não, isso por norma não é feito (...)».*

## ii. Categoria 2 - Avaliação de outros aspetos

*Tabela 37. Subcategoria da Categoria 2*

| <b>Categoria 2. Avaliação de outros aspetos</b> |                   |
|---|-------------------|
| Subcategoria                                    | Nº de referências |
| 2.1. Local, situação e condições de segurança   | 36                |
| <b>Nº total de referências</b>                  | <b>36</b>         |

### Subcategoria local, situação e condições de segurança

Quando os profissionais chegam ao local da ocorrência, o primeiro procedimento que têm que fazer é avaliar o **local, a situação e as próprias condições de segurança** para perceberem se podem atuar e de que forma o vão fazer. Esta fase é transversal a todas as profissões, faixas etárias e meios de emergência. Sendo que na pediatria a intervenção não é propriamente só à criança, mas a todo o meio envolvente. Os profissionais costumam chamar-lhe “Foto cheirada e visual do local”. Esta avaliação é realizada apenas se o estado da criança não for muito grave, forçando nesse caso, o profissional a realizar uma intervenção mais direta.

[<Arquivos\\E2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Eu costumo dizer, que tiramos uma fotografia da criança, do sitio onde estamos, para depois, também nos conseguirmos orientar e saber (...) o que é que vamos fazer a seguir. Temos que ver (...) como está a criança, que é logo a primeira fotografia, depois de todo o meio envolvente (...)».*

Enquanto os profissionais tiram esta “fotografia” do local, ou seja, fazem uma avaliação visual de todo o cenário, da própria situação e se estão reunidas as condições de segurança para poderem atuar, já vão tendo uma ideia da situação, e da abordagem que vão realizar (dependendo obviamente do contexto onde ocorreu a emergência), sendo importante destacar algumas informações como: perceber o estado clínico da criança, entender qual ou quais o elemento/s de referência presentes (pois vão ser os facilitadores comunicacionais com a criança), e observar como é o contexto onde a criança está, pois caso seja necessário os profissionais devem solicitar outro tipo de ajuda.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) perceber quais são os elementos de referência para aquela criança, que vão ser no fundo os nossos também! As nossas muletas comunicacionais com a criança, porque eles é que conhecem qual é o nível linguístico, quais são as palavras que ele verbaliza e o que aquela palavra quer dizer para aquela criança! (...)». Referência 4 - «É o próprio contexto, não é? (...) uma casa desorganizada, uma casa sem brinquedos, uma casa que nós percebemos que não será o contexto mais adequado ao desenvolvimento infantil da criança, deixa-nos logo alerta! Independentemente qual é o motivo pelo qual estamos ali!».*

Mesmo quando a ocorrência ocorre dentro de um meio (frequente nos casos do meio diferenciado SIV - já que em simultâneo é sempre acionado uma ambulância dos Bombeiros), os profissionais devem ter as questões de segurança na mesma em conta.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) a maior parte das intercorrências, aquando de um acionamento de um meio SIV, é sempre acionado uma ambulância de suporte básico de vida nomeadamente um poste PEM dos bombeiros. Se houver, se não houver uma reserva é uma ambulância de socorro normal. Isto é de lei». Referência 2 - «(...)isto não implica que não sejam abordadas exatamente aquelas questões de segurança que a Stefanie me estava a falar. Muda aqui um bocadinho (...) em vez de ser numa casa, entra numa ambulância (...) se a própria criança depois está bem-acondicionada na ambulância dos bombeiros ou não, ou se a própria abordagem que os próprios bombeiros fizeram (...) se foi da forma correta ou não(...)».*

Outras questões importantes (relativamente às questões de segurança), a ter em conta é quando existem animais de estimação e/ ou os pais das crianças estão um pouco agitados e ansiosos pela chegada de apoio.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) pode haver algum tipo de situação que nos traz insegurança, por exemplo uns pais*

## Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*agitados, uns pais que começam a dizer logo “tanto tempo que demoraram para chegar aqui, se tivesse que morrer já morria. (...) situações que aparentam estar agressivos (...) ou outra situação em que haja um animal, haja alguma coisa que esteja lá a interferir (...)».*

Em casos em que as condições de segurança não estão reunidas, é necessário pedir auxílio para poderem atuar posteriormente.

[<Arquivos\\T7>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) se não existem (...) é importante que nós consigamos dizer em primeiro lugar para nós próprios que não vamos conseguir trabalhar aqui. Ok? E isto é limitador e é até castrador daquilo que é a nossa atuação. (...) vamos ter que esperar que elas sejam criadas (...) e às vezes basta só que venha um veículo dos bombeiros com a equipamento específico para podermos abordar (...)».*

Também no caso da UMIPE (Psicólogos), esta avaliação visual deve ser realizada. No entanto, como à sua chegada já se encontram os colegas de outros meios, as condições de segurança naquele momento já devem estar reunidas. Os psicólogos normalmente vão recolher as informações necessárias junto aos colegas que estão no local, auxiliando-se muito também de quem pode ser o “elo” de ligação com a criança e consoante isso planear a sua intervenção.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) a primeira coisa que nós fazemos é contextualizarmo-nos com as equipas (...). Partindo aqui de um pressuposto que onde está uma equipa já estão garantidas as condições de segurança (...) se estiver uma VMER no local vou-me dirigir a ela (...) no meu entender lógico que é: a VMER sendo o mais diferenciado (...) naquela situação vai ter já a informação toda direcionada nela (...). Não invalida que eu não me contextualize com os outros meios (...) vou e avalio se há condições, o que é que a VMER avaliou e tendo em conta aquilo que eu fui pensando (...) vou a partir de aí formular o plano (...) em simultâneo identificar as vítimas prioritárias, identificar também quem é que no local está estável o suficiente para me servir de elo, que seja da família ou da rede das vítimas (...)».*

**Objetivo 2.2. Entender como funciona o processo de comunicação entre os profissionais de emergência médica e as vítimas pediátricas no geral;**

**iii. Categoria 3 - Avaliação/Intervenção da Criança**

Após a avaliação visual da situação e do local e estando as condições de segurança garantidas, os profissionais passam para a **avaliação/intervenção da criança** propriamente dita. Nesta fase os procedimentos alteram conforme as profissões como podemos entender de seguida.

*Tabela 38. Subcategorias da Categoria 3*

| <b>Categoria 3. Avaliação/intervenção da criança</b>     |                   |
|--|-------------------|
| Subcategorias  | Nº de referências |
| 3.1. Enfermeiros e TEPH                                  | 273               |
| 3.2. Psicólogos  | 41                |
| 3.1. Interação/abordagem à criança durante o atendimento | 416               |
| 3.2. Especificidades do tipo de atendimento              | 48                |
| 3.3. Sinais de abuso vs maus tratos                      | 10                |
| <b>Nº total de referências</b>                           | <b>788</b>        |

**Subcategoria Enfermeiros e TEPH**

Os procedimentos de avaliação da criança de acordo com os enfermeiros e TEPH são semelhantes, uma vez que, estes profissionais se focalizam mais na parte biomédica. No entanto, existem diferenças na sua atuação. Os enfermeiros têm intervenções que podem fazer autonomamente, ou seja, alguns protocolos não requerem a validação do médico regulador do CODU. Para além de, por exemplo, poderem administrar fármacos (uns com e outros sem validação médica).

Inicialmente estes profissionais fazem uma avaliação visual também à própria criança, recorrendo ao Triângulo de Avaliação Pediátrico (TAP) (já referido no enquadramento teórico). Esta avaliação pode ser realizada a todas as faixas etárias pediátricas. O TAP indica o critério de criticidade da criança, ou seja, os profissionais através desta “fotografia visual” conseguem logo após alguns segundos perceber se se trata de uma vítima pediátrica crítica ou não crítica.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Esta apreciação vai auxiliar o profissional a compreender que procedimentos deve adotar seguidamente, assim como em que parâmetros de avaliação deve incidir.

[<Arquivos\\T7>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «A avaliação da vítima pediátrica é uma coisa tão fácil de fazer nomeadamente através do triângulo de avaliação pediátrico. Porque é aquilo que nos permite avaliar a vítima sem interagir diretamente com ela. É uma fotografia que nós tiramos de uma forma inicial (...) (tipo aquelas máquinas instantâneas), e vamos ver imediatamente como é que aquilo ficou. E na realidade o TAP permite ao socorrista conseguir fazer a avaliação de que: existe aqui condições...? Existe aqui uma vítima crítica ou não, podendo definir a nossa atuação seguinte (...)».*

De seguida, os profissionais passam para a avaliação do Exame Primário (“ABCDE”) - avaliação quantitativa, tentando sempre ser o menos invasivo possível. Quando se fala na pediatria, acabam por avaliar o que é estritamente necessário, com o objetivo de não provocar maior “sofrimento” à criança.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) avalio qual é o motivo da chamada e o que é que aconteceu. E consoante o que aconteceu então é que eu vou, vamos decidir (...) eu não preciso de avaliar uma glicemia se a queixa será de febre ou será uma convulsão febril. Não vale a pena estar a magoar a criança e voltar a assustá-la ainda mais (...)».*

No caso de terem que ser realmente invasivos, os profissionais têm sempre a sensibilidade de analgesiar primeiro.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) há situações em que já tivemos crianças queimadas, crianças vítimas de maus tratos, e aí sim, não tenho alternativa a não ser invasiva. Mas para isso tenho sempre aquela cautela que é: “Eu vou ser invasiva, mas vou analgesiar primeiro!”. Sempre sempre, sempre! (...) é ser mais invasiva na questão do conforto (...)».*

Os profissionais tentam recolher o máximo de informações possível, para adequar a sua avaliação, no entanto, em emergência existe muita imprevisibilidade, e em casos mais gravosos nem sempre é possível.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E5>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Munir-me do máximo de informação possível das pessoas que estão no local. Por vezes não temos tempo (...) nós estamos em emergência, temos que lidar com a imprevisibilidade que existe...tentamos o possível! Se não conseguirmos ali, assim que consigamos tentamos perceber a criança, as suas características, o seu habitual, as suas limitações...no sentido de podermos ir ao encontro, para tentar compensar melhor a situação».*

Antes de conseguirem avaliar todos os procedimentos necessários necessitam de ganhar a confiança da criança para que esta o permita. Uma vez que neste momento, é necessário interferir com a criança (procedimentos mais invasivos), os profissionais recorrem a diversas estratégias (vão ser mencionadas mais à frente), com o objetivo de conseguirem executar os procedimentos, ganhando a sua confiança, distraíndo-a e até tranquilizando-a. Estes procedimentos não ocorrem nos casos críticos, uma vez que nessas situações infelizmente não existe tempo para o fazer, pois existem questões que se sobrepõem.

[<Arquivos\\T7>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «Se for crítica, “estou nem aí”, digamos assim para aquilo que será o conforto desta gente, porque preciso de avaliar, de interagir! (...) se a criança não é uma vítima crítica dá-me tempo para poder trabalhar, dá-me tempo para ganhar a confiança da criança, dá-me tempo para lhe arranjar uma brincadeira, ou produzir um som que ela ache interessante, ou sei lá, cantar uma música com ela ou o que quer que seja (...) para depois quando eu lhe picar o dedo ela não me ver como o pior indivíduo que ela eventualmente possa ter visto (...)».*

Nos casos em que mesmo com recurso às estratégias as crianças não colaboram, o procedimento é iniciar o transporte para não criar mais desconforto à criança, aos elementos de referência, e até aos profissionais.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) há alturas que é impossível, eles não deixam fazer nada e também não vamos estar a causar mais stress. Às vezes não vale a pena ou a criança já está chorosa, ainda vai ficar pior. Vamos tentando aqui acalmar a coisa. Se é possível fazer, até pedindo ajuda de terceiros, ótimo. Se não, o melhor é iniciar transporte para hospital, estar a gerar mais stress ainda é pior. E até para nós, porque o transporte é mais complicado, depois a criança não quer ir. Gera stress nos pais, aquilo é assim tipo uma bola de neve».*

Normalmente quem aborda a criança durante a avaliação é o *Team Leader* (chefe de equipa), no entanto, em casos excecionais (em que por alguma eventualidade a criança criou maior empatia com o outro profissional), os profissionais “deixam” a criança

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

decidir. No caso das SIV o Team Leader é sempre o enfermeiro.

[<Arquivos\\TI>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) até posso ser o que se chama agora o team leader (...) o chefe de equipa, habitualmente será ele o responsável (...) mas muitas das vezes aquilo que acaba por acontecer é que quem acaba por criar uma relação mais empática com a criança até é a pessoa que está a conduzir (...) deixamos que seja um pouco a criança a decidir (...).»*

A avaliação da criança também vai depender do contexto onde esta se encontra, assim como a sua idade, sendo que normalmente as crianças mais pequenas não são retiradas da sua zona de conforto. Regra geral os profissionais optam por avaliar a criança onde ela se sinta melhor. Lembrar que a pediatria abrange também a adolescência, sendo importante adaptar quer a comunicação, quer os materiais de avaliação à idade da criança.

[<Arquivos\\T10>](#) - § 11 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) quando são assim os chamados “bebés de colo”, são ali ainda as crianças do pré-escolar, e estão com os pais ou com a pessoa de confiança, raramente o tiro do colo dos pais. Toda a avaliação é feita na “bolha de conforto” deles.»*

[<Arquivos\\E8>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) adequar os dispositivos à idade da criança porque quando falamos em criança falamos do zero ao dezassete (...).» Referência 6 - «(...) efetivamente estamos aqui a falar em comunicação, mas depois lembrar que por exemplo, os adolescentes podem querer ficar sozinhos. Efetivamente também é algo que nós devemos adequar à idade da criança.»*

É ainda importante os profissionais afastarem as crianças de situações traumáticas.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) se for caso disso, trago-a cá para fora, imaginemos que é um acidente em que os pais estão mortos (...) tento sempre afastar a criança do foco.»*

É comum os pais das vítimas pediátricas estarem ansiosos e exaltados, tendo os profissionais que saber gerir estas situações. Em certos casos é mesmo necessário retirar o elemento de referência, pois o seu comportamento vai dificultar o trabalho dos profissionais e influenciar negativamente a postura da criança.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E6>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) claro que se for uma situação em que o pai não nos deixe trabalhar também temos que perceber e temos que bater um bocadinho o pé e pedir por favor. Mostrar mesmo que está a incomodar, e que não me está a deixar trabalhar e temos que ser um bocadinho mais firmes nesse sentido (...).»*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «Às vezes temos que lidar primeiro com o stress dos pais ou de quem está, os cuidadores (...) se houver agitação a criança também vai estar mais agitada.»*

Para além de terem todos estes critérios em conta, os profissionais avaliam de seguida os parâmetros do “ABCDE”, que acham necessários, podendo alterar a ordem desta avaliação, recorrendo sempre a diversas estratégias mais lúdicas para conseguirem avaliar o que pretendem, explicando os procedimentos que vão realizar à criança.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) na avaliação primária, em que estamos ali a fazer um conjunto de questões à criança, peço aos meus colegas que, eventualmente, têm ainda mais sensibilidade do que eu (...) peço-lhes para serem eles (...) a colocar as braçadeiras, a colocar as coisas e ser eu falar (...) acabo por não ser muito invasivo (...) nós brincamos muito com a luz do saturímetro e acabamos também por puxar a camisola para cima e fazemos umas cócegas no peito da criança, eventualmente, para ficar mais descontraída. Na auscultação explico-lhe, claramente, que aquele aparelho serve para fazer uma coisa que não é invasiva, não vai doer e que acaba por ser algo para auscultá-la (...) explicamos tudo direito.»*

Durante o exame primário, os profissionais também avaliam a dor na criança. Apesar de ser bastante subjetiva é um direito fundamental, que nesta população específica se torna ainda mais desafiador avaliar pelas características que estas apresentam.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) a dor é um sinal vital, como tal, é um direito das pessoas e um dever nosso, dos profissionais avaliar a dor a todos os doentes, a todas as faixas etárias (...)!»*

Quando se referem a crianças mais pequeninas, com limitações expressivas, a avaliação da dor é realizada fundamentalmente através da observação de sinais não verbais e recolha de informação através dos elementos de referência.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) aquilo que nós fazemos é procurar o choro, a face e a interatividade da criança conosco para perceber se está com dor ou não. Como elas não conseguem verbalizar, nós temos de procurar esses mecanismos e, também, perguntar aos pais se acham que a criança está com dor, uma vez que eles já estão mais habituados a ler os comportamentos da criança e perceber a razão do choro».*

Já em crianças mais velhas, alguns profissionais utilizam a escala numérica, ou seja, acabam por perguntar diretamente à criança se sente dor.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) naqueles que já têm algum poder de compreensão e que já conseguem perceber um bocadinho isso. Até pergunto como posso perguntar num adulto (...)».*

Há então quem utilize uma avaliação qualitativa, pois defendem que a Escala Numérica é muito complexa para usar na pediatria.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) acho que nunca utilizei a escala numérica, propriamente dita porque depois de eu estar a perguntar a uma criança: “imagina que o dez é a dor mais intensa que tu já tiveste”. Não é? O zero é sem dor, acho que é complexo demais para a própria criança. O que faço depois inclusive na passagem de dados é agarrar e definir qualitativamente a dor, se é uma dor moderada, severa, leve... nunca usei a quantificação».*

Os enfermeiros têm uma preocupação muito grande com a avaliação da dor, até porque é a justificação para a aplicação farmacológica, e por outro lado conseguem entender se a sua intervenção está a surtir o efeito esperado.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nós enfermeiros, temos uma preocupação grande com isso! (...) para já, é uma evidência, de saber se as nossas intervenções estão a ser eficazes, ou não (...)». Referência 2 - «(...) é uma evidência para a intervenção farmacológica ou não farmacológica (...)».*

Apesar de os TEPH avaliarem por vezes a dor, não têm tanto conhecimento para o mesmo como os enfermeiros (pela sua formação base), e como não fazem a administração de fármacos também não sentem essa necessidade.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T6>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) não há aqui tanto essa “necessidade”, muitas vezes nós até passamos à frente porque sabemos que caiu, bateu com o joelho... claro, ele está com dor, mas não é uma dor extrema como se fosse outra situação qualquer (...). Claro que sabemos que dói e a criança está chorosa, caiu (...) vamos tentando avaliar por aí (...) não é aquilo que mais avaliamos quando fazemos ocorrências pediátricas».*

Na área da psicologia a dor também não é avaliada, a não ser que seja necessário, no sentido de dar esse apoio ao TEPH.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Nós não. Psicólogos é muito raro. Nós fazemos na ocorrência se a ambulância nos pedir ajuda».*

Desta forma, os enfermeiros valorizam, regra geral, mais as escalas comportamentais, uma vez que são mais realistas.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) as escalas comportamentais são efetivamente mais realistas, sobretudo no contexto em que temos e sobretudo pelo contexto do medo e do stress que está associada à emergência. Há um autor que diz que as crianças têm naquele momento medo, naquele momento não sentem dor, sentem medo e desconforto. E nós temos que perceber essa diferença (...)».*

Os profissionais neste momento já têm à sua disposição (no programa de registo iTEAMS), uma escala para avaliar a dor nos casos mais difíceis da pediatria, nomeadamente em crianças com dificuldades de expressão.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 3 - «Portanto também foi preocupação nossa, na pediatria, em trazermos uma escala que pelo menos ali do 1 ano até aos 6 anos...vai dos 6/7 meses... já termos uma ferramenta para conseguirmos ajudar a criança na dor independentemente da sua capacidade de verbalizar (...)».*

Para além destas escalas há quem também utilize a Escala das Faces (Smiles), que muitas vezes também é utilizada com a população adulta.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E9>](#) - § 1 referência codificada

Referência 1 - «(...) em emergência médica eu pelo menos utilizo a das faces, sim!».

[<Arquivos\\E7>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 1 - «Sim, sim, sim! (...) nós temos mais ou menos em mente a escala das faces, mas também a uso com os adultos».

É uma escala que os profissionais só conseguem utilizar em crianças mais crescidas, sendo que a mesma é importante para que a criança consiga autoavaliar a sua dor (é a única que têm para esse efeito).

[<Arquivos\\T7>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 1 - «(...) era uma escala que me dava algum jeito, mas era para crianças já com seis, sete anos de idade, muito mais novas era mais difícil. É muito difícil conseguir fazer a avaliação da dor na minha opinião, numa criança (...) só se tiveram uma capacidade cognitiva já mais avançada (...)».

[<Arquivos\\E1>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 2 - «Sempre que eu achar que, do ponto de vista cognitivo, a criança está capaz de me dar uma resposta fidedigna eu uso muitas das vezes. Mesmo que seja num contexto muito desfavorável, uma fratura de um fêmur, por exemplo, eu coloco sempre, apesar de já saber que vai fazer morfina, mas acabo por pedir esse feedback depois à própria criança e tendo a confiar nela. É a ferramenta que nós temos mais fidedigna para tentar obter essa autoavaliação».

Para além da limitação da idade e de não estar no iTEAMS, esta escala tem outra limitação mais direcionada para os enfermeiros, pois como não faz a conversão de 0 a 10, é difícil na validação de fármacos pelo CODU, ao contrário da escala comportamental. Embora tenha sido realizado o pedido de a inserir no iTEAMS, informaticamente não foi possível.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 4 referências codificadas

Referência 2 - «(...) infelizmente não foi aceite por uma limitação informática de peso... de imagem... que a aplicação não podia comportar. Foi pena e depois não a tendo lá é difícil (...) nós podemos colocar no registo, mas não torna a dor tão visível como uma escala de 0 a 10 (...) quem está no CODU vai validar a terapêutica que nós podemos administrar e ele só valida se tiver, por exemplo: eu tenho um paracetamol de uma dor 4/5 e tenho um tramal numa dor 7 numa dosagem, tenho tramal numa dor de 8 noutra dosagem, tenho a morfina (...) portanto eu posso dizer que na escala de faces está a sorrir ou a chorar, ele não me vai validar por aí!».

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Existem vários profissionais que não a têm ao dispor, uma vez que, como já referido, esta não existe no iTEAMS. Desta forma, e porque a que lá existe pode ser aplicada a crianças mais novas, muitas das vezes não é utilizada.

[<Arquivos\\T2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Não neste momento agora não, mas quando tínhamos brevetes manuais sim, mas neste momento por acaso não temos usado. (...) mas usou-se durante muitos anos a escala dos smilezinhos».*

Ainda assim, alguns profissionais continuam a tê-la em formato físico, pois para além de monitorizar a dor, também é algo mais lúdico/didático que facilita a aproximação à criança.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) eu também tenho uma escala de faces no bolso e uma escala numérica e afins. Já era o meu material de bolso de base». Referência 5 - «Sim, sim, sim, usamos em todas as ocorrências, sim. Até pela própria ação de ter bonecos não é só uma mera motorização da dor. É um focalizar que nós estamos a tomar atenção no que ela nos está a dizer, estamos a usar um brinquedo (algo mais didático), para que ela perceba que estamos a adaptar-nos àquilo que é a realidade dela e não estamos a falar linguagem de adultos. (...) eu costumo dizer muitas das vezes mesmo que a criança me diga que não tem dor eu uso na mesma. Porque efetivamente mais que não seja uma barreira de ganhar confiança (...)».*

Os profissionais evidenciaram então como Escalas Comportamentais, a FLACC, PAINAD e NIPS. Como mencionado nas seguintes passagens construtivas. A escala mais evidenciada foi a escala de hétero-reporte FLACC, uma vez que, também se encontra no iTEAMS, tendo todos os parceiros do SIEM acesso à mesma.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) foi felizmente colocada no registo informático, ou seja, quando a criança tem menos de 16 anos ela aparece por defeito. (...) também não a podemos exacerbar por ela estar a chorar, só conta até dois, portanto está tudo ali balizado. Tem uma ponderação, ou seja, o facto de serem 5 parâmetros, dá-nos uma abrangência da criança e não apenas encarar por ela estar a chorar que tem dor. Ou seja, tem a ver com o choro, com a face... ou seja dá-nos uma visão mais global! (...) e também consta no registo em papel disponível a todos os parceiros do SIEM (...)».*

Alguns profissionais também realçaram a Escala PAINAD, que é semelhante à escala anterior. Também pode ser utilizada em crianças mais pequenas, em que ainda não haja oralidade.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E6>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) pessoalmente uso mais a PAINAD, se não conseguirem verbalizar a dor (...).  
Referência 7 - «É uma escala que é basicamente como a FLACC mas que valia a parte respiratória, a vocalização, portanto a expressão facial, body language e consoability, e consoante isto nós damos uma pontuação. E aquilo vai-nos dar um score, vai dar a dor de zero a dez, portanto se for dez é a dor máxima (...).»*

Em recém-nascidos há quem ainda use a Escala NIPS.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) nos recém-nascidos é usado a NIPS».*

Em alguns casos, os profissionais avançam para o Exame Secundário, que é apenas realizado quando é realmente necessário, sendo que à semelhança do Exame Primário, recorrem a diversas estratégias de forma a conseguir avaliar o que pretendem (não utilizando nenhuma estratégia adicional/diferente).

[<Arquivos\\T3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) e muitas vezes acabamos por não o fazer, porque se a criança estiver agitada, estiver a chorar, não vamos causar mais transtorno a ela. Não vamos estar a querer procurar, a querer estar a despir, só porque temos que fazer e ela estar a ficar mais transtornada, mais chorosa, não. Muitas vezes acabamos por não o fazer».*

Contudo esta avaliação no caso das VMER e SIV é realizada praticamente em simultâneo com o E. Primário, o que difere quando não se trata de meios diferenciados.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «É muito sobreponível, se nós estivermos a falar em bombeiros, a avaliação primária e secundária tem que ser muito bem balizada (...) porque estamos a falar de colegas que não têm o nosso nível de quer de prática, quer de conhecimento. A realidade é que nós em SIV e VMER, nós fazemos avaliação primária e secundária em simultâneo (...).»*

### **Subcategoria Psicólogos (CAPIC)**

No caso dos **Psicólogos**, a maior parte das ocorrências é resolvida através de chamada telefônica, sendo que, apenas se deslocam para o local em situações mais severas, como podemos perceber na seguinte passagem construtiva.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) passa pelo CAPIC no telefone, o CAPIC avalia, e se for possível resolve por telefone. Se achar que é pertinente vai a UMIPE. Portanto, sim qualquer situação pode dar o envio do UMIPE. Agora é mais pelas reações, pelo facto de nós termos ou não, no local, alguém que esteja a conseguir dar resposta à situação, às vezes os tripulantes fazem trabalhos espetaculares e nós por telefone só temos que orientar e eles fazem. Outras vezes pela dureza da situação ou pela especificidade eles pedem, eles próprios pedem apoio (...).»*

Por norma, quando a distância até ao local de ocorrência é longa, os profissionais iniciam a sua intervenção via telefone ao longo da viagem até chegarem ao local.

[<Arquivos\\P1>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 1 - «Há situações em que conseguimos contato com o local durante essa viagem (...) e conseguimos iniciar a nossa intervenção mesmo antes de chegar lá, fazendo algum tipo de aconselhamento (...) acontece frequentemente (...) ir gerindo e aconselhando como podem fazer, como devem fazer, face àquela situação até nós chegarmos lá».*

A intervenção destes profissionais também é balizada por protocolos, que devem ser adaptados às situações, sendo que a avaliação é muito focada na perceção que a criança tem da situação, das suas reações e necessidades (principalmente quando a vítima é pediátrica).

[<Arquivos\\P2>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «Nós temos o nosso protocolo de intervenção, obviamente ele é sempre ajustado, não é? Não é uma coisa estanque, muitas vezes depende daquilo que são as necessidades da criança, depende do estado da criança, das reações, se são mais intensas, menos intensas, a perceção de que ela teve daquilo que aconteceu. E, portanto, embora haja um fio orientador (...) obviamente ela tem que muitas vezes, ser ajustada àquilo que são as necessidades (...) sobretudo nas crianças (...).»*

Sempre que possível os profissionais pedem autorização aos pais da criança para intervir, e aproveitam para recolher informação necessária para delinear a sua intervenção.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

À semelhança dos Enfermeiros e TEPH, os Psicólogos também recorrem a diversas estratégias para facilitar a sua abordagem, como por exemplo apresentar-se e descer ao nível da criança.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) a não ser que seja uma situação excepcional se a criança tem um cuidador com ela, eu nunca a abordo antes de falar com o cuidador e de pedir autorização (...) tento contextualizar-me sobre o grau de desenvolvimento, como é que ela lida com estranhos, como é que ela está a gerir a situação, o que é que eles já identificaram (...). Depois para ganhar a confiança da criança (...) digo sempre sou X, que sou psicóloga, que sou do INEM, (...) também explico um bocadinho o que é o INEM às vezes de uma forma muito simples (...) isto sempre ao nível da criança em termos também físicos (...)».*

Outro cuidado destes profissionais com a pediatria é a sua proteção, ou seja, retirar a criança da exposição traumática, aconselhando que a mesma fique com alguém de confiança para se sentir segura.

[<Arquivos\\P1>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) dos cuidados que nós temos, maioritariamente é a retirada dos menores do local. Em situações de morte inesperada, às vezes as situações com uma exposição visual potencialmente traumática (...) aconselhamos que seja para junto de alguém com quem a criança já tenha uma ligação, que já haja uma relação de confiança para que ela se possa sentir segura (...)».*

A notificação de morte é uma das causas mais frequentes de acionamento (e também desafiador pois a nível emocional é algo muito intenso), contudo não são os profissionais que a devem executar, mas sim instruir alguém próximo à criança para o fazer (preparando-os também para as diversas reações que podem acontecer), exceto se for uma situação de exceção em que não exista ninguém de referência para o fazer (podendo ser o médico ou a autoridade).

[<Arquivos\\P1>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 11 - «(...) não fazemos a notificação de morte. Aconselhamos e apoiamos na notificação, a notificação de morte deve ser feita por um familiar próximo (...)». Referência 12 - «(...) pode ser um médico ou a autoridade (...) não havendo um adulto de referência para o fazer (...) é uma das dificuldades, se calhar maiores (...) porque a nível emocional, é muito intensa (...) as reações podem ser tão inesperadas que a nossa presença faz muita diferença (...) nós vamos, acompanhamos, aconselhamos como é que deve ser feito (...) preparamos para o que é que pode surgir (...) e damos o suporte a essas reações (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Em situações de abuso sexual ou violação, os profissionais não exploram a situação no local, a menos que a criança o queira fazer. O objetivo dos profissionais é trazer algum conforto, e alertar para as questões de prova.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) eu apenas fui ao local para tentar perceber, não explorar porque isto aqui nós não exploramos no local se a criança não pedir para falar, mas para perceber se era uma situação recente e ela tinha que ir às onze da noite (...) ao hospital ou se podia ir de manhã! (...)».*

Já em situações de ideação suicida ou risco iminente, a prioridade dos profissionais é criar ligação com a criança e a retirar do risco. Estas situações são mais evidentes em vítimas pediátricas adolescentes.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 7 - «(...) se a pessoa está em risco iminente a minha prioridade, por exemplo pode não ser ter o pai e homem presente comigo, e sim estabelecer a relação com a criança e conseguir perceber, para já, se há alguma pessoa. Pode não ser nem mãe, nem o pai que consiga ser um bom elo para mim (...). A minha prioridade passa a ser estabelecer relação com a criança, sozinha e conseguir tirá-la do risco (...)».*

[<Arquivos\\P4>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) depois temos as tentativas de suicídio, que infelizmente são cada vez mais (...) estamos a falar aqui em adolescentes/pré-adolescentes. E se nós ainda tivermos a oportunidade de falar com ele, iremos sem dúvida (...) tentar esse diálogo (...)».*

Já nos casos de crises psicóticas, os profissionais têm que se ir adaptando à vítima (pois os procedimentos são iguais independentemente da idade), como podemos verificar na seguinte passagem construtiva:

[<Arquivos\\P3>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 7 - «(...) todas as regras válidas para as crises psicóticas aplicam-se, por exemplo o falar a linguagem da própria pessoa, o não adicionar o delírio e isso é independentemente da idade ou da etapa de desenvolvimento, simplesmente, vamos ter que adaptando (...)».*

Nas ocorrências da UMIPE, os profissionais também recorrem muito aos elementos de referência da criança para os facilitar na sua intervenção.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P4>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) no CAPIC, nós por norma, a comunicação com as crianças é feita pelos adultos (...).»*

Este meio tem um papel muito importante na intervenção com as vítimas pediátricas, pois na maioria das ocorrências existem sempre crianças envolvidas (podendo não ser as vítimas diretas).

[<Arquivos\\T6>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) muitas das situações têm crianças envolvidas (...) acho que elas fazem um bem extremo com quem falam. Porque as pessoas estão de uma maneira e acabam por ficar de outra (...) têm um papel muito importante, sem dúvida!»*

Contudo foi possível compreender que nem sempre são acionados para o terreno quando os profissionais necessitam.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) já aconteceu eu pedir o CAPIC e dizerem-me que não há CAPIC no Algarve, agora já não acontece tanto. Só há em Lisboa, se pode ser por telefone. E eu disse por telefone não é preciso, porque por telefone, estou cá eu (...).»*

### **Subcategoria Interação/abordagem à criança durante o atendimento**

#### **Objetivo 2.3. Analisar as dificuldades sentidas durante os atendimentos de emergência pré-hospitalar pediátrica;**

Durante a abordagem e intervenção à criança, de acordo com os procedimentos associados ao atendimento de emergência pediátrica, os profissionais sentem diversas dificuldades no atendimento pediátrico. O simples facto de se tratar de uma criança já é por si só uma dificuldade para os profissionais, não só devido às características que estas apresentam, como também pelo facto da casuística deste tipo de atendimento ser menor, o que faz com que não haja tanta experiência e por isso tanto à vontade.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E8>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) como nós não estamos confortáveis com aqueles seres pequeninos, minorcas, difíceis e raros, que aparecem só muito de vez em quando..., e quando aparecem é um stress, deste que toca, desde que se vê o número até que se lá chega. E até que se deixe no hospital».*

[<Arquivos\\P4>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) são aqueles que têm maior peso para os profissionais. São aquelas que mais nos assustam no fundo. Se tenho crianças no local, eu acho que as pessoas ganham centímetros, porque ficam muito direitas, já não se mexem, já não respiram (...)».*

O facto das crianças se encontrarem em situações muito sensíveis, com sofrimento e o desconhecido associado, dificulta por si só a abordagem com os profissionais. Assim sendo no contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica existem diversos fatores que vão influenciar negativamente a abordagem e intervenção com a criança como por exemplo a mesma estar assustada com tanta movimentação, ambulâncias, vizinhos, familiares, entre outros.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) obviamente que elas ficam assustadas só de ver a ambulância, só de ver o aparato que há (...) depois são os vizinhos, são as famílias, vêm todos tentar perceber o que é que se passa».*

Em simultâneo o facto de serem peças estranhas para as crianças também não facilita a abordagem aos profissionais, onde estão a passar por uma situação traumática (estando desconfortáveis).

[<Arquivos\\T7>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) quando eu entro em sua casa eu sou um estranho para si e para o seu filho, portanto, o seu filho a primeira coisa que vai fazer é “trepar por si a cima”, como quem diz, “quem é esta gente?”. (...) a criança já está assustada com aquilo que lhe está a acontecer; está a passar por uma situação traumática mais grave ou menos grave; está desconfortável; que ela não consegue gerir, que não faz parte daquilo que é o seu conforto (...)».*

O próprio fator tempo é uma dificuldade sentida, pois normalmente são encontros rápidos, limitando a abordagem à criança e a recolha de informação pertinente. Assim como a própria imprevisibilidade tão característica deste tipo de atendimento.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

O facto de a informação poder não corresponder à realidade é outra dificuldade apontada.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «Porque eu sei que tenho um fator contra e que é muito limitador...é o tempo... estou a lidar com uma criança doente e eu tenho que lhe fazer um conjunto de intervenções e o tempo limita-me a abordagem (...). Referência 3 - «(...) nós estamos em emergência, temos que lidar com a imprevisibilidade que existe...tentamos o possível! (...).»*

[<Arquivos\\T10>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 6 - «Para mim é um desafio e posso-lhe dizer que é das coisas que me faz suar mais quando vou para uma criança. (...) a única coisa que eu sigo ali é a idade da criança. Todo o resto pode ser totalmente diferente (...) só sigo a idade da criança, e como é que eu vou chegar a ela (...).»*

A própria farda dos profissionais (que em casos excepcionais pode funcionar como algo apelativo, pois existem crianças que gostam muito de ambulâncias), em outros casos pode ser sentida como algo assustador para a população infantil.

[<Arquivos\\PI>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «As nossas fardas, a dos bombeiros, das autoridades (...) pode causar um impacto de curiosidade, uau... o que é isto? (...) depende da idade da criança, mas também pode ser assustador.»*

Nestas situações é recorrente os pais estarem em pânico, assustados e stressados com a situação pela qual a criança está a passar, transmitindo por vezes esses sentimentos para a mesma, o que dificulta todo o trabalho destes profissionais (pois muitas vezes nem sequer ouvem os profissionais). Sendo que em casos extremos poderá ser necessário acionar as autoridades.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 20 referências codificadas

*Referência 9 - «(...) acho que temos mais dificuldades em lidar com os pais. Todos nós sabemos o stress que é ter uma criança doente. (...) às vezes não é fácil falar com eles. Eles não ouvem nada. E às vezes é muito, é muito inglório. Nós estamos a tentar captar-lhes a atenção e tentar-lhes explicar (...) mas o adulto não percebeu! (...) é para nós um grande desafio, que é, como a gente costuma dizer fazer marcha atrás e voltar a dizer as mesmas coisas com outro vocabulário (...) muitas vezes com um vocabulário infantil!.»*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E11>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) tive que chamar a GNR para tirar a mãe ao pé da criança porque era o fator destabilizador no local. Estava completamente histérica, o que não estava a ajudar nem a criança, nem o meu trabalho». Referência 2 - «O facto de estarem ansiosos junto da criança, ela vai perceber isso e vai ficar ainda mais ansiosa (...)».*

A própria dificuldade que as crianças têm em se expressar, principalmente no caso de crianças mais pequenas (bebés) (dependendo da sua idade e grau de maturação), é outra dificuldade realçada. Sendo que por vezes é recíproco, pois, os profissionais também sentem dificuldade em saber comunicar com estas faixas etárias.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) ali até aos 2/3 anos, ainda não dá para ter assim uma comunicação...não dá (...). Como é que eu vou abordar as crianças? Pois nem sempre é fácil realmente».*

[<Arquivos\\T12>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Eu não sei, se são as crianças que têm dificuldade em se expressar ou se são os adultos que têm dificuldade em compreender (...)». Referência 2 - «(...) as duas coisas (...) em conjugação acaba por dar uma comunicação muito deficitária».*

Sendo que quem não tem filhos ainda evidencia mais dificuldades na interação/compreensão com a pediatria, por acabar por não ter tanta experiência na interação e gostos infantis.

[<Arquivos\\T2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) quem não tem, não sabemos, não é? Portanto acaba por ser mais difícil».*

Assim devido aos fatores já mencionados, muitas crianças acabam por não interagir com os profissionais, principalmente as mais pequeninas.

[<Arquivos\\T2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Há crianças que estando em casa no colo da mãe, não saem do colo. E aí não é possível. Mesmo em situações mais graves, em que é preciso primeiro a VMER criar acesso e tudo mais é extremamente complicado porque eles não deixam e não interagem nada connosco (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Por outro lado, dentro da pediatria existem os adolescentes, podendo a abordagem e a interação nesta faixa etária ser mais dificultada por omitirem informação importante para os profissionais:

[<Arquivos\\E2>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 4 - «Sim, sim!» [realçando que os adolescentes acabam muitas vezes por omitir informações importantes para os profissionais].*

Os profissionais chegaram a ter peluches em algumas ambulâncias, pois facilitava a abordagem e a interação com a vítima pediátrica, contudo devido ao contexto pandémico acabaram por ser retirados, não existindo neste momento material apelativo para a pediatria, sendo considerado outra dificuldade:

[<Arquivos\\E1>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «Nós chegámos a ter alguns bonecos na ambulância. (...) num contexto pandémico, acaba por ser muito complexo e então acabamos por abandonar e, neste momento, nós não temos nada (...)».*

Na sequência da falta de material apelativo, os materiais mais apelativos que os profissionais possam ter para a população pediátrica são adquiridos pelos mesmos e não pela instituição (ex. pensos rápidos com motivos infantis).

[<Arquivos\\E8>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «É o melhor que se arranja. É isto ou nada» [realçando a existência de pensos rápidos com motivos infantis].*

O próprio transporte pediátrico até à Unidade Hospitalar é encarado pelos profissionais como uma dificuldade, principalmente nas situações em que o mesmo é de longa duração. Não é fácil conseguir manter uma criança e elemento de referência tranquilos durante o transporte.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 20 referências codificadas

*Referência 7 - «(...) a caminho para o hospital conseguimos manter uma mãe e uma criança tranquilas, independentemente do estado da criança, isso sim é verdadeiramente um desafio».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Quando não é se justifica efetuar transporte da vítima pediátrica até à Unidade Hospitalar por parte do INEM, por vezes não é assim tão bem aceite pelos pais, constituindo outra dificuldade para os profissionais, que têm que fazer com que os pais aceitem a decisão tomada pelos mesmos.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) realmente se está tudo bem, não há necessidade de transportar, não há necessidade que um meio diferenciado esteja ocupado com uma criança (...) tentamos também definir isso com o médico regulador (...) mas são sempre decisões um pouco complexas de tomar (...) dizer a uns pais que o que nós fizemos está feito e se calhar não há necessidade de o filho ser transportado por nós e que vai com os bombeiros, há pais muito renitentes a este tipo de informação (...)».*

O próprio contexto de atuação, pode ser sentido como uma dificuldade para estes profissionais, não sendo a literatura coerente neste aspeto.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 8 - «(...) de acordo com algumas literaturas é mais fácil abordar a criança no seu seio familiar se houver hipótese de ficar em casa (...) também temos literatura que nos diz que não devemos fazer alguns procedimentos nessas zonas de conforto. (...) há quem defenda uma coisa e há quem defenda a outra».*

Outra grande dificuldade sentida pelos profissionais é quando o atendimento é realizado a crianças com NE.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) a minha maior dificuldade são as crianças com deficiência, com um défice cognitivo. Aí para mim é que acho que é onde eu tenho mais receio».*

As próprias barreiras linguísticas com pais de outras nacionalidades é uma dificuldade sentida, principalmente quando as crianças se apercebem deste obstáculo.

[<Arquivos\\T10>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) agora com a imigração de pessoas que não falam totalmente nem português, nem inglês, é muito complicado e a primeira barreira é com os pais e se eles percebem que os pais não estão a perceber nada, ainda é pior. É muito complicado».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Outra dificuldade evidenciada é quando os profissionais têm que efetuar algum procedimento mais invasivo, como por exemplo avaliar o pulso.

[<Arquivos\\TI>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «Quando tínhamos que fazer isso de forma manual e tínhamos que pressionar o pulso para tentar perceber como é que efetivamente estava o ritmo, aí eles já não gostavam tanto».*

Outro obstáculo sentido, de acordo com os meios de emergência, ou seja, entre as AEM e os meios mais diferenciados, é o facto dos TEPH terem um pensamento mais protocolado. Assim, no caso de imobilizações os TEPH são “obrigados” a fazê-lo de acordo com o seu protocolo, enquanto que o enfermeiro e/ou médico consegue determinar se é ou não necessário fazê-lo. Estas posturas vão também influenciar a abordagem à criança, dificultando a criação da relação empática, uma vez que forçar uma criança não será uma postura facilitadora.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) acredito que meios mais básicos sintam mais dificuldades, porque o protocolo em trauma obriga a imobilizar e o técnico é pensamento protocolado, (...) e o obrigar uma criança a fazer alguma coisa, já gera dificuldades. Enquanto que o meio diferenciado, consegue diferenciar a urgência ou a necessidade de o fazer». Referência 2 - «(...) é natural que haja mais dificuldades de estabelecer, uma relação de empatia com meios menos diferenciados, devido à obrigação clínica, do que em meios não diferenciados. (...) são os tais fatores indiretos, também».*

Já ao nível da formação, também são sentidas dificuldades quando se aborda a população pediátrica. Os profissionais queixam-se da dificuldade de colocar a parte “emotiva” e toda a imprevisibilidade que a pediatria acarreta nos conteúdos formativos.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) o que faz falta realmente na área da pediatria é uma simulação, não dirigida a um manequim, (...) em que eu posso ter um manequim, mas o formando estar a ver o feedback do que está a acontecer, e isso, eu considero que para nós é uma dificuldade, quer como formadora, quer como formanda. Como formadora, noto perfeitamente, que por mais que eu expresse o cenário e diga “olha, está a acontecer isto, a criança neste momento está assim”, não sentem aquilo que eu quero demonstrar. Como formando (...) faz-me falta mais qualquer coisa, não se sente aquilo, que se sente no dia a dia. Faz falta o lado emotivo ou lado não operacional, que exige muito mais atenção (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

A própria formação na área pediátrica é pobre, o que também contribuí para o “não à vontade” dos profissionais.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 4 - «A nossa formação base em pediatria é muito pobre mesmo. (...) o nosso não há vontade na parte pediátrica tem a ver com isso. Nós não nos sentimos à vontade porque nós não temos formação suficiente na parte pediátrica para atuar na maior parte das situações (...) no livro escrevem: tens que avaliar a tensão arterial (...) e como é que eu avalio (...)? Essa é a parte que não nos ensinam (...).»*

Outra questão delicada para os profissionais é a comunicação de más notícias na pediatria, em que para além da dificuldade em fazê-lo, sentem também necessidade de mais formação na área, para que consigam ter a postura mais assertiva, principalmente no caso de adolescentes, em que já têm uma consciência diferente do que está a acontecer.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 10 - «(...) acho que a comunicação de más notícias (...) poderiam nos dar mais estratégias para podermos aprofundar. É como eu digo a pediatria, pode ir até quase aos dezoito anos, e estamos a falar de uma pessoa que já sabe perfeitamente o que é que a gente lhe está a dizer!»*

E nem sempre a UMIPE é enviada para facilitar os colegas, existindo ocorrências difíceis de gerir sem este apoio, como é o caso novamente dos adolescentes.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) já aconteceu eu pedir o CAPIC e dizerem-me que não há (...).» Referência 6 - «(...) já cheguei a transportar um adolescente (...) foi um acidente, e o pai estava morto ao lado».*

Em algumas situações, os próprios pais não adotam os procedimentos mais ajustados, principalmente no caso de famílias destruídas, sentido os profissionais dificuldade em transmitir aos pais que não devem manter esse tipo de comportamentos.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 20 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) casos sociais de crianças com febre e que me dizem assim eu não dei nada porque é para você ver. Ver o quê? Porquê? Porque uma criança quando tem febre é sempre um risco. (...) pronto, e às vezes isso é que é difícil, (...) é falar com o pai ou com a mãe e explicar-lhe que aquilo não é um procedimento que deve ser mantido (...).»*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Outras dificuldades mencionadas durante as entrevistas, foram a dificuldade de acesso a determinadas ocorrências, assim como as indicações para lá chegar e o tempo de deslocação que é muitas vezes elevado, principalmente em zonas mais rurais.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 20 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) isso é a grande dificuldade em algumas escolas que é o facto da ambulância ficar longe do local. Por vezes não há portões suficientemente altos e largos para a gente às vezes entrar (...).  
Referência 6 - «(...) às vezes o problema é também chegar ao local. As indicações nem sempre são muito fáceis. As ruas não são fáceis. Aqui no interior, é tudo longe umas coisas das outras. Nós chegámos a ter ocorrências de três horas».*

Em situações de abuso sexual ou violação, estas ocorrências podem ser bem sensíveis, principalmente quando o suposto infrator está presente e é o único elo de ligação com a criança.

[<Arquivos\\T10>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) foi supostamente uma tentativa de violação ou foi uma violação consumada (...) que foi apanhada em flagrante delito pela polícia. (...) quando chegamos lá, os ânimos estavam muito exaltados, e o único elo de ligação daquela criança era ao infrator. A criança não comunicava com mais ninguém. Nós estivemos em linha os psicólogos, estivemos em linha toda a gente e a única pessoa com quem ela veio ao lado dele era do suposto infrator (...) foi uma situação muito fora do normal e ninguém sabia como é que havia de gerir aquilo porque ninguém de nós queria que o infrator estivesse perto (...).».*

#### **Objetivo 2.4. Perceber as estratégias comunicativas usadas durante os atendimentos de emergência pré-hospitalar pediátrica;**

Neste sentido existem um conjunto de Estratégias que os profissionais utilizam para superar as dificuldades mencionadas anteriormente. Contudo, existe uma que se sobrepõe a todas as outras, que é recorrer ao Elemento de Referência da criança, ou seja, alguém que lhe seja próximo (podendo ser os pais, professores, educadores, elementos familiares, ...). Estes podem colaborar fornecendo informação pertinente sobre a ocorrência e a criança, assim como auxiliam na própria interação envolvendo-os na intervenção (facilitam na criação de empatia e confiança) e por norma facilitam na avaliação.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P4>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 9 - «(...) é daquelas que é chapa cinco, tem de ser, é o ponto número um. Nós nunca podemos chegar ao local e irmos abordar aquela criança sem estar ali uma pessoa de referência (...).»*

[<Arquivos\\T4>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) muitas dessas situações terão que ser feitas sempre com a ajuda do tutor, com a mãe ou o pai que esteja à beira. Muitas vezes a gente pede: olhe faça-me isto à criança, ou isto, às vezes até conseguimos ganhar a confiança total da criança (...).» Referência 4 - «(...) tentar conquistar a criança com a ajuda do pai e da mãe, do tutor que esteja no local e tentarmos depois fazer a nossa avaliação (...).»*

Desta forma, o objetivo dos profissionais não é só criar uma relação empática e de confiança com a vítima pediátrica, mas também com os Elementos de Referência.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nota-se um cuidado muito grande dos operacionais na participação ativa dos cuidadores, qualquer um que seja. A importância de criar empatia e a empatia dirigida a quem está com a criança. Não interessa quem, se é a avó, o tio, o educador, o amigo (...).»*

[<Arquivos\\T7>](#) - § 11 referências codificadas

*Referência 10 - «(...) para além da criança eu acho que é importante também conseguirmos a confiança dos pais. Até porque se a criança se sentir confortável na interação que está a ter comigo vai procurar também a autorização do pai ou da mãe, e é importante que a mãe e o pai se sintam confiantes e confortáveis com aquilo que está a acontecer (...).»*

Outra das estratégias que os profissionais utilizam com o auxílio dos elementos de referência da criança é exemplificar os procedimentos de avaliação primeiro neles (quando possível) e só posteriormente na criança. Esta estratégia de demonstração pode ainda ser realizada com os próprios profissionais. Concomitantemente os profissionais também recorrem à estratégia de deixar as crianças explorar os materiais de intervenção, explicando sempre todos os procedimentos que vão efetuar.

[<Arquivos\\P4>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 6 - «Se for preciso usar em nós também usamos, se for preciso deixar que sejam eles a colocar neles, nós também deixamos. Portanto tentamos sempre que eles estejam muito participativos (...).»*

[<Arquivos\\T4 >](#) - § 7 referências codificadas

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*Referência 3 - «(...) sempre, informando o pai e a criança se ela já o compreender (...) aquilo que vamos fazer. Nunca fazer nada que não estejam à espera e exemplificarmos o que vamos fazer. O caso de se colocar uma máscara de oxigénio, se for preciso até simular no pai, na mãe ou mesmo em nós, dar-lhe a máscara à criança para ela se adaptar e até brincar um bocadinho com ela antes de lhe colocar (...)».*

Por vezes esta exemplificação de procedimentos é também realizada utilizando os brinquedos da criança, nomeadamente os seus bonecos, acabando por funcionar também para facilitar a criação de empatia e confiança com a mesma, para que consigam chegar mais rapidamente à criança. Esta estratégia acaba também por ser útil na localização da dor.

[<Arquivos\E9>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) tive que picar uma criança e pulsei primeiro o ursinho que ela tinha ao colo, e expliquei o que ia fazer, dizendo: “estás a ver o ursinho também não se queixou, mas realmente ele estava-me a dizer que sentiu alguma coisa...”».*

[<Arquivos\T11>](#) - § 19 referências codificadas

*Referência 10 - «Usei o boneco para ela me dizer o que é que se estava a passar nela no boneco. Sim ajuda o facto de haver um sítio onde eles conseguem mostrar onde é que é a dor».*

Podem ainda servir para brincar com a criança para facilitar a criação de empatia e a recolha de informação pertinente.

[<Arquivos\E10>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) se estivermos em casa (...) podemos pô-la no quarto de brincar, dar-lhe algum brinquedo e tentar perceber com ele o que é que ele mais gosta. (...) fazendo isso, conseguimos ter muito mais deles (...)».*

Nas ocorrências que são no domicílio, os profissionais devem solicitar que a criança leve consigo um brinquedo, com o objetivo de lhe transmitir maior segurança.

[<Arquivos\P2>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) quando estamos a falar de situações ocorridas no domicílio (...) devemos facilitar que a criança leve alguma coisa (...) porque dá um sentido de maior segurança».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Para além da exemplificação de procedimentos, os profissionais por vezes também orientam e/ou fornecem indicações aos Elementos de Referência para fazer alguns procedimentos (tentam transpor as rotinas diárias da família para a sua manipulação), para que não sejam eles a tocar na criança, mas sim a pessoa que lhe é próxima.

[<Arquivos\E8>](#) - § 14 referências codificadas

*Referência 5 - «Tentar usar as nossas manipulações através daquilo que são ações normais que a família lhe faz. E depois dar algumas dicas que é: “olhe tire-lhe os collants para ela sentir frio, desconforto!” (...) não somos propriamente nós que lhe estamos a tocar, são os familiares (...) orientados pela nossa ação».*

Os profissionais acabam por recorrer ao Elemento de Referência também para conferir se determinados comportamentos da criança são normativos ou não.

[<Arquivos\PI>](#) - § 17 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) posso perceber junto da família se essa criança costuma estar assim (...)».*

Um dos grandes objetivos dos profissionais, é ganhar a confiança da criança, para isso, além das estratégias já mencionadas, os profissionais conversam com a pediatria sobre assuntos do seu interesse/preferências, recolhendo simultaneamente informações pertinentes sobre a criança, fazendo com que esta também se abstraia.

[<Arquivos\TI1>](#) - § 19 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) normalmente eu nunca vou avaliar nada antes de me sentar, antes de conversar, antes de perguntar uma série de coisas sobre ela. Só depois de já ter conversado, enquanto nós estamos a conversar com elas também vamos percebendo muita coisa (...)».*

Durante a conversa com a criança, os profissionais têm o cuidado de adaptar também a linguagem (usar linguagem simples e clara; não usar diminutivos, adequar o tom de voz; tratar a criança por “tu”; sorrir; ser carinhoso (...)), assim como colocar-se ao mesmo nível, brincar (para distrair e descomprimir) e estabelecer contacto visual. Realçar ainda que tentam que a abordagem seja realizada de forma calma e tranquila, não sendo demasiado intrusiva (não se focando diretamente na causa da ocorrência), não realçando que a criança é o foco da atenção.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Por isso os profissionais por vezes direcionam a abordagem para os Elementos de Referência, ao mesmo tempo que, discretamente vão interagindo com a criança para criar empatia e avaliar o que é necessário.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) a abordagem nunca pode ser uma abordagem abrupta de todo! Mediante as características da criança é tentar falar ao nível dela, se for preciso ajoelhar...falar-lhe com cautela... com muita calma (...). Referência 6 - «(...) tentando aproximar-me com uma linguagem carinhosa (...).»*

[<Arquivos\\T10>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nunca demonstrar que eles são o centro das atenções (...). Referência 5 - «Digo sempre à criança: “eu vou tocar no pai, eu vou tocar na mãe, está bem?”, e quando estou a tocar no pai e na mãe já estou a tocar na criança para tentar perceber se ela está muito quente, se ela está fria. Está molhada, se não está».*

Durante estes procedimentos é importante não mentir, nem forçar (devem negociar) e transmitir isso à criança, para não se perder o elo de ligação que se criou, perdendo totalmente a sua confiança.

[<Arquivos\\T7>](#) - § 11 referências codificadas

*Referência 6 - «É importante não lhes mentir, porque as crianças ficam danadas quando nós mentimos, perdemos completamente a confiança que ela tem connosco».*

[<Arquivos\\E2>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 8 - «Não forçar. Nas crianças não devemos forçar, só mesmo em um último recurso, já ali, naquele limiar, senão devemos tentar sempre uma negociação».*

É ainda importante, realçar que os profissionais costumam explicar os procedimentos à população pediátrica, comparando situações, como podemos entender melhor na seguinte passagem construtiva:

[<Arquivos\\P3>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 7 - «(...) dissemos: olha não te vou dizer que não vai doer, mas vou dizer que é uma piquinha, já levaste alguma vacina? Tentamos que ele relacionasse ali, como fazemos um bocadinho no luto se ele*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*já perdeu alguém ou um gatinho, explicamos o luto a partir daí. E se a pessoa já levou uma vacina, se já esfolou um joelho (...) perceber o que é que ele já sentiu e relacionar a partir daí».*

Certos entrevistados, utilizam a estratégias de personalizar a sua abordagem.

[<Arquivos\E1>](#) - § 22 referências codificadas

*Referência 15 - «(...) aquilo que eu costumo dizer é: “olha eu tenho dois filhos e o meu filho chama-se F., e o F. também já partiu um braço. Estás a ver? Olha o F. também já caiu de bicicleta e olha o F. também já esteve assim muita febre. Olha a L. também uma altura...”».*

Outra estratégia usada durante as ocorrências é o profissional se apresentar, assim como explicar o que é o INEM e o motivo da sua presença.

[<Arquivos\P3>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) às vezes é mais fácil explicar na ótica das ambulâncias, dizer que sou uma psicóloga que anda na ambulância e explicar um bocadinho porque é que eu fui ali. Sei que que ele passou por uma situação muito difícil e que vim ali perceber como é que ele estava (...)».*

Existem também profissionais que utilizam a estratégia de fazer uma abordagem/aproximação por género.

[<Arquivos\E8>](#) - § 14 referências codificadas

*Referência 3 - «Muitas das vezes os meus TEPH's pegam lá nos carrinhos e eu peço nas Barbies e tentamos fazer uma aproximação muito por género (...)».*

A estratégia de aquecer o estetoscópio antes de o usar na criança, também é usada durante as ocorrências.

[<Arquivos\E8>](#) - § 14 referências codificadas

*Referência 7 - «Estetoscópios e afins aquecemos sempre em nós, e auscultamos na mamã, no boneco. Só depois é que pomos na criança».*

Os profissionais têm ainda o cuidado de “deixar” a criança decidir com qual dos profissionais prefere interagir (com qual se identifica e tem maior proximidade).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T1>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) muitas das vezes aquilo que acaba por acontecer é que quem acaba por criar uma relação mais empática com a criança até é a pessoa que está a conduzir..., às vezes não há aqui propriamente uma explicação (...) deixamos que seja um pouco a criança a decidir».*

Para além dessa estratégia, para que a criança se sinta mais à vontade e com confiança, os profissionais não a retiram do colo da mãe, ou seja, não a retiram da sua zona de conforto. Sendo que ainda realçam que o facto de terem filhos (ter experiência com crianças), facilita muito a abordagem durante as ocorrências (como já evidenciado nas dificuldades sentidas pelos profissionais).

[<Arquivos\\E1>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 7 - «(...) se for possível que a criança esteja ao colo do pai ou da mãe do que preferir (...)».*

[<Arquivos\\E6>](#) - § 15 referências codificadas

*Referência 3 - «Mas pronto basicamente, confesso que ser mãe ajuda muito mais! [risos]». Referência 4 - «Notei, notei muita diferença quando ia buscar crianças antes de ser mãe e depois de ser mãe!».*

Nos procedimentos mais invasivos, os profissionais tentam que sejam os elementos de referência a executar, para que não se “quebre a ligação” com a criança. Quando não é possível os profissionais têm ainda a sensibilidade/cuidado de tentar que o profissional que acompanhe a criança na célula sanitária, não seja o mesmo que execute os procedimentos mais invasivos (caso seja necessário fazê-los).

[<Arquivos\\T7>](#) - § 11 referências codificadas

*Referência 8 - (...) quando é preciso picar, peço à mãe para picar, porque se a mãe lhe magoar e fizer doer foi a mãe, ou é o pai! Se os pais não estiverem confortáveis pingo eu, o enfermeiro não o deve fazer. Porque depois quando eu passo para a frente, para a cabine da condução quem segue na célula sanitária é o enfermeiro (...) ele é o indivíduo que lhe fez mal (...)».*

Muitas crianças são curiosas, sendo importante os profissionais responderem às suas questões para que se sintam integradas na abordagem.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T7>](#) - § 11 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) há crianças que querem saber tudo. E são muitas, felizmente (...) é importante que elas se sintam esclarecidas e se sintam envolvidas naquilo que é o trabalho que nós estamos a desenvolver».*

Para colmatar algumas dificuldades sentidas, os profissionais também recorrem a materiais, como estratégia para facilitar a aproximação e intervenção pediátrica. Aquele que é mais usual e frequente é fazer uma espécie de balão com a luva e desenhar olhos e boca, funcionando bem em crianças mais pequenas (e como as luvas são coloridas ainda se tornam mais apelativas). Servindo muitas vezes como reforço positivo, premiando muitas vezes as crianças pelo seu bom comportamento.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 9 - «(...) às vezes pegamos numa luva (...) fazemos aquele balão e depois pomos uns olhinhos, pomos uma boquinha, e tal, e as crianças acham piada a isto. (...) depende muito da faixa etária (...) funciona bem com crianças mais pequenas. Eles acham piada, e até acaba por ser uma forma também de iniciarmos ali, algum tipo de relação mais próxima com elas e uma maior confiança (...)».*

[<Arquivos\\E8>](#) - § 14 referências codificadas

*Referência 9 - «(...) ainda por cima nós temos luvas de cores diferentes por isso dá para pôr um balão azul e uma luva/balão amarelo e depois dar para premiar o seu bom comportamento».*

Para além de fazerem desenhos na luva, também o podem fazer noutra tipo de material, como por exemplo, em talas.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 19 referências codificadas

*Referência 14 - «(...) depois o meu colega até desenhou uns olhinhos e tudo como se fosse no gesso. E pôs umas coisas. Pronto a gente também vai fazendo assim umas coisas (...)».*

Contudo alguns profissionais acham que o uso do telemóvel é muito mais apelativo para as crianças de hoje em dia, comparativamente ao uso da estratégia da luva.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) também, acredito que, nos dias de hoje, o telemóvel acaba por funcionar um bocadinho*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*melhor, a não ser que seja uma criança mesmo muito pequenina...então aí, nós enchemos uma luva (...)*».

[<Arquivos\\EI>](#) - § 22 referências codificadas

*Referência 18 - «(...) a criança hoje em dia aquilo que quer e aquilo que eu noto (não sei se é mau ou bom), mas cada vez que nós permitimos, depois de fazermos o que vamos fazer, é pegar no telemóvel da mãe!». Referência 19 - «Então vai a viagem muitas vezes com o telemóvel da mãe a ver um vídeo! E acaba por ser a técnica, acho eu, pelo menos, aquela que é a mais eficaz».*

Antes da pandemia (como já referido na categoria anterior) era frequente a existência de peluches dentro das ambulâncias, assim como nas dos bombeiros. Contudo devido à difícil desinfeção, neste momento é uma estratégia já não utilizada, apesar dos profissionais sentirem que tinha efeito bastante positivo.

[<Arquivos\\EI>](#) - § 22 referências codificadas

*Referência 21 - «Sim, basicamente aquilo que tínhamos eram peluches. Era uma coisa fácil de armazenar. Normalmente, dos meus filhos. Um peluche que já não ligavam, levava para lá».*

Durante este processo pandémico, os profissionais devido à obrigação de utilização de máscara, utilizam algumas estratégias para facilitar a abordagem às crianças, como pintar os lábios. Assim como usar determinados adereços alusivos, durante épocas festivas, por iniciativa própria.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 17 referências codificadas

*Referência 14 - «(...) toda a gente se habituou às máscaras...ao início era um choque (...) nós chegámos a pintar lábios nas nossas máscaras com marcadores vermelhos». Referência 16 - «(...) no dia de carnaval, por norma uso adereços nos dias festivos. Algumas coisas não podemos usar, mas se for com uma criança eu uso (...) tinha um nariz e uma bandolete (...) também uso, na noite e dia de Natal adereços! (...) acho que as crianças ficam maravilhadas! Normalmente não trago o nariz para casa porque fico logo sem ele (...) vão desaparecendo (...)!».*

Os pensos rápidos com motivos infantis são outra estratégia que funciona muito bem com a pediatria, no entanto, estes não são fornecidos pelo instituto, mas sim os profissionais que trazem para as ambulâncias.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E8>](#) - § 14 referências codificadas

*Referência 9 – (...) fora isso temos nos nossos bolsos desde pensos rápidos com bonecos que estão na voga. Assim aquilo que eu uso mais são os meus pensos milagrosos (...).*

Deixar que a criança ache que controla as sirenes e luzes da ambulância é mais uma estratégia implementada.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 9 - «(...) o meu companheiro TEPH passa a ser o motorista da ambulância e a criança vem cá atrás e ele é que manda no motorista. Portanto se ele disser que tem que tocar sirenes, o motorista tem que tocar sirenes (...).*

Ainda assim, em certos casos é importante os profissionais terem em atenção os estímulos visuais e sonoros.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 14 referências codificadas

*Referência 14 - «(...) a questão do ruído e do uso das luzes por exemplo. Essa é uma daquelas que eles já sabem que comigo as luzes em pediatria são as mínimas possíveis. E os estímulos visuais e os estímulos sonoros».*

Existem muitas crianças que ao contrário de outras, gostam de tudo o que seja pré-hospitalar (das ambulâncias, das fardas...).

[<Arquivos\\T6>](#) - § 11 referências codificadas

*Referência 9 - « (...)se nós entrarmos um bocadinho por aí normalmente as crianças adoram ambulâncias, bombeiros e essas coisas todas, e se nós dissermos vamos dar uma volta na ambulância, eles vão começando a ganhar confiança».*

Há profissionais que acabam por criar material para facilitar o seu trabalho, principalmente relativamente às questões com menor casuística, no que diz respeito aos procedimentos médicos.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T10>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 – «(...) criei tipo um manualzinho meu (...) a parte pediátrica muito específica, que entra desde o triângulo pediátrico, o que é que temos que ir à procura, quais são os sinais vitais...».*

A própria Escala de Dor das Faces é utilizada não só para monitorização da dor, mas também como forma de chegar mais facilmente à criança, por conter ícones mais direcionados para a pediatria.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 14 referências codificadas

*Referência 8 - «Até pela própria ação de ter bonecos não é só uma mera motorização da dor. É um focalizar que nós estamos a tomar atenção no que ela nos está a dizer, estamos a usar um brinquedo (algo mais didático), para que ela perceba que estamos a adaptar-nos àquilo que é a realidade dela e não estamos a falar linguagem de adultos. Nem estamos a usar ferramentas de adultos, eu costumo dizer muitas das vezes mesmo que a criança me diga que não tem dor eu uso na mesma. Porque efetivamente mais que não seja uma barreira de ganhar confiança (...).».*

Especificamente na UMIPE, existe uma mochila com material lúdico para a pediatria (embora seja utilizado com menor frequência, pois são utilizados apenas em contextos específicos):

[<Arquivos\\PI>](#) - § 17 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) nós temos uma mochila de intervenção psicossocial (...) desenhos para colorir, estou a falar de lápis de cor, mas normalmente isto é mais utilizado quando estamos em intervenção psicossocial, situações específicas em que há muitas crianças, portanto é um contexto diferente (...).».*

Ainda na UMIPE os profissionais possuem folhetos psicoeducativos, sobre diversas temáticas que acabam por socorrer para entregar às vítimas e pessoas envolvidas. Apesar de terem um folheto (Covid-19) para a pediatria, os restantes são mais direcionados para os adultos.

[<Arquivos\\PI>](#) - § 17 referências codificadas

*Referência 13 – «(...) temos as brochuras e os tais flyers (...) sobre a ansiedade, pânico, burnout e morte inesperada de familiar (...) situações de exceção, suicídio e violação, e abuso sexual. (...) fizemos um também no âmbito da Covid-19 (...) no fundo era ajudar a criança a lidar com o medo ou com a ansiedade que o vírus poderia estar ali a causar (...).» Referência 15 - «É como se fosse uma historiazinha (...) são duas bonequinhas que falam sobre COVID, sobre a segurança, sobre as medidas de segurança (...).».*

[<Arquivos\\P2>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 10 - «(...) nós não temos folhetos criados para as vítimas pediátricas».*

Desta forma, a maioria das vezes os profissionais têm que improvisar estratégias, devido às dificuldades já mencionadas anteriormente: inexistência de material mais apelativo para a pediatria e pela imprevisibilidade que este tipo de atendimento pressupõe.

### **Subcategoria Especificidades do tipo de atendimento**

Como foi possível verificar nas passagens construtivas anteriores, o atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica transporta uma série de especificidades que o tornam tão peculiar e de difícil gestão (indo ao encontro das dificuldades anteriores sentidas pelos profissionais). É caracterizado por ser um atendimento rápido, emotivo e imprevisível.

Rápido e ágil são então características intrínsecas a este tipo de atendimento, em que muitas das vezes não existe tempo suficiente para a criação de uma relação empática principalmente se se tratar de uma vítima pediátrica.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) a trabalhar no pré-hospitalar, temos de trabalhar de forma sempre muito ágil e muito rápida (...)».* Referência 2 - «Muito prático, muito direto». Referência 3 - «(...) é uma área que pelas características do nosso atendimento, nós estamos muito pouco tempo com as pessoas (...) durante meia hora/uma hora e depois seguimos em frente, e vamos fazer, vamos prestar socorro a outra pessoa».

Por se tratar de ocorrências que envolvem crianças, estes atendimentos acabam por possuir uma carga emotiva muito superior comparativamente aos atendimentos a vítimas adultas.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 14 - «(...) costume dizer, que as pessoas têm receio de ir para emergência pediátrica, só pelo nome pediatria. Não é a ocorrência que é diferente. A dispneia é sempre dispneia, a convulsão é sempre convulsão. É o outro lado, é o lado, digamos, emotivo da situação, porque o protocolo mais fácil é o da PCR, quer seja adulto, quer seja em criança. Mas o facto de ser uma PCR em criança (...) é a tal coisa, depois muda aqui o chip e isso já altera muito (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Imprevisível como toda a emergência pré-hospitalar é, não sabendo o profissional se quando chegar ao local da ocorrência as informações fornecidas previamente correspondem ou não à realidade. Tratando-se de um atendimento pediátrico esta imprevisibilidade é ainda superior, pois cada ocorrência é diferente e com uma complexidade superior pela carga emotiva que transporta (como referido anteriormente). Desta forma, os profissionais devem sempre pensar no “pior cenário” para estarem “preparados” para a ocorrência, pois normalmente na pediatria só existem duas opções: ou a ocorrência é muito grave ou não é grave de todo.

[<Arquivos\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 16 - «E pediatria é isto, é ter a consciência que não há respostas certas, nem há respostas erradas (...) há é caminhos mais facilitadores do que outros».*

[<Arquivos\E12>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) pensar sempre na pior delas (...) uma coisa que a gente aprende com a pediatria é que é tudo ou nada! Ou realmente é pior do que aquilo que nos estão a passar ou efetivamente a gente chega lá e não se passa nada (...) e as crianças nisso são as coisas mais simples que há!».*

É um atendimento em que os motivos de acionamento podem ser trauma, súbita ou gravidez, embora a sua casuística, regra geral, seja reduzida (um dos motivos que faz com que os profissionais se sintam menos tranquilos nestas ocorrências).

[<Arquivos\T5>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) temos a pediatria classificada em 3 passos: o parto, que tem uma parte pediátrica; uma queda, que é um trauma; ou uma emergência pediátrica, que são doenças súbitas por norma».*

[<Arquivos\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 10 - «(...) quando vou para situações pediátricas, eu vou na mesma com as mesmas borboletas na barriga e com as mesmas sensações estranhas, porque a casuística é muito baixinha».*

A comunicação na pediatria está também relacionada com o contexto, e não é só dirigida à criança, fator ainda mais notório nos meios diferenciados.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 14 - «(...) a maior parte das vezes a comunicação é com o contexto. E não é com a criança em si, logo. Normalmente, as entrevistas dirigidas à criança, já é uma criança na fase da sua adolescência (...) a comunicação nas outras faixas etárias nunca é só com a criança, mas também pelo contexto. E o contexto tem tantos fatores, (...) que não pode ser assim uma coisa tão prática e protocolar (...).»*

Os profissionais devem ter em conta que vão ser os primeiros profissionais a intervir com a criança, mas não serão os últimos, pelo que a abordagem à criança no pré-hospitalar vai influenciar posturas/comportamentos futuros (nos atendimentos seguintes). Pelo que é importante nunca esquecer como a criança se encontrava inicialmente, sendo importante o uso de uma linguagem universal.

[<Arquivos\\T10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) sempre acreditei na emergência hospitalar como uma cadeia (...) e essa sequência tem de ser sempre mantida porque se alguém quebra aquele elo, quem vem a seguir já não consegue fazer nada ou é muito mais difícil e vão perder muito mais tempo (...).» Referência 2 - «(...) tentar perceber que aquela criança quando chegou ao hospital já ia muito melhor do que vinha (...) na chamada como é que a criança estava? (...) chegou a equipa de emergência médica (...) melhorou? Sim ou não? Pronto se melhorou vamos começar a subir a escada (...) acho que é tudo feito pelas escadinhas».*

Sabe-se que o atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica, é diferente consoante os meios de emergência que são acionados. Sendo que na maioria das ocorrências pediátricas são acionadas as Ambulâncias de Emergência Médica (AEM) (meio não diferenciado). Em que o atendimento é realizado por dois TEPH, e a intervenção é balizada por protocolos. Este meio normalmente é acionado devido a traumas.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 2 - «Aquele serviço das ambulâncias de suporte básico, é à vontade setenta por cento ou mais...». Referência 3 - «Muito, porque é todas as coisas..., os simples traumas. E mesmo em termos de algoritmo de triagem no CODU, para os simples traumas, não vão meios diferenciados, vão meios básicos».*

Enquanto que nas SIV e VMER as situações normalmente são mais críticas, em que a percentagem de motivos de acionamento inverte comparativamente à AEM, ou seja, a maioria das ocorrências é devido a doenças súbitas. Estas diferenças relativamente aos meios, ao estado da criança, e até relativamente à casuística vão influenciar a comunicação, devendo a comunicação ser analisada de acordo com estes pontos.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nas SIV's e nas VMER's, nós vamos muito para situações críticas (...). Referência 4 - «(...) a percentagem (...) nos meios diferenciados é maior em emergências médicas (...) estamos a falar de mais de oitenta por cento em doença súbita e o resto trauma. E a percentagem inverte mesmo». Referência 5 - «A comunicação não pode ser analisada de forma simples, tem que se perceber: a casuística, o tipo de situação clínica da criança como um todo, e os níveis de saber fazer do operacional».*

Por isso, de acordo com as diferenças em relação ao motivo de acionamento (traumas e doenças súbitas) é provável que os TEPH sintam maior dificuldade na comunicação por causa de uma série de fatores comparativamente aos Enfermeiros e/ou Médicos. Um dos fatores é por a sua intervenção se basear em protocolos, podendo ser necessário “forçar” a criança a algum procedimento mais invasivo, enquanto que os profissionais nos meios diferenciados (VMER ou SIV) têm capacidade de juízo clínico para decidir isso (existem diferenças nos níveis de responsabilidade dos profissionais). A atuação dos profissionais varia conforme o protocolo.

[<Arquivos\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) mesmo para nós operacionais, a experiência na comunicação é diferente. Acredito, que os meios mais básicos sintam mais dificuldades, porque o protocolo em trauma obriga a imobilizar e o técnico é pensamento protocolado (...) e o obrigar uma criança a fazer alguma coisa, já gera dificuldades. Enquanto que o meio diferenciado, consegue diferenciar a urgência ou a necessidade de o fazer. (...) e enquanto o médico ou o enfermeiro, tem essa capacidade de juízo clínico e consegue decidir isso, um bombeiro e um técnico não (...) porque isto, tem a ver com os níveis de responsabilidade e não apenas da comunicação, ou seja, são aqui vários fatores. (...) é natural que haja mais dificuldades de estabelecer, digamos, uma relação de empatia com meios menos diferenciados, devido à obrigação clínica, do que em meios não diferenciados. (...) são os tais fatores indiretos (...).»*

Por isso, é importante distinguir as ocorrências básicas (bombeiros e AEM) das ocorrências diferenciadas (VMER e SIV), em que muda a casuística e por consequência a forma de comunicação.

[<Arquivos\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) e dentro do extra-hospitalar, tem que se distinguir as ocorrências básicas dos bombeiros, dos socorristas e dos TEPH's, das ocorrências diferenciadas SIV e VMER. Porque a casuística muda muito e a forma de comunicação também (...).»*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Na maioria das situações pediátricas em ambulâncias SIV e VMER a comunicação é essencialmente com a envolvimento e não com a criança em si, pois muitas das vezes esta está inconsciente.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 16 referências codificadas

*Referência 11 - «(...) meios diferenciados na área médica, muitas das vezes, não é para a criança em si, mas para a envolvimento e o respeito pelos outros lados. Em termos de comunicação mesmo (...) muitas vezes vamos para crianças inconscientes, adolescentes etilizados».*

A própria abordagem vai modificar conforme o local da ocorrência (contexto), ou seja, se a abordagem é realizada na ambulância ou em domicílio (não sendo concordante onde a mesma é mais facilitadora). Assim como vai depende do que o CODU transmita ao profissional para fazer, pois no caso das ambulâncias SIV são os bombeiros os primeiros a chegar, podendo a vítima já não se encontrar no local onde se encontrava inicialmente, devido às orientações prestadas pelo CODU. Se bem que no caso de trauma, a vítima deve permanecer no local até à chegada dos profissionais.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 3 - «(...) normalmente nós apanhamos ainda os traumas no local em si. Depois também depende da abordagem que o CODU faça com os bombeiros, se dá indicação ou não para sair do local. (...) se estiverem na rua, para terem esse ambiente mais calmo e resguardado, levam as crianças para dentro da ambulância e nós fazemos depois a abordagem dentro da ambulância (...)».* Referência 4 - «(...) de acordo com algumas literaturas é mais fácil abordar a criança no seu seio familiar (...). Se bem que também temos literatura que nos diz que não devemos fazer alguns procedimentos nessas zonas de conforto. (...) há quem defenda uma coisa e há quem defenda a outra».

No acionamento então de uma ambulância SIV, VMER e/ou HELI, é em simultâneo acionada uma ambulância PEM ou uma ambulância de socorro normal (caso não esteja disponível a PEM), com o objetivo de “encurtar” o espaço/tempo até ao local da ocorrência (intitulado por rendez-vous). As ambulâncias de socorro vão então ao encontro dos meios diferenciados. Os profissionais que estão associados a meios diferenciados não urbanos acabam por realizar a maior parte dos seus acionamentos desta forma (em contexto rua/ambulância).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Para além desse objetivo (de tornar o atendimento mais rápido), é ainda objetivo poder ser efetuado uma triagem, em que é necessário a ocorrência ser considerada prioridade máxima (P1), para que seja transportada pelos profissionais do INEM, caso contrário, é transportada pelos bombeiros, de forma a que o meio diferenciado fique livre.

[<Arquivos\\EI>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) aquilo que está programado é acionada a SIV ou a VMER, ou o helicóptero e é acionado também o corpo de bombeiros que está mais perto. Isto faz com que, nós algumas vezes temos localidades que estamos a mais de uma hora de distância (...). O que significa que o primeiro meio a chegar ao local são sempre os bombeiros e salvo situações muito raras, o que acontece é que eles avaliam, dão dados e iniciam o transporte, de forma a encurtar o tempo de resposta diferenciada (...).» Referência 3 - «(...) a triagem (...) acaba por aqui incluir um número que corresponde então a uma prioridade máxima, um P1 e depois quando nós chegamos lá, felizmente, acaba por não ser isso que está traduzido e aquilo que acontece é que os bombeiros depois transportam e a SIV acaba por ficar disponível (...).»*

Algumas ambulâncias que pertencem ao instituto não se adaptam de forma completa aos serviços dos profissionais, sentido estes, que o seu trabalho não é facilitado, quando têm que usar uma marca específica de ambulância, pela forma como foi "construída", ou seja, pelas suas características que não se ajustam de forma tão adequada ao serviço.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Eu digo isto muitas vezes, Stefanie, a Iveco “é uma verdadeira traineira em alto mar!”».*  
*Referência 3 - «Porque abana muito e as macas vão no chão!».*

Para além disso, neste contexto de emergência pré-hospitalar, não é possível o transporte de cadeiras nas ambulâncias. Existe uma “cadeira” nos meios que tem apenas como objetivo facilitar no transporte da vítima do local da ocorrência para a maca (caso se justifique). Quando a vítima possui uma cadeira específica, e não é possível transportá-la na maca (pois tem um posicionamento específico), tem de ser transportada pelos bombeiros.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nós temos uma cadeira, mas serve apenas e só para retirar a pessoa de dentro de casa para a maca da ambulância». Referência 2 - «Se a pessoa anda e não tem nenhuma condição que o impeça de andar, (...) a pessoa anda até à ambulância. Se tiver algum condicionamento que o impeça, (...) e ela precisa de vir em cadeira, não vou passá-la para a nossa cadeira fixa, vou passá-la diretamente para a maca (...) no caso daquela criança, a cadeira já tinha um posicionamento específico, a cama também era*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*articulada, era preciso levar várias almofadas... a mãe é que estava habituada a deitá-lo e disse logo que nossa ambulância não tinha condições para o transportar. Portanto, transportando-o na minha ambulância iria agravar o quadro da criança». Referência 3 - «(...) a dos bombeiros» [quando a vítima tem que ser transportada na sua cadeira de rodas, o transporte tem que ser realizado com os bombeiros].*

Ainda de acordo com os níveis de responsabilidade dos profissionais, numa SIV o TEPH não tem a responsabilidade de efetuar a abordagem à criança, uma vez que, nunca é o Team Líder. Contudo, como o enfermeiro é responsável por uma série de outros procedimentos, existe abertura para o TEPH também realizar a abordagem à criança.

[<Arquivos\\T7>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) se bem que nós nas SIV's (...) não somos o team líder (...) essa função acaba por ser na teoria um pouco do enfermeiro. Obviamente que o enfermeiro tem outras coisas para fazer para além de estar a abordar a criança. Também tem registos para fazer, tem outras coisas em que pensar, nomeadamente nas dosagens pediátricas, que é um bicho de sete cabeças (...) a sua atenção que tem que estar redobrada em muitas vertentes e muitos vetores, deixa-nos de alguma forma possibilidade de interagirmos com as vítimas pediátricas».*

### **Subcategoria sinais de abuso sexual vs. maus tratos**

Outra questão importante durante as ocorrências é o profissional estar atento a possíveis sinais de violência/maus tratos e até de negligência, sendo importante os profissionais compreenderem a “história” que é transmitida para entender se a mesma se confirma nas lesões que são encontradas, e através da recolha de informação que vão recolhendo.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) tenho bastante cuidado nas ocorrências (...) perceber o que é que me contam, perceber se vai ao encontro das lesões encontradas, quer sejam lesões traumáticas, quer sejam lesões da área da emergência médica (...) perceber se a agudização do estado clínico da criança faz sentido com a história que me contam (...) nós temos que perguntar: (...) o que é que já fez em termos de medicamentos? O que é que fez nestes dias anteriores? Como é que andou nestes dias anteriores? Porque também se acaba por tentar identificar, se houve negligência passiva ou ativa (...) na área da criança a mim, o que mais me preocupa, é despistar situações de abuso. Maus tratos todos eles, não apenas o físico nem o psicológico, mas também a negligência (...)».*

Quando os profissionais suspeitam de algum sinal deste tipo, devem transmitir essa informação ao médico regulador do CODU, sem que os Elementos de Referência se apercebam. Em casos que o transporte é recusado pelos pais e é necessário a criança ir ao hospital, é acionada a Polícia Judiciária (PJ) ao local. Nos casos em que se efetua o

transporte a informação preliminar de suspeita de violência e/ou maus tratos é transmitida à unidade hospitalar pelo CODU.

[<Arquivos\EI2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) eu não posso transmitir ou dar a entender ao pai que eu desconfio disso, senão vai-me comprometer. Temos que fazer sempre uma passagem de dados ao médico regulador (...) nós temos que nos basear naquilo que a gente vê, e o que eu vejo é o quê? Hematomas, contusões, feridas (...). Se porventura (...) é uma criança que precisa de ir ao hospital e que o pai recusa. Como é óbvio é um menor. Se for uma situação que precisa mesmo e a salvaguarda da vida humana neste caso a criança prevalece. Ai sim a autoridade vai para o local e a criança é transportada. (...) quando chegamos à unidade hospitalar é novamente passado ao colega, se bem que já está notificado previamente por o médico regulador e depois na unidade hospitalar eles entram contacto com os meios, neste caso com o apoio à criança ou mesmo com a PJ se for o caso disso (...)».*

#### iv. Categoria 4 - Atendimento a vítimas PEDIÁTRICAS ESTRANGEIRAS

Tabela 39. Subcategorias da Categoria 4

| Categoria 4. Atendimento a vítimas Pediátricas estrangeiras |                   |
|---|-------------------|
| Subcategorias   | Nº de referências |
| 4.1. Frequência/experiência profissional                    | 43                |
| 4.2. Procedimentos, estratégias e material utilizado        | 170               |
| <b>Nº total de referências</b>                              | <b>213</b>        |

**Objetivo 2.5. Compreender como funciona o processo de comunicação entre os profissionais de emergência médica e crianças estrangeiras;**

##### **Subcategoria frequência/experiência profissional**

Como o atendimento a vítimas pediátricas é de baixa casuística, a **frequência/experiência profissional** relativamente ao atendimento a vítimas pediátricas estrangeiras, ainda é menos frequente. Contudo, existem zonas geográficas do país onde o mesmo é mais frequente, por se tratar de zonas turísticas, principalmente em determinadas épocas do ano. Nesses locais, regra geral, os profissionais dominam o inglês pela frequente necessidade da sua utilização.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\E1>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Crianças estrangeiras? Muito pouca frequência. (...) tenho ideia de ter estado a falar com uma criança (...) nós estamos numa zona muito turística (...) aqui na zona do Douro, Lamego, Régua... daí também esta facilidade em falar inglês! (...)».*

[<Arquivos\E12>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) aqui no Algarve é normalíssimo... [risos]»; Referência 2 - «Depende é sazonal. Se for no verão existe uma grande taxa de saídas para estrangeiros, no inverno é maioritariamente portugueses».; Referência 3 - «(...) talvez aqui chegando a maio, começamos a ter. Eu agora assim rapidamente não me lembro da última situação que eu fui para um estrangeiro. Acho que foi na VMER e já deve ter para ai uns, três, quatro meses que eu fui para uma criança (...) não é muito frequente. Agora, no inverno».*

Sendo que existem vários profissionais que nunca experienciaram nenhuma ocorrência pediátrica com uma vítima estrangeira, apenas com adultos.

[<Arquivos\P2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) que eu me recorde em nenhuma das minhas ocorrências (...) nunca tive nenhuma situação envolvendo vítimas estrangeiras». Referência 3 - «(...) mas tive com adultos».*

Outros profissionais apesar de terem tido experiência com crianças estrangeiras, foi noutros contextos, como por exemplo, na recolha de colheitas biológicas COVID.

[<Arquivos\E3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) pediátricas estrangeiras neste sentido da recolha de colheitas biológicas do COVID. Nós temos feito imenso. Eu fui à receção dos refugiados, dos que vieram do Afeganistão. Temos feito muitos voos, acaba por haver muitas crianças a nível internacional (...)».*

### **Subcategoria procedimentos, estratégias e material utilizado**

Ainda no atendimento a crianças pediátricas estrangeiras, existem determinados **procedimentos, estratégias/materiais utilizados**, na abordagem.

Tal como no atendimento a crianças de nacionalidade portuguesa, a abordagem à criança estrangeira é executada recorrendo a diversas estratégias, sendo que não há nenhuma estratégia específica para esta população de exceção (as estratégias utilizadas são essencialmente as mesmas).

[<Arquivos\\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - « (...) a estratégia é a mesma (...) a nossa abordagem é a mesma, estrangeira, ou não estrangeira (...). A conversa é que pode mudar. Olha gostas de Portugal? Não gostas de Portugal? (...)».*

Também nesta população específica subsiste uma estratégia que é fundamental, que é recorrer ao Elemento de Referência, pois o atendimento a esta população específica poderá desencadear maior dificuldades aos profissionais devido à barreira linguística, dificultando na recolha de informações pertinentes e na própria interação.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) isso vai colocar aqui um fator de stress adicional. Provavelmente iria-me socorrer muito mais dos pais, percebendo que não vou conseguir ganhar a confiança da criança, porque não tenho as ferramentas linguísticas de momento».*

Contudo, os profissionais realçam diferenças entre as crianças de nacionalidade portuguesa versus nacionalidade estrangeira, assim como salientam diferenças na interação da criança com os seus progenitores (realçando que a abordagem por vezes será mais fácil à criança estrangeira, pois regra geral, conseguem estar mais sossegadas do que as portuguesas), mesmo quando os profissionais têm que efetuar procedimentos mais invasivos.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) as crianças estrangeiras são muito menos “apegadas” aos pais, não têm tanto aquela necessidade de ir para o colo ou agarrarem-se às pernas dos pais». Referência 3 - «(...) estão muito mais sossegadas, não andam a correr de um lado para o outro, ou a empurrar cadeiras, como as nossas (...) estão ali ao lado dos pais, sossegadas, seja de que idade for (...) acabamos por ter muito mais facilidade em falar com elas, mesmo aquando de uma intervenção invasiva (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) com os progenitores, nota-se a diferença». Referência 3 - «(...) eles são mais, não sei se a palavra “frio” é a mais adequada, mas existe diferença sim» [Os pais portugueses são mais protetores].*

Assim os profissionais realçam a necessidade de intensificar a comunicação não-verbal (através do sorriso, da brincadeira, das expressões faciais, (...)), assim como estão sensíveis às diferenças culturais que possam existir.

[<Arquivos\T7>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) há determinadas coisas que são universais, como o sorriso, ou as brincadeiras (...) de momento estamos limitados por causa da questão das máscaras, nomeadamente de nós para eles (...) obviamente que as diferenças culturais que podem existir poderão permitir isto ou não (...)».*

[<Arquivos\E9>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «Eu acho que a empatia consegue sempre ser demonstrada com um olhar, com um gesto e acabamos por conseguir transmitir, neste caso aos pais, sempre algum conforto ou fazê-los sentir que nós chegámos para ajudar e tentar desmistificar ali aquele problema, mesmo não percebendo foneticamente o que seja, mas tentar percebê-lo pelo que todos nós observamos».*

Caso os profissionais, não dominem o idioma da criança e dos pais, ou até mesmo se os últimos não estivessem presentes ou em condições de prestar informações, tentariam recorrer a alguém que pudesse ser tradutor (até oficial do próprio consulado). Dentro da comunicação não-verbal, os profissionais iriam recorrer à estratégia de demonstrar/antecipar os procedimentos que iriam ter que realizar. Já se a ocorrência fosse na UMIPE, iria ser ainda mais desafiador, uma vez que, o grande instrumento de trabalho destes são as palavras, tendo que ficar apenas pelas questões emocionais.

[<Arquivos\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) perceber se tinha alguém que conseguisse traduzir, algum intérprete (...) algumas vezes oficiais do próprio consulado, outras vezes pessoas da mesma nacionalidade (...) não sendo possível teria que obviamente ser uma linguagem não-verbal (...) sobretudo com muito cuidado com as expressões faciais, e, portanto, tentando estabelecer algum tipo de relação. E tentando explicar obviamente através de gestos (...) podíamos por exemplo exemplificar (...) na parte psicológica, claro que isto seria uma dificuldade, porque aqui obviamente, o nosso grande instrumento são as palavras (...) ficaríamos só pelas questões emocionais (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Sendo que a primeira barreira linguística pode ser logo com os Elementos de Referência da criança, este fator pode dificultar indiretamente a abordagem à criança, pois caso a criança perceba que os pais não estão a entender os profissionais, pode transmitir insegurança e stresse à criança.

[<Arquivos\\T10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) agora com a imigração de pessoas que não falam totalmente nem português, nem inglês, é muito complicado e a primeira barreira é com os pais e se eles percebem que os pais não estão a perceber nada ainda é pior. É muito complicado».*

Em último recurso, caso não haja ninguém para traduzir e os profissionais não estejam a conseguir “chegar à criança”, iniciam o transporte até à unidade hospitalar.

[<Arquivos\\T9>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «Olhe sinceramente não sei o que é que eu ia fazer à minha vida [risos]. Acho que acabava por pegar na criança e levá-la para o hospital».*

Se se tratar de uma criança mais pequena os profissionais recorrem à comunicação não-verbal (a algo mais físico), enquanto que se se tratar de uma criança mais velha os profissionais podem recorrer ao uso do telemóvel, nomeadamente ao *Google Tradutor*.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) se fosse uma criança mais (...) pequenina 3/4 anos, 5 anos (...) aí a aproximação, a nossa postura, a nossa colocação relativamente a ela, tentar perceber visualmente e através mesmo do TAP quais é que poderão ser as queixas e que de forma é que ela está, e depois aos poucos ir-me aproximando dela. Se for uma criança mais velha (...) aí sim iria tentar de alguma forma comunicar com ela (...) o computador e o telemóvel permitem-nos fazer aqui alguma ponte nem que seja mesmo em termos de tradução. Já não seria a primeira vez que escrevia no Google e traduzia (...)».*

Recorrer ao desenho, também seria uma estratégia que poderia ser utilizada, no entanto, os profissionais não têm acesso a esse tipo de material nas ambulâncias.

[<Arquivos\\T3 >](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) fazer desenhos ou qualquer coisa, não é, para mostrar o que nós queremos perguntar. Mas nós na ambulância não temos realmente assim também muitos sítios onde escrever nem...se ele estivesse com ele uma folha, um papel, algo onde pudéssemos desenhar para tentar comunicar».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Outra estratégia implementada é comunicar e usar o toque, mesmo em casos que a criança possa não estar responsiva e fazer com que ela perceba que os Elementos de Referência estão presentes.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) foi uma convulsão febril e de ausência (...) a criança estava de olhos abertos e não comunicava (...). Os bombeiros não falavam francês, os pais mal falavam português e então quando me viram aquilo parece que foi um “anjo vindo do céu”. A criança nunca me falou (...) mas foi importante para comunicar com a mãe». Referência 2 - «(...) tentei manter o francês com língua contínua (...) mesmo que ela não me falasse (...) a mãe não pôde ir atrás conosco porque eu estava a precisar da ajuda do bombeiro (...) o bombeiro ficou comigo e a mãe ia à frente (...) houve a preocupação sempre de tentar usar o toque para mostrar à criança que ela estava segura (...) mostrar que a tua mãe está aqui, tipo tentar abrir o vidro, e ela tentar falar para ele perceber que a mãe estava».*

Também no CODU o atendimento das chamadas a pessoas estrangeiras é desafiante, pois existem pessoas que não dominam de todo a língua portuguesa, contudo os profissionais têm vindo a conseguir dar resposta.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) atendemos muito chamadas de pessoas que só falam inglês (...) mesmo na rua. Mas é que às vezes não há forma mesmo, as pessoas não falam inglês ou não falam francês, não dizem nada em português. Situações caricatas como estarmos com uma tradutora a tentar traduzir (...)».*

Uma das ferramentas que o INEM tem para usar com a população estrangeira, é o Manual Multingue. Contudo o mesmo não está adaptado para a população pediátrica, mas sim para a adulta. Relativamente ao seu conhecimento e utilização, a maioria dos entrevistados não conhecia este material (e por consequência nunca o utilizou). Contudo apesar de alguns profissionais até conhecerem o material, nunca o utilizaram (apenas foi utilizado por 3 entrevistados), porque nunca sentiram essa necessidade e/ou por não ser funcional. Nenhuma destas utilizações foi com a população pediátrica.

[<Arquivos\\T1 >](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Assim de repente não». Referência 2 - «Eu não conheço o Manual. Desconhecia que existia (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P2>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 1 - «Lá está, eu nunca tive nenhuma situação em que tivesse que o utilizar...».

Os profissionais realçam que o Manual Multilingue tem diversas desvantagens e que não é muito funcional, pois nos dias de hoje existem ferramentas mais práticas e ajustadas. E que apenas poderiam eventualmente usá-lo com crianças mais velhas que já saibam ler (usando estas estratégias obviamente apenas em situações em que os profissionais tenham tempo para o fazer, em que não existem prioridades que se sobreponham), caso contrário será a partir da comunicação não-verbal.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 1 referência codificada

Referência 1 - «(...) vou-lhe ser sincera... não, não, não! Sei que está acessível, mas não consigo...devido à sua extensão, ao seu peso, eu não consigo mobilizá-lo para atuar na prática. (...) não é algo prático que eu consiga numa situação ter o discernimento se calhar de o ir procurar aí...».

[<Arquivos\\E8>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 1 - «Sim para adultos (...) foi inventado quando não havia telemóveis, felizmente a malta agora acaba por usar o Google Tradutor (...) o Multilínguas tem a questão de não ter som. E as opções que nós temos neste momento de tradução permitem-nos além de nós escrevermos, ele lê e verbaliza!». Referência 2 - «(...) conseguimos um Multilínguas em tempo real ainda por cima com a fonética associada (...)».

## v. Categoria 5 - Atendimento a vítimas PEDIÁTRICAS com NE

Tabela 40. Subcategorias da Categoria 5

| Categoria 5. Atendimento a vítimas pediátricas com NE |                   |
|---|-------------------|
| Subcategorias   | Nº de referências |
| 5.1. Frequência/experiência profissional              | 46                |
| 5.2. Procedimentos, estratégias e material utilizado  | 75                |
| 5.3. Dificuldades sentidas                            | 34                |
| 5.4. Atendimento a vítimas pediátricas que usam LGP   | 57                |
| <b>Nº total de referências</b>                        | <b>212</b>        |

**Objetivo 2.6. Analisar como funciona o processo de comunicação entre os profissionais de emergência médica e crianças com NE;**

**Subcategoria frequência/experiência profissional**

Como já foi possível verificar o atendimento a vítimas pediátricas é de baixa casuística, sendo que a **frequência/experiência profissional** relativamente ao atendimento a vítimas pediátricas com NE, ainda é menos constante.

[<Arquivos\E2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Em termos estatísticos, números, nós não temos muitos, mas não é uma coisa muito frequente, é de longe a longe, há bastante tempo que não tenho assim nenhuma criança com necessidades especiais ou com deficiência...já há algum tempo!».*

Ainda assim dentro da baixa casuística da pediatria, há quem tenha a opinião que os atendimentos a crianças com NE são frequentes.

[<Arquivos\E1>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) eu atrevo-me a dizer frequente até. São crianças com patologias de base, algumas significativas outras não, mas já tive algumas por isso atrevo-me a dizer que é frequente».*

[<Arquivos\T1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) não é propriamente baixo..., mas 15 a 20 % dos transportes pediátricos, são transportes e intervenções pediátricas de crianças com algum tipo de deficiência (...)».*

Contudo, estas ocorrências são mais frequentes com crianças com muitas comorbidades.

[<Arquivos\E4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) como estava a dizer, a maior parte das nossas ocorrências são para crianças com muita comorbidade» [em meios SIV].*

A maioria dos entrevistados já teve experiência com crianças com NE, no entanto, apenas com frequência muito pontual. Ainda assim existem profissionais que nunca experienciaram um atendimento a uma criança com NE.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T9>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Que eu me recorde só tive um, e era uma criança já com dezasseis ou dezassete anos, já era quase um adulto (...) acho que foi a única ocorrência».*

[<Arquivos\\P4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «É possível ao longo destes anos todos, mas que me tenha ficado assim na memória confesso que não, e se não ficou na memória foi porque não houve dificuldade na comunicação».*

Alguns exemplos de ocorrências de crianças com NE que os profissionais experienciaram foram crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Trissomia 21, Paralisia Cerebral, entre outras.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) uma criança jovem com perturbação de espectro do autismo e depois tive crianças já com défice cognitivo em que não eram as vítimas, obviamente primárias, mas eram crianças que estavam no local, cujo neste caso, o pai tinha morrido».*

[<Arquivos\\T11>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Já, trissomia 21, autismo, paralisia cerebral daquelas já mesmo muito dependentes que estão mesmo acamadas e que têm muita dependência (...)».*

### **Subcategoria procedimentos, estratégias/material utilizado**

Ainda no atendimento a crianças pediátricas com NE, existem então determinados **procedimentos, estratégias/material utilizado**, na abordagem. Tal como no atendimento a crianças de nacionalidade portuguesa e no atendimento a crianças estrangeiras, a abordagem à criança com NE é idêntica, recorrendo a diversas estratégias, sendo que mais uma vez, não existe nenhuma específica para esta população de exceção (as estratégias utilizadas são essencialmente as mesmas).

[<Arquivos\\T8>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) eu iria abordar a criança da mesma forma com que abordo outra criança e iria tentar esperar o resultado. Na verdade, seria assim mesmo».*

[<Arquivos\\E9>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - «Eu avalio uma criança, tanto como uma criança autista, como uma criança com perturbações do comportamento, como uma criança perfeitamente normal, avalio-a sempre da mesma maneira, de acordo com as adaptações que se têm de fazer logicamente (...).»*

Mais uma vez, nesta população específica subsiste uma estratégia (como já podemos analisar anteriormente), que ainda se torna mais essencial, ou seja, recorrer ao Elemento de Referência (até para conseguirem compreender o que é ou não normativo na criança).

[<Arquivos\\E1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) vou tentar obter validação por parte do cuidador (...) e fazer dele uma ferramenta tremenda. (...) repare que para a criança normal já o é, mas ali é muito mais, porque uma criança que não fala e tudo isso ainda é mais difícil. Depois tem um exame neurológico já comprometido à partida (...) válido muito aquilo que eles percebem, e tento validar depois com o pai ou com a mãe ou o elemento de referência (...) aquele binómio cuidador criança ainda se torna mais evidente!»*

[<Arquivos\\E3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) uma vítima pediátrica com algum grau de deficiência, normalmente nunca está só, tem sempre alguém. E depois há sempre algumas particularidades seja na comunicação, no toque que as pessoas de referência já sabem como é que ela reage (...) e os pais já sabem se ele está a respirar assim, ou se se está a posicionar daquela forma é porque está com dor. Portanto essa avaliação, acho que não há ninguém que conheça melhor aquelas crianças do que os progenitores ou os cuidadores (...) passa muito por esse feedback que nós vamos beber deles (...) muitas, já estão acamadas, já têm um grau muito grande..., o que não impede de nós não falarmos e explicar tudo exatamente a eles. Mas sem dúvida que aí o papel do cuidador é fundamental»*

As crianças com NE, muitas das vezes não têm percepção do que está a acontecer, podendo ser a abordagem à criança mais facilitada, e pelo facto de já estarem habituadas/expostas a procedimentos médicos.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «E aí muitas vezes eu tenho a ideia de que estas crianças, se calhar, até muitas delas deixam que a abordagem seja feita se calhar mais facilmente, talvez por não perceberem tão bem o que é que se está a passar (...).»*

[<Arquivos\\E10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) se for uma criança com o quadro de exaustão respiratória, não vai responder-me a qualquer tipo de questão e vou abordá-la sem qualquer tipo de problema. Se for uma criança que está acordada e tem uma agudização do seu quadro respiratório de forma moderada e ela precisar de ajuda,*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*na minha experiência, posso dizer que estas crianças estão habituadas a estar com profissionais de saúde, não vão estranhar, nem oferecer resistência aos nossos cuidados. É muito mais difícil a comunicação em crianças que têm alguma emergência pela primeira vez, não estão preparadas».*

Normalmente estas crianças não estão sozinhas, contudo caso aconteça, teriam que cuidar dos motivos do acionamento (recorrendo à comunicação não-verbal e até a brinquedos da mesma) e transportá-la até à unidade hospitalar. Seria ainda importante, tentar efetuar todos os procedimentos da avaliação que fossem possíveis.

[<Arquivos\\T4>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) se não conseguirmos compreender o que a criança nos diz, vamos por gestos, seja lá o que for, por um ursinho como falamos há bocado (...) o importante é conseguirmos aquela confiança da criança. Depois as coisas vão vindo por acréscimos. É importante realmente fazermos logo a nossa avaliação. O TAP (...) o exame primário (...). E as questões relativamente à criança, se não conseguirmos perceber, se não temos ninguém que nos traduza, vamos tratar aquela criança realmente pelas necessidades daquela situação traumática (...). Tentar conquistar a criança com o pouco que temos (...) acho que não estou a ver assim nada, que eu possa ali introduzir (...)».*

Normalmente abordagem é realizada com mais calma, dando “tempo” à criança, ou seja, seguindo o “ritmo da criança” (sem forçar), podendo também usar o toque para facilitar a abordagem.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) tento sempre abordar (...) com as mãos só e fazer o toque devagarinho, aproximar com mais calma, olhar, tentar perceber o que é que a criança se queixa (...) o toque é muito bom para as pessoas como para crianças e normalmente cura (...)».*

[<Arquivos\\P4>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) teria de ser sempre de uma forma mais calma possível e tentando introduzir elementos de forma a tentar perceber qual era a resposta da criança (...) nunca tentando forçar e daí é perceber que vamos levar aqui sempre o tempo que for necessário (...) tentar que isto seja feito ao ritmo da criança».*

Concomitantemente, ir “pedindo permissão” para se aproximar, se apresentar e colocar questões não-intrusivas.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) tive muito cuidado com a aproximação, questionar sempre se me podia aproximar, se*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*podia entrar no quarto. (...) fui com muita calma colocando questões, não muito intrusivas. Obviamente primeiro apresentei-me (...) e disse o porquê de estar ali, mas depois fui tentando diferentes abordagens e ia focando diferentes coisas para tentar captar o interesse dela, ou que a levasse a comunicar (...).*

Outra estratégia utilizada pelos profissionais é abordar assuntos e/ou brincadeiras do interesse da criança.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) foi possível falar de coisas que ele tinha necessidade de falar. Ou seja, ele manifestava aos pais a vontade de morrer, de pôr fim à vida, mas os pais nunca perguntavam porquê e ele tinha imensos medos e aquele sentido de ser rejeitado na escola (...) eu acho que nós tivemos uma conversa que os pais nunca tinham tido com ele muito sinceramente».*

[<Arquivos\\T2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) recorda-me que ele estava a jogar qualquer coisa, e ganhei a confiança a partir do jogo».*

O facto de estar no ambiente da criança também é facilitador, assim como usar brinquedos da própria.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) portanto o que é que será que foi aqui facilitador? Foi ela estar no espaço dela! No quarto dela..., ou seja, num ambiente que ela consegue controlar! (...)*

[<Arquivos\\T4>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) se não conseguirmos compreender o que a criança nos diz, vamos (...) por um ursinho como falamos há bocado, seja lá o que for, o importante é conseguirmos a confiança da criança».*

Outra estratégia é ter algum cuidado com os estímulos visuais e auditivos, pois em caso de convulsão pode desencadear outra novamente.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) ao nível de cuidados propriamente ditos são muito cuidados focados na minimização dos estímulos, porque esses estímulos tendencialmente desencadeiam novamente situações de convulsão. Eu quero acreditar que maior parte dos meus colegas tem noção disso».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Neste tipo de abordagem, inicialmente será recolher informações úteis junto dos Elementos de Referência, para também facilitar na escolha da abordagem a seguir. Concomitantemente é ir conversando com a criança, usar o toque (como já referido) e em simultâneo perceber através da mnemónica causa-efeito como é que a criança reage e entender qual o caminho a seguir. Ou seja, ir percebendo como é que a criança reage à presença do profissional (imaginando que estaria sem elementos de referência esta estratégia seria ainda mais importante).

[<Arquivos\\EI>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «O processo de adaptação teria de ser muito mais complexo. O toque acho que acaba por ser muito importante, se a criança ouvisse ou não, tentar falar com ela, (desconhecendo de antemão se iria perceber ou não), e depois fazendo aquela avaliação constante de causa/efeito, não é? Eu toco na criança, vou ver se há uma retração, se há algum desconforto, eu coloco-lhe a manga de pressão, vou ver se a criança fica mais agitada ou não...tentar me ir adaptando...».*

[<Arquivos\\P3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) sempre perguntar a quem sabe o que é que caracteriza esta criança e que cuidados é que nós devemos ter de acordo com quem conhece (...)! Se não fosse possível (...) tentaria perceber, de forma não intrusiva, como é que ela reage à minha presença, como é que ela reage à voz. Não tocava, se criança não chegasse a mim para tocar primeiro. Tentar aqui de forma não invasiva estabelecer uma relação e levar o tempo da criança no fundo. Ela é que dita o tempo não sou eu. Eu não tenho pressa nenhuma e fazia-a saber isso e que só estava ali para ajudar».*

Por vezes, os profissionais recorrem ao uso do telemóvel, nomeadamente ao Google, quando não têm conhecimento acerca dos diagnósticos em questão (quando são menos comuns), para que a sua atuação seja o mais adequada possível.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) às vezes, vamos para cada criança com síndromes que eu tenho que ir ao “doutor” Google saber o que é que aquilo é».*

No caso de crianças cegas, é importante ter alguns cuidados adicionais, como por exemplo, se apresentar antes de iniciar qualquer tipo de intervenção.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\PI>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) há determinadas situações que requerem o nosso cuidado mais específico (...). Por exemplo numa criança que tivesse cegueira (...) não lhe iria tocar, por exemplo no ombro, ou num braço, sem primeiro eu me apresentar, sem ele poder ouvir a minha voz, sem poder ter uma noção de que estou ali. Porque podia ser assustador (...).»*

No fundo, nestes atendimentos pediátricos menos frequentes, é redobrar a atenção e o cuidado, usando as mesmas estratégias e procedimentos de um atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica a uma criança sem NE.

[<Arquivos\\T4>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) não vamos fazer ali uma diferença por ser uma criança deficiente (...) temos que ter mais atenção, mais cuidado e tentar perceber a situação (...).»*

[<Arquivos\\T5>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) nós não temos nenhum guia para isso (...).»*

### **Subcategoria dificuldades sentidas**

Sendo o atendimento pediátrico um atendimento desafiador, quando este se trata de crianças com NE, é compreensível que o desafio seja superior (ainda mais por se encontrarem doentes), acabando os profissionais por sentir diversas **dificuldades** neste tipo de atendimento.

[<Arquivos\\T7>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) patologias de paralisias infantis, coisas do género, são altamente limitadoras». Referência 2 - «Seja numa condição desse género, seja mais motora (...) na realidade eu não me veria numa situação daquelas a conseguir dominar (...).»*

[<Arquivos\\E5>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Ainda por cima, gravemente doentes (...). Referência 2 - «Eu sei sempre que a comunicação não vai ser fácil! E depois nós não temos estratégias porque, por vezes a comunicação (...) vou-lhe confessar que é difícil (...) e é ingrato o que eu vou dizer... é horrível, é horrível do ponto de vista do ser humano...acabo por me socorrer a quem está (...).»*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Por todos estes motivos, nestas situações a presença e a ajuda dos Elementos de Referência da criança é ainda mais crucial.

[<Arquivos\\T4>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) se numa criança normal temos que ter o apoio dos pais, nessa aí, ainda mais apoio vamos ter, para que eles nos ajudem a perceber o enquadramento da situação, e o que é que a criança era, se está no seu estado habitual (...)».*

[<Arquivos\\T12>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) a única garantia que temos, realmente é o cuidador que está com a criança e a conhece, (...) o esgar que a criança faz para nós, não nos diz nada, mas para o cuidador ele consegue nos dizer, olhe isto é dor, ou está-se a queixar, ou isto é um sorriso à maneira desta criança».*

A abordagem a estas crianças, é difícil por uma série de fatores, como por exemplo, devido ao nível cognitivo que a criança possa apresentar:

[<Arquivos\\E12>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) o nível cognitivo, vai fazer com que me dificulte».*

O contexto de emergência pré-hospitalar por si só já vai causar dificuldades de interação/comunicação, piorando quando as ocorrências são realizadas a crianças com NE, principalmente por se tratarem de pessoas estranhas e com farda.

[<Arquivos\\P1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) tinha era dificuldades precisamente nessa comunicação/interação, sobretudo com um estranho que está ali de farda amarela».*

Em certas situações pode mesmo não existir oralidade, como também dificuldades de compreensão, o que também tornará todo o atendimento ainda mais rigoroso, fazendo com que o profissional vá pensando antecipadamente na abordagem a ter com a criança.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Não é muito fácil a comunicação, porque eles próprios às vezes têm dificuldades (...) e nós também não conseguimos perceber». Referência 2 - «(...) quando nós sabemos logo à partida que já vamos para esse tipo de situação, sim é difícil, e já vamos a pensar pelo caminho como é que se faz a abordagem».*

[<Arquivos\\E1>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) porque uma criança que não fala e tudo isso ainda é mais difícil».*

Em simultâneo, o facto de as crianças não serem iguais e existir uma grande variabilidade dentro de cada patologia, como é o caso da PEA, também dificulta a abordagem dos profissionais.

[<Arquivos\\P1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) ainda que a perturbação possa ser igual. Nenhuma criança é igual. (...) não há propriamente um guião que diga: “Ah vou seguir por aqui. Agora vai ser assim, eu vou dizer isto”, etc. E dentro do espectro do autismo podemos ter, portanto muitas variáveis (...)».*

Em suma, não ter a presença de um Elemento de Referência destas crianças presente na ocorrência, ou que por alguma eventualidade não esteja em condições físicas para auxiliar a abordagem/intervenção, será uma grande dificuldade, principalmente nestes casos mais específicos.

[<Arquivos\\T4>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) mas nem sempre é fácil, essa situação não é nada fácil».*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Mas não é fácil, claro que não é fácil. Nem sei muito bem, acho que depois na altura, nós vamos conseguir contornar a coisa».*

### **Subcategoria atendimento a vítimas pediátricas que usam LGP**

Relativamente ao atendimento a crianças que usam **Língua Gestual portuguesa (LGP)**, a experiência profissional dos profissionais é reduzida. A maioria não tem experiência,

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

sendo que quando têm, normalmente é com vítimas adultas.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) eu acho que nem em adulto, e esses casos são marcantes. Agora se não me lembro é porque nunca me aconteceu».*

[<Arquivos\\E2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Adulto, se tive foi um ou outro caso, mas nada de especial (...)».*

Questionando os profissionais por Material Facilitador + Estratégias que possam eventualmente usar num caso de ocorrência pediátrica que use LGP, recorreriam à comunicação não-verbal, mas essencialmente a um intérprete/tradutor (que normalmente está sempre presente) e caso não esteja seria solicitado através das entidades locais. Há quem ainda tenha recorrido ao uso da escrita através do telemóvel (com adultos).

[<Arquivos\\E12>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Aí então, eu terei que utilizar certamente alguém que está no local, porque senão vai ter que ser a comunicação não-verbal (...)».*

[<Arquivos\\P1>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) num contexto como este, é nos possível articular com as entidades locais e considerar a possibilidade de pedir um tradutor por exemplo. (...) acredito que o mesmo seja possível para a linguagem gestual».*

Seria importante para os profissionais saber pelo menos como se realiza o conceito “Sim” e “Não”, assim como se saber apresentar, para facilitar a abordagem e intervenção.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) sempre que eu sei que vou para uma vítima de outra língua, eu tento sempre ter esta frase nessa língua (...): - Olá eu sou a X, sou psicóloga no INEM (...). Tento sempre perceber como é que se diz, sim e não em cada língua».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Normalmente e no caso de vítimas pediátricas existe sempre um intérprete para auxiliar os profissionais, caso contrário seria muito desafiante esta abordagem.

[<Arquivos\\T1>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Há sempre alguém que acaba por servir de intérprete (...). Como é que comunicamos com eles? É extremamente complicado, mas existe sempre um auxiliar, um professor».*

Existe ainda uma ferramenta no INEM que facilita os profissionais nesta abordagem específica, ou seja, o ícone LGP no iTeams. Como grande parte dos profissionais não teve vítimas que usem a LGP, a maioria nunca utilizou a aplicação, apesar de terem conhecimento da sua existência.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Nós temos uma ferramenta para a linguagem gestual. Temos um íconezinho que envia para termos apoio. Sei que existe, mas não tenho tido necessidade para já (...)».*

Embora haja profissionais, que já o testaram e não conseguiram obter ajuda. Salientando que deveria ser necessário a existência de outro material facilitador para auxiliar enquanto a ligação não é estabelecida ou até quando esta não funciona.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) tive uma experiência com esse programa, não funcionou infelizmente (...)». Referência 2 - «(...) aparece um ícone no programa com uma mão em que nós carregamos e aquilo faz ligação com uma entidade (...) falta se calhar limar algumas coisas para que ela funcione (...). Estas pequenas ferramentas vão-nos aligeirando o trabalho e vão ajudando nestas situações que vão surgindo».*

[<Arquivos\\T10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Eu já tentei uma vez, sim. Mas por acaso não conseguimos fazer a ligação porque foi um problema técnico (...) penso que já foi colmatado (...). Agora acho que até conseguirmos carregar naquilo e alguém atender do outro lado, devíamos ter ali alguma coisa para poder comunicar!».*

## vi. Categoria 6 - ACIONAMENTO PEDIÁTRICO

Tabela 41. Subcategorias da Categoria 6

| Categoria 6. Acionamento pediátrico          |                   |
|--|-------------------|
| Subcategorias                                | Nº de referências |
| 6.1. Frequência dos acionamentos pediátricos | 31                |
| 6.2. Ocorrências pediátricas mais frequentes | 56                |
| <b>Nº total de referências</b>               | <b>87</b>         |

### Objetivo 2.7. Entender a frequência dos acionamentos pediátricos no INEM;

#### Subcategoria frequência dos acionamentos pediátricos

Já foi possível entender que a **frequência dos acionamentos pediátricos** é de baixa casuística, comparativamente aos restantes acionamentos no INEM. Sendo que quando as ocorrências são realizadas no helicóptero, regra geral, são situações muito graves, em que o que está em caso é salvar a vida humana.

[<Arquivos\E11>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) estamos a falar sobre isto e de alguma forma estou também a fazer um certo esforço para invocar algumas coisas. Porque felizmente, as situações de pediatria são raras». Referência 2 - «(...) aqui no helicóptero ultimamente e infelizmente tem tido muitas situações (...). Um bocado para o dramático, para não lhe chamar outra coisa. E aí não dá para fazer o que quer que seja, se não aquilo que realmente é preciso fazer (...).»*

Contudo, a casuística das ocorrências pediátricas, varia conforme o meio (sendo importante como já referido fazer esta diferenciação), assim como é mais frequente em meios não citadinos.

[<Arquivos\E4>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) os meios com mais ocorrências pediátricas, são, sem dúvida, os meios não citadinos». Referência 4 - «E dentro do extra-hospitalar, tem que se distinguir as ocorrências básicas dos bombeiros, dos socorristas e dos TEPH, das ocorrências diferenciadas SIV e VMER. Porque a casuística muda muito e a forma de comunicação também (...).»*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Sendo que são mais frequentes no verão, e na faixa etária da adolescência, indo decaindo com a primeira adolescência até às crianças dos 3 aos 6 anos.

[<Arquivos\E10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Sim, sim, temos muito mais, francamente mais. Porque vem para aqui a população jovem com crianças [relativamente ao aumento de acionamentos pediátricos no verão no Algarve].*

[<Arquivos\E4>](#) - § 4 referências codificada

*Referência 1 - «A faixa etária, é sem dúvida, a adolescência e vai decaindo com a primeira adolescência. Depois, acaba por ser aquela idade dos três aos seis anos, os pequenitos, isto vai variando imenso, mas numa casuística que é baixinha».*

Sendo que, regra geral, o número de ocorrências é de maior frequência na zona de Lisboa, contudo também aqui a pediatria também não ocorre em grande escala.

[<Arquivos\T9>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «A casuística em termos de número de ocorrências, a maior é em Lisboa, isso não há volta a dar! Efetivamente as crianças, felizmente não são o nosso “core business”».*

Já no caso da UMIPE (como também já foi referido em categorias anteriores), é frequente a existência de crianças nas ocorrências (sendo estas na sua maioria vítimas indiretas).

[<Arquivos\PI>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) acho que não é a maioria das saídas não, ainda assim acho que é fácil encontrarmos, porque quando vamos para um contexto familiar, é muito provável haver menores, mesmo não sendo crianças pequenas (...) acabamos por ter uma intervenção também direcionada para a criança ainda que possa ser através de outras pessoas».*

## **Objetivo 2.8. Perceber quais os motivos mais frequentes de ocorrências pediátricas;**

### **Subcategoria ocorrências pediátricas mais frequentes**

Relativamente às **ocorrências pediátricas mais frequentes** de acionamento pediátrico, a maioria felizmente são ocorrências ligeiras sem consequências graves (nos meios não diferenciados).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P2>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «A maior parte até das ocorrências que envolvem crianças felizmente são coisas que não têm tanta gravidade».*

Já nas SIV, quando acontecem ocorrências pediátricas, podem por vezes ser situações mais graves.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) por vezes quando acontecem também são situações mais graves. Ou em acidentes ou crianças cuja morte já tem algumas horas de evolução» [ocorrências no Alentejo].*

Regra geral, os motivos mais frequentes, de acordo com os *Enfermeiros e TEPH* são: dispneia, crises convulsivas febris e trauma (causado por quedas). O trauma é muito frequente nas escolas e/ou pavilhões desportivos.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 4 - «Trauma. Trauma, sem dúvida. Eu acho que é trauma e também se verifica muito (mas mais o trauma), as convulsões. (...) depois há aquelas situações de acidentes, mas o trauma é a maioria! Se calhar noventa por cento das ocorrências com crianças. Nós temos muitas escolas. Temos muitas chamadas das escolas. Crianças que caíram, normalmente é isso o que acontece. Felizmente são coisas mais pequeninas».*

[<Arquivos\\E3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «A minha experiência são as convulsões, dispneia, ou quando normalmente é tosse/febre e ficam com dispneia, e as convulsões febris. (...) pequenos acidentes e acidentes domésticos (...) quedas..., quedas de bicicleta de estarem a brincar (...)».*

Relativamente aos *adolescentes*, os *Enfermeiros e TEPH* realçam como mais frequente as intoxicações alcoólicas (em que os profissionais também trabalham a capacitação da prevenção das mesmas), e as crises de ansiedade.

[<Arquivos\\T9>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) dos catorzes para a frente, já começam as crises de ansiedade e essas coisas desse género (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E4>](#) - § 8 referências codificadas

Referência 2 - «(...) vamos, muitas vezes, para crianças inconscientes adolescentes etilizados» [em meio SIV]. Referência 3 - «(...) temos que ter um papel muito neutro (...) tenho consciência, que tenho um papel, digamos de demonstrar como exemplo a ter, e alertar os amigos, para não voltar a acontecer (...). Ou seja, o nosso papel, enquanto enfermeiros, não é só na ocorrência, mas sim a capacitação da prevenção (...)».

Para além destes motivos, podem ainda existir outros, mesmo que menos frequentes.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 3 referências codificadas

Referência 2 - «(...) as queimaduras (...) já tive crianças vítimas de violência (...) criança com autismo já tive no centro hípico, quedas com cavalos (...)». Referência 3 - «(...) as picadas (de abelha, de vespa)».

Já no meio *UMIPE*, o motivo de acionamento mais característico, é a notificação de morte inesperada de alguém familiar ou próximo à criança.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 1 - «Na pediatria, sem dúvida que é a morte inesperada de um familiar ou pessoa próxima, não tenho qualquer dúvida que é dos mais prioritários (...)».

Não tão frequentes são as situações que envolvem abuso sexual ou violações, enquanto que as crises de ansiedade (como referido anteriormente), são resolvidas normalmente com os meios (acabando por não ser necessário a intervenção do psicólogo).

[<Arquivos\\P3>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 1 - «(...) felizmente menos frequente (...) abuso sexual, muito menos frequente, mas claramente pediátrico, dificilmente vamos nós às crises de ansiedade na escola, por norma a ambulância consegue resolver e não precisa do nosso apoio».

Nos adolescentes, podem acontecer as crises psicóticas e a ideação suicida ou o risco eminente.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 2 - «Em crianças mais velhas, vá adolescentes também pode acontecer as crises psicóticas, a ideação suicida ou o risco iminente (...)».

## vii. Categoria 7 - Fase do atendimento MAIS DESAFIADORA

Tabela 42. Categoria 7

|   | Nº total de referências |
|---|-------------------------|
| Categoria 7. Fase do atendimento mais desafiadora | 42                      |

### Objetivo 2.9. Captar na percepção dos profissionais, qual a fase do atendimento de emergência pediátrica mais desafiadora;

Regra geral, a **fase mais desafiadora** do atendimento de emergência pediátrica pré-hospitalar para os profissionais, é a fase inicial (até os profissionais conseguirem estabelecer uma ligação empática com a criança, entender de forma fidedigna do que realmente se trata e estabilizar a criança).

[<Arquivos\EI>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «É a primeira abordagem, de estabilização, sem sombra de dúvida. Do ponto de vista do transporte, uma vez estabilizado, pelo menos para mim, é extremamente pacífico, depois é manter o que já foi feito. Obviamente se for uma criança instável, já aconteceu intercorrências - sejam elas intercorrências de falha de material, sejam intercorrências físicas, clínicas da própria criança ou agravamento, isso induz o stress. Mas aí já há um plano, já sabemos e já temos uma estratégia e sabemos de antemão mesmo que as coisas se corram bem que pode haver uma complicação. Estamos preparados para ela, porque depois a partir do momento em que nós iniciamos transporte já temos o plano A B e C em relação àquela criança. (...). Agora quando nós chegamos, ainda há um nevoeiro todo, para mim, é o mais desafiante».*

[<Arquivos\E6>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) é logo a abordagem inicial porque é tentar perceber qual é a forma, portanto eu vou abordar a criança e é saber se foi bem abordado, se não foi bem abordado, se não foi o que é que eu tenho que utilizar. Porque no fim de conseguirmos captar a atenção da criança, depois aí é tudo “mar sobre rosas” (...)».*

Para além disso, quanto menor for a criança, maior será o desafio, tanto ao nível da comunicação/abordagem, como ao nível da administração das dosagens por parte dos enfermeiros.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E12>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 – «(...) é mais desafiadora dos dez anos para baixo. (...) costumo dizer que tudo o que seja acima dos seis, sete anos para cima estamos a falar de um peso quase trinta quilos. (...) para mim é mais fácil (...) porque a nível de doses, a nível de comunicação, a criança tem uma percepção diferente e eu já consigo comunicar e tentar perceber com a criança do que com uma criança com cinco anos, que muitas delas a nível de comunicação ainda não estão tão desenvolvidas. (...) quanto mais baixa for a idade maior é o desafio (...). E não é só a nível de doses, é tudo, é tudo. (...)».*

[<Arquivos\\E11>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Penso que quanto mais pequenos, pior (...) indiscutivelmente. Penso que esse será talvez o maior receio de todos nós. Uma coisa é tratar uma criança com 5/6 anos em que já é palpável por assim dizer, já tem um tamanhinho que dá para fazer algumas coisas e efetivamente quando nós apanhamos uma criança com meses tudo fica mais difícil (...)».*

Portanto, comunicar e ganhar a confiança da criança neste tipo de contexto é encarado como um grande desafio para os profissionais.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) na minha ótica e com a minha experiência, o mais desafiante é, sem dúvida, conseguirmos a confiança da criança. E, aí, a comunicação é fundamental. E, depois, na ótica já de outros profissionais com menos experiência, e é aquilo que eu vejo, as técnicas, para eles, são sempre aquilo que nós chamamos um “bicho de sete cabeças”. Mas, sem dúvida, (...) o mais desafiante é a comunicação e conseguir ganhar a confiança das crianças».*

A própria avaliação física, é encarada pelos profissionais como um desafio, pois muitas crianças não deixam os profissionais atuar, embora todos os procedimentos sejam considerados como desafiadores.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Talvez a avaliação física, é desafiadora no sentido que é difícil e muitas vezes não conseguimos sequer. Mas eu acho que é tudo desafiador, porque isto depende do caso (...). Há (...) crianças que nos deixam fazer tudo, muito calmo, e há outras que não deixam fazer nada. Há outras que não ganham confiança (...) vamos encontrando as barreiras ao longo das várias fases. Vamos ter que ir vendo a coisa e vamos ter que ir fazendo com que a coisa vá correndo. Mas a avaliar não é fácil até porque às vezes a braçadeira aperta, o termómetro está frio, temos que picar o dedo».*

A própria necessidade de ter que ser realizada uma punção na pediatria é considerado um dos procedimentos mais desafiadores.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E7>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «É assim eu só se for a punção, para nós em algumas situações é fundamental e se não conseguimos puncionar e se for mesmo necessário, temos que recorrer à intraóssea que é um bocadinho mais chata de fazer! Mas a punção em pediatria nem sempre é fácil e não pode ser só uma pessoa a puncionar, temos de ser dois ou três a segurar e é chato estar ali um bocadinho mais à força».*

Outro motivo desafiador é quando os profissionais são acionados para uma Paragem Cárdio Respiratória (PCR) pediátrica.

[<Arquivos\\T8 >](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) uma paragem cardiorrespiratória é das coisas mais desafiadoras que podemos ter (...), em especial quando a vítima é de idade pediátrica».*

Os Elementos de Referência estarem desorientados/descontrolados também é um fator bastante desafiante para estes profissionais.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Os pais, a maior parte das vezes são o nosso grande desafio. Que é: conseguir chegar às crianças e prestar um socorro adequado, e um pai completamente fora dele. E é normal. E eu percebo perfeitamente isso. (...) odeio pediatria. (...) porque já sabemos que tudo aquilo vai mexer connosco».*

O facto de os profissionais só poderem se basear na idade da criança como informação fidedigna, de toda a informação que recebem previamente também é encarado como desafiador, pois nunca sabem realmente o que vão encontrar (realçando novamente a impressibilidade deste contexto).

[<Arquivos\\T10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Para mim é um desafio e posso-lhe dizer que é das coisas que me faz suar mais quando vou para uma criança. Porque eu já sei que tudo o que vier naquela chamada (...) a única coisa que eu sigo ali é a idade da criança. Todo o resto pode ser totalmente diferente. Pode não ter sido queda nenhuma. Pode ter sido uma agressão. A criança pode já estar assim à não sei quanto tempo, mas a família depois quer se auto proteger e diz que foi uma queda (...)».*

Situações de morte inesperada, também é encarado como uma das fases mais desafiadoras, por toda a carga emotiva associada que a pediatria acarreta.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) a situação mais desafiadora aqui e mais frustrante, será mesmo aquela situação de morte ou algo assim mais trágico, acho que, no adulto, jovem ou o mais velho, também mexe comigo, mas eu acho que a criança, deve ser aquela... felizmente, até à data... espero que não me aconteça..., mas deve ser a parte mais frustrante». Referência 3 - «(...) se tiver que ser no local, gerir os nossos sentimentos, entramos em piloto automático e fazemos o que temos que fazer, depois ter que gerir tudo o que está à volta (...) acho que será a situação mais frustrante ou uma das mais frustrantes, na idade pediátrica».*

Já na própria UMIPE, o aconselhamento e apoio na notificação de morte, é também algo sentido como desafiador.

[<Arquivos\\P1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Esta parte da notificação de morte e do aconselhamento para a notificação acho que é uma das dificuldades, se calhar maiores (...). Porque a nível emocional, é muito intensa (...). E mesmo nos profissionais é algo que não é fácil de gerir (...). Muitas vezes, outros meios, por exemplo da autoridade, (...) pedem o nosso suporte para este efeito (...). (...) é algo tão difícil, as reações podem ser tão inesperadas que a nossa presença faz muita diferença. (...) acho que (...) o aconselhamento e apoio na notificação de morte pode ser talvez das situações mais diligentes».*

Para além da situação anterior, os desafios sentidos na UMIPE, variam de acordo com a faixa etária da criança.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) em várias idades identifico coisas diferentes: nos adolescentes, o estabelecimento de relação (...) ou é logo (...) ou se estão zangados, revoltados, tristes e ou desconfiados é muito difícil. (...) nas crianças mais pequenas a maior dificuldade que eu sinto (...) é com as expectativas que os adultos têm sobre a criança. (...) aquelas frases de: “de certeza que não vai ficar bem”, “ai meu Deus que ele nunca mais vai ser o mesmo”, isto é dito à frente da criança por mais que eu diga: “Olhe vamos tentar transmitir calma, segurança!”, é inevitável que à frente da criança vão acabar por dizer alguma coisa (...) para mim isso é a parte mais desafiante é a psicoeducação aos pais». Referência 2 - «(...) em situações de morte (...) eles acham logo que a criança vai precisar de acompanhamento e vai passar mal e vai desenvolver depressão. (...) a nossa grande psicoeducação é nesse sentido, é normalizar (...) é muito desafiante».*

Portanto, regra geral, todo o atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica é desafiador, por toda a imprevisibilidade e cariz emocional que transporta.

[<Arquivos\\P4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «Todas as situações com crianças são sempre desafiadoras, nunca se consegue prever o que é que vai sair dali (...). Mesmo na área das notificações (...) nós conseguimos prever no fundo as várias panópias de situações que podem acontecer, mas com as crianças não. As crianças têm realmente esta riqueza (...). Mesmo quando nós vamos numa ambulância para ir buscar uma criança, nós não podemos*

## Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*estar à espera que aquela criança esteja muito tímida ou que esteja mais disponível. Eu já cheguei a situações de uma criança, que estava a chorar, não falava, não queria falar connosco, e de repente o meu colega foi buscar à ambulância para a meter em frente à casa e ele larga-me e diz: olha o Noddie, olha o Noddie. Entra para dentro da ambulância e a partir daí, já era todo nosso, começou a falar. Falar das crianças é isto (...) é uma área muito interessante e também desafiadora, sem dúvida».*

[<Arquivos\\E11>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «Tudo é desafiador [risos], acho que quando é com crianças, nós só respiramos um pouco mais normalmente quando chegamos ao local e percebemos que a criança está bem, ou quando chegamos ao hospital (...). Efetivamente tudo o resto são momentos de stresse e de ansiedade, que são permanentes!».*

### viii. Categoria 8 - Formação

Tabela 43. Subcategorias da Categoria 8

| Categoria 8. Formação  |                   |
|--|-------------------|
| Subcategorias  | Nº de referências |
| 8.1. Formação interna dos profissionais do INEM  | 14                |
| 8.2. Formação na área da Comunicação Pediátrica  | 36                |
| 8.3. Necessidades de formação na área da Comunicação Pediátrica e suas Especificidades | 153               |
| <b>Nº total de referências</b>   | <b>203</b>        |

#### Objetivo 2.10. Perceber a formação interna dos profissionais do INEM;

##### Subcategoria formação interna dos profissionais do INEM

A formação no pré-hospitalar é por hierarquia, o nível básico tem todos os bombeiros, socorristas e TEPH. O nível intermédio é onde entram os enfermeiros nas SIV. O nível avançado é onde estão incluídas as VMER e os Helicóptero. Em termos formativos (por esta classificação), está de acesso livre o nível básico (online), que contém vários conteúdos, como a avaliação pediátrica e estratégias de comunicação a ter em conta. Nos outros níveis os conteúdos não estão de acesso livre, a não ser o Suporte Avançado de Vida, mas este está mais dirigido para o adulto.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) na área da emergência extra-hospitalar, é por hierarquia de conhecimento. (...) no nível básico temos todos os bombeiros, todos os socorristas, todos os TEPHS. O nível intermédio, que é o suporte imediato de vida, onde entram (...) os enfermeiros SIV e o nível avançado, onde entram as VMER's e o helicóptero. E em termos formativos, com esta escalonagem de acesso livre, está o nível básico. (...) que é o manual do TAS, (...) lá consegue perceber os conteúdos da área de pediatria, que, basicamente,*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*tem a ver com a avaliação pediátrica, a importância da comunicação, muitas coisas que a Stefanie aborda..., a importância do olhar ao mesmo nível...». Referência 2 - «(...) depois, os outros níveis o imediato e o avançado, já não estão tão de acesso livre. O único que está de acesso livre é o suporte avançado de vida, mas está muito dirigido para o adulto, não está dirigido para a pediatria».*

Então ao nível dos TEPH, a formação é muito direcionada para a criação de empatia com a criança, e não saber avaliar se o que está a acontecer é fisiológico ou patológico, sendo esta formação (ao nível da abordagem) administrada pelos psicólogos a todos os restantes profissionais.

[<Arquivos\E4>](#) - § 5 referências

*Referência 3 - «(...) a formação para um técnico é principalmente, baseada na importância da empatia, de criar uma relação e não saber avaliar se aquilo é fisiológico, se é patológico». Referência 5 - «São os psicólogos que vêm dar essa formação e os conteúdos...».*

[<Arquivos\PI>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Nós psicólogos, quando damos a formação, quer para técnicos de emergência, quer para bombeiros, quer para médicos ou enfermeiros, nós vamos abordando estas questões da pediatria, da abordagem a fazer às crianças, o ter um discurso..., não os tratar como pequenos adultos e sobretudo ter um discurso orientado para a criança e para aquilo que são as necessidades da criança naquele momento».*

Neste momento os TEPH estão a passar por uma fase de transição da carreira para que consigam ter mais competências e possam administrar medicação (230h de formação online e estágio em ambulância escola (70h)), onde abordam a comunicação na pediatria de forma um pouco mais explorada, sendo administrada por médicos do INEM.

[<Arquivos\T3>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) estamos numa fase de transição da nossa carreira, estão a querer que nós consigamos poder ter mais competências, podermos usar medicação, em determinadas situações e outras coisas. Essa fase de transição está a ser realizada por fases e por poucas pessoas de cada vez (...) já concluí a formação teórica de duzentos e trinta horas online, e depois a formação prática que foi na delegação durante duas semanas. Falta-me agora a última fase que é o estágio, que temos que fazer numa ambulância escola, são setenta horas (...). (...) tínhamos a parte pediátrica um bocadinho mais explorada do que na formação geral que nós temos no início para entrarmos para o INEM. (...) estavam mais especificadas as idades, como é que devíamos comunicar com as crianças dependendo da idade (...) em relação ao exame físico os mais novos devemos começar dos pés para a cabeça para eles irem ganhando confiança e não como nós habitualmente fazemos num adulto (...) mas além disso não temos mais nenhum tipo de material específico». Referência 2 - «(...) a parte teórica é online é nós temos os manuais e depois tínhamos aulas. (...) depois a parte prática foi na delegação e foi dada por (...) médicos gerais e tivemos de pediatria, mas mais ligado com os partos (...) tivemos também uma pediatra que esteve connosco, foi mais a parte da reanimação cardiopulmonar (...) na parte dos casos clínicos pediátricos eram os médicos da delegação (...) não foi ninguém relacionado diretamente com a pediatria».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Os manuais estão divididos por temas, onde existe um especificamente para a pediatria.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 12 referências

*Referência 5 - Os manuais estão divididos por temas, por isso temos mesmo um manual só de pediatria (...).*».

Esta transição da carreira dos TEPH já iniciou no ano passado, estando a decorrer ainda atualmente, pelas diversas delegações do INEM.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 12 referências

*Referência 7 - «Começou só o ano passado (...) nas outras delegações também terão iniciado (...) sei que na delegação centro também houve, não tenho a certeza das outras (...).*».

Um dos conteúdos transmitidos na formação de transição de carreira é os TEPH a caminho do local efetuarem cálculos mentais baseados no peso (calculado através da idade) da criança, para que no local seja mais rápido a administração de fármacos (um procedimento equiparado aos enfermeiros, que até à data para além dos médicos são os únicos profissionais que podem administrar fármacos com validação do médico regulador do CODU). Contudo apesar de futuramente os TEPH poderem vir a administrar fármacos não são todos, e vão estar mais restritos comparativamente aos enfermeiros.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 12 referências

*Referência 8 – (...) durante o caminho irmos já com a idade que nos forneceram e fazer (...) os cálculos daquilo que poderemos ter que administrar, porque nas crianças é tudo à base do peso (...) portanto tenho uma criança com uma X idade e temos um uma fórmula para calcular aproximadamente o peso que a criança possa ter e então depois com base nisso já sabemos vou ter que administrar X miligramas de determinada medicação ou ípsilon daquela (...). Para já ainda isso não acontece (...).*».

Não se sabe quando será para colocar em prática estes novos procedimentos, pois ainda estão a decorrer formações e estágios (que não estão a ser realizados assim de forma tão rápida quanto o espectável), mas prevê-se que quando metade da equipa tiver a formação concluída, já se possa iniciar, pois basta um dos elementos do turno ter para poder aplicar. Contudo esta transição da carreira já está prevista há anos, mas como a Ordem dos Enfermeiros não concorda, tem havido diversos imprevistos na sua

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

realização/implementação. O objetivo será instruir os profissionais que se encontram mais deslocados dos grandes centros (onde existem menos viaturas médicas), para que haja uma resposta mais adequada às vítimas através deste novo protocolo.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 12 referências

Referência 12 - «(...) a ideia foi iniciar nos locais mais afastados dos grandes centros (...) no Porto há quatro ou cinco VMER's, é mais fácil a resposta do que no local onde haja menos. (...) o problema são as questões legais, as questões burocráticas, isto está previsto há imensos anos (...) temos a ordem dos enfermeiros que é contra a nossa formação e que colocou vários entraves, mesmo a nível judicial (...)».

### Subcategoria FORMAÇÃO na área da comunicação pediátrica

**Objetivo 2.11. Identificar qual a formação dos profissionais relativamente à área da comunicação pediátrica;**

A maioria dos profissionais do INEM não tem formação específica na área da Comunicação Pediátrica e suas Especificidades. Acabando por ser apenas alguns enfermeiros que a possuem (Figura 8). Os profissionais na sua maioria têm apenas a formação que é facultada pelo INEM (que abrange alguns cuidados a ter com a criança, assim como cuidados a ter com determinadas populações específicas (ex. idosos, invisuais, etc.)).

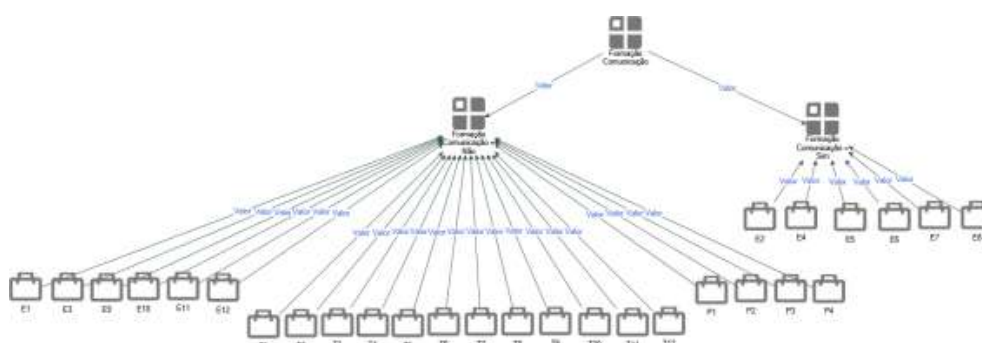


Figura 7. Formação na área da comunicação pediátrica.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 1 referência codificada

Referência 1 - «Não, oficialmente, não. A informação/formação que eu tenho advém de formações no âmbito da pediatria, na qual foi abordado de uma forma muito superficial, toda essa componente».

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Não. Específico mesmo da pediatria, não. Claro que nós quando fazemos o nosso curso inicial, tripulante de ambulância de socorro (...) abordamos sempre a pediatria e as especificidades que vamos apanhar na pediatria, mas é tudo de uma forma genérica e não é nada específico mesmo».*

Esta formação prestada no curso inicial dos profissionais é algo muito breve e geral (em termos de comunicação pediátrica), e é diferente do tipo de formação que é concedida noutros países.

[<Arquivos\\T10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «A única formação que eu obtive a nível do INEM ainda é muito rudimentar (...) comparando com o que existe já lá fora. Nós lá fora somos regidos por vários manuais e por várias Guidelines. Existe um livro que nós usamos que é o PALS que é um curso que nós temos obrigatoriamente de ter lá fora (...) e é muito interessante (...)».*

Assim apenas alguns Enfermeiros possuem formação específica como por exemplo mestrado, especializações e/ou formações de curta duração sobre pediatria (abrangendo alguma informação sobre a comunicação nestas faixas etárias).

[<Arquivos\\E4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) o motivo de ter selecionado esta especialidade foi por ter sentido que a própria formação pessoal, em termos de licenciatura e depois as minhas vivências, enquanto ocorrências, a necessidade de mais, (...) realmente sentia que o que o instituto me dava, não era suficiente. (...) é uma mais valia grande, apesar de ter consciência, quando vou para situações pediátricas, vou na mesma com as mesmas borboletas na barriga e com as sensações estranhas, porque a casuística é muito baixinha (...)».*

[<Arquivos\\E8>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Eu fiz quer a especialidade, quer mestrado na pediatria. Depois o mestrado virei mais para a área da adolescência (...)».* Referência 2 - «A experiência enquanto formação foi ao longo da especialidade de pediatria e outros cursos pontuais. Trabalhei (...) em oncologia pediátrica. (...) garantidamente que fiz alguns exatamente no sentido do cuidado à criança, adaptações comunicacionais não lhe sei explicar em concreto quais, mas lembro-me de ter feito, assim de pequena duração».

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Alguns Enfermeiros tiveram uma breve formação online prestada por uma colega sobre comunicação em pediatria, onde abordou instrumentos e ferramentas físicas de comunicação para lidar com crianças com NE. Tendo esta formação sido muito útil, havendo necessidade de algo mais explorado nesta área e materiais facilitadores para que possam utilizar neste contexto.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) foi o ano passado (...) comunicação para crianças deficientes, no sentido de se forem cegas, com problemas auditivos ou mesmo com autismo, de que forma poderíamos comunicar com elas. Mas foi a única coisa que tivemos». Referência 3 - «(...) achei bastante interessante». Referência 4 - «Foi online...». Referência 5 - «Talvez meia hora uma hora não lhe sei precisar (...).»*

[<Arquivos\\E5>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) tivemos uma muito interessante que abordava especificamente a comunicação em pediatria com uma colega (...) onde pela primeira vez no contexto de formação no INEM, ela abordou instrumentos e ferramentas de comunicação até físicos, para lidar com a criança pediátrica, nomeadamente, com autismo e com perturbações (...). Foi uma formação não muito longa (...) ficamos na expectativa de que fosse desenvolvida mais esta área, porque foi apenas um “olha afinal isto existe!” e para mim foi uma surpresa porque desconhecia que existia. (...) todos a convidamos também a desenvolver isso e de um modo geral também vai em conta ao que está a fazer (...) tudo que possam ser ferramentas...ou pelo menos dar-nos a conhecer, saber que existem. Agora não estão disponíveis...falta esse passo (...).»*

### **Subcategoria NECESSIDADE de Formação na área da Comunicação Pediátrica e suas especificidades**

#### **Objetivo 2.12. Identificar a necessidade de formação específica na área da comunicação pediátrica e suas especificidades;**

Todos os profissionais entrevistados acham pertinente a existência de formação na área da comunicação pediátrica e suas especificidades.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) uma complementaridade, obviamente que sim. É um défice que nós temos efetivamente (...). Só existe ao nível a que nós devemos estar com a criança ou aqueles conceitos quase básicos que se aprendem ao longo do curso, pouco mais do que isso, por isso, sim, sem sombra de dúvida. Até porque o desafio é exatamente esse: é a excelência, a melhoria e aquilo que nós íamos fazer era fazer formação nessa área, claramente».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E8>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Sim acho que era uma ferramenta para imponderar os profissionais. Pelo menos seriam conhecimentos que viriam a minimizar este..., porque eu acho que aqui é mesmo um desconhecimento (...) há áreas em saúde em que pode ser um desconhecimento parcial, eu aqui acredito que é um desconhecimento quase total, arriscaria dizer. Por isso, sim a formação seria sempre uma determinante para complementar esta questão!».*

É uma necessidade da maioria dos profissionais, uma vez que, é uma área em que sentem diversas lacunas, pois acabam por não ter tanta experiência, devido à baixa casuística da mesma. Por isso, a formação na pediatria é sempre uma das formações solicitadas pelos profissionais ao instituto.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nós reconhecemos onde é que devemos investir em pediatria, no âmbito da formação. (...) a teoria o que é que nos diz? Quanto menos casuística há, mais formação tem que haver (...). E daí, esta insistência na área da pediatria e é sempre uma coisa, que todos os operacionais têm desejo».*

[<Arquivos\\T11>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) na pediatria ajuda muito para nós, (...) nós em todas as vezes que nos perguntam o que é que nós queremos de formação contínua nós só queremos coisas de pediatria. (...) porque é uma coisa que nós não nos sentimos à vontade! Mesmo de todo, não sentimos! (...) a pediatria para nós faz muito sentido». Referência 5 - «Somos obrigados a ter formação contínua. (...) é muito mais fácil se for de temas (...) ou que gostamos ou que notamos que precisamos de mais formação (...). Porque se for sempre de coisas que nós estamos sempre a ouvir, já estamos fartos! Uma pessoa também já não tem vontade de fazer a formação (...). (...) toda a gente sente que a formação base é pobre e que depois nunca é dado relevo a essa parte. E vem sempre, vem sempre nestes anos todos! (...) mas depois ela nunca vem (...).».*

Contudo realçam a importância de a mesma ser realizada de forma mais regular/contínua, uma vez que, as temáticas abordadas são novidades e a casuística é baixa (sendo mais difícil sistematizar o conteúdo aprendido). Podendo alguns conteúdos até ser repetidos para facilitar a sua memorização. Assim como mais estágios com a população pediátrica também são expectáveis, para que os profissionais possam ter maior contacto com esta população.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) não perdemos nada em ser repetitivo porque é uma coisa que nós não praticamos, portanto é uma coisa que também nos vamos esquecendo e o repetir aqui é benéfico». Referência 5 - «Mas acho que isso não deveria ser só uma formação assim por acaso, tem que ser uma formação mais frequente para também irmos relembrando..., mas não sempre a mesma. Ir mudando também as situações».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E11>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) mais formação, mais estágios em ambientes pediátricos seria desejável efetivamente! (...) criar alguma rotina, no sentido de termos maior efetividade de contactos com ambientes pediátricos!».*

A própria estrutura da formação deveria ser repensada de forma a ser mais proveitosa tanto para os profissionais como para as vítimas, onde deveria contemplar toda a parte emotiva da pediatria (os próprios protocolos abrangerem também estas questões), assim como serem aprofundadas as temáticas que já abordam (como por exemplo, crianças com NE). Como também ir fazendo adaptações formativas de acordo com o feedback que os profissionais vão transmitindo como dificuldades.

[<Arquivos\\T10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - « (...) devíamos ter era uma formação de continuidade. Ou seja, é dado isto este ano (...). Mas daqui a quatro anos tem de ser renovado. Vamos pondo assim um (...) ponto temporal de quatro anos, mas durante esses quatro anos tem que haver uma ligação bilateral entre os formandos e os formadores para receberem quais são as dificuldades que os formandos estão a ter para depois daqui a quatro anos conseguirem adaptar. Vamos satisfazer as dúvidas o que é que está a correr bem e o que é que não está a correr bem, vamos ver quais são as adaptações. O que é que recebemos mais, o que é que não recebemos? Isso são os updates para ser administrados e vamos colmatar as falhas que estão a ser dadas agora (...)».*

[<Arquivos\\T12>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Uma das lacunas talvez possa chamar assim do INEM, é porque em termos de formação, nós continuamos a fazer as formações muito estanques (...) podemos estar por exemplo a trabalhar um protocolo muito específico (...) e estamos durante esse momento (...) a aprender um determinado protocolo (...) praticamente fingimos que não existe (...) a parte emocional, a parte das diferenças culturais entre as pessoas, a forma de falar com as pessoas que vamos ter que ir adaptando e isto não é fácil (...) se a formação conseguisse complementar-se com estes vários fatores, incluindo-os também naquilo que são os protocolos, eu acho que sim, acho que iria enriquecer a nossa abordagem e neste caso a pessoa que está a ser socorrida iria ganhar com isso (...)».* Referência 2 - «(...) o INEM acaba por ser uma entidade inexperiente naquilo que é a abordagem às crianças. (...) nós temos um conjunto de procedimentos que temos que fazer, mas na verdade quando nos dão essa formação (...) é despida daquilo que é a forma como as crianças se comportam, a forma como elas reagem e o que nós fazemos na área pediátrica é avaliar o choro, a cor da pele, se tem dor, se não tem, se tem feridas, se tem hemorragias e a criança tem muito mais do que isto. Aliás se calhar 90 % das nossas abordagens em situações com pediatria são situações que têm uma importância muito mais emocional do que física (...)».

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Deveriam ser formações curtas, presenciais e com casos práticos e/ou até visualização de vídeos.

[<Arquivos\\TI>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) funcionará bem se for formação, principalmente presencial». Referência 2 - «Se existir aqui alguma formação que se enquadre num plano mensal (...) se for 4/5 horas eventualmente de comunicação, não sei se mais do que isso, os colegas não acharão que é demasiado, a não ser que existam algumas dinâmicas, tipo casos práticos, onde vamos simular (...) poderia ser interessante ou (...) através de visualização de vídeos, neste tipo de situação como é que abordaria? Sendo que não há respostas certas (...) mas tendo em conta aquilo que é falado, e os livros, e os manuais, e o que é esperado (...) se existir uma espécie de guião, nós podemos uniformizar, se calhar, um bocadinho mais as abordagens».*

[<Arquivos\\TI2>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) as formações (...) quanto mais curtas melhor. Mais vale uma formação de 2 horas riquíssima, com uma pessoa que seja experiente nesta área e nós conseguimos beber muito mais informação do que se estivermos a dar durante 1 ou 2 dias formação de como lidar com crianças. (...) é preferível fazermos mais formações espalhadas, se calhar pelo ano ou irmos abordar aqui temáticas diferentes (...) porque e como percebeu (...) a casuística de serviço em pediatria é muito baixa e isso para nós acaba por criar também algum desconforto (...)».*

Seria interessante a formação em pediatria poder ser prestada por profissionais fora do âmbito do INEM (da emergência pré-hospitalar), como forma complementar e enriquecedora.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) e até lecionadas por pessoas diferentes, permitem sempre aprender qualquer coisa. Portanto, acho que faz todo o sentido, sem dúvida».*

[<Arquivos\\TI2>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) a formação não ter que ser dada (...) por alguém da área do pré-hospitalar. (...). Pode ser dada por pessoas de outras áreas. Acho que isso acabava por enriquecer aquilo que é a nossa formação e depois dar-nos aqui luzes diferentes. (...) nós temos psicólogos e que são muito experientes nesta área. No entanto também sofrem, padecem do mesmo problema que nós (...). (...) a casuística de trabalho que têm com crianças acaba por ser muito menor do que se calhar outros profissionais da área da saúde mental, que trabalham especificamente com (...) estou-me aqui a lembrar, portanto da sua área, na área da comunicação seria muito importante! (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

A formação facilitaria todos os profissionais, principalmente aqueles que não têm tanta experiência com a pediatria, podendo os mesmos serem treinados para esse efeito.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) nem todos temos a mesma sensibilidade, mas todos podemos ser treinados para isso. (...) se lhes fossem ensinadas estratégias (...), eles sentir-se-iam mais à vontade nas situações e a comunicação e o tratamento das crianças seria, muito mais fácil do que neste momento (...) eu vejo sempre eles a chegarem-se para o lado, do género, ficas tu aí com ela. Mas se eu não estiver lá? Se forem dois iguais assim (...). Aquela criança acaba por ir ao deus dará (...). (...) não é esse o objetivo (...) não devemos fazer isso com as crianças. (...) acho muito importante tudo isto (...) não depender do: Ah eu tenho mais jeito para falar com crianças e o outro tem menos jeito. (...) se tivermos todas estas ferramentas se calhar aqueles que não têm tanta facilidade, vão sentir-se mais à vontade para avaliar como deve ser, antes de a levar para o hospital e não ser do tipo: agarra, senta aqui na ambulância e agora quando chegar lá a enfermeira que descubra o que é que aconteceu (...)».*

Assim sendo, seria deveras importante que esta formação fizesse parte da formação base do INEM, onde seria de igual modo importante a apresentação e instrução de materiais facilitadores da comunicação a usar com esta população específica.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 2 - « (...) acima de tudo acho que isso seria importante (...) sejam as escalas da dor, sejam tudo isso como atuar numa criança com deficiência e tudo. Eu acho que isso devia estar tudo no nosso módulo da pediatria e ensinarem-nos isso na base. Quando nós nos sentamos e estamos não sei quantos meses a ter formação. Eu acho que isso era mesmo, mesmo, mesmo importante logo nessa fase».*

**Objetivo 2.13. Compreender de acordo com a perceção dos profissionais quais os conteúdos de formação que seriam pertinentes;**

Relativamente aos **conteúdos pertinentes** a abordar na formação, os profissionais destacaram diferentes temáticas como a Comunicação com a Criança no geral (desde a criança “dita normal”, à estrangeira e a com NE, ...).

[<Arquivos\\P4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) particularidades das crianças com alguns handicaps, como é o caso do autismo (...). Acho que são sempre assustadoras para as equipas que lá chegam, porque não sabem como começar por fazer, apesar de que, temos esta questão do (...) falar com os pais, falar com os adultos de referência..., mas se esta criança estiver na escola às vezes, são os funcionários, e às vezes eles próprios não sabem como fazer. (...) a forma de abordar as crianças com determinadas problemáticas, nas diversas situações, como fazer com uma vítima estrangeira, (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Comunicação com as crianças, a comunicação com as crianças com necessidades especiais. A abordagem..., a forma como deveríamos abordar, de outro ponto de vista, sem ser sempre pela emergência pré-hospitalar. Esse tipo de situações, acho que era uma mais valia».*

Na sequência de ser importante para os profissionais poderem usufruir de formação com formadores exteriores à instituição, foi também realçado a pertinência de poderem visitar instituições de crianças com NE, com o intuito de compreender melhor as suas características, facilitando aos profissionais, a abordagem com as mesmas.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) pegarmos num conjunto de pessoas e em vez de irmos para o centro de formação do INEM, irmos durante 2/3 horas para um centro de doentes profundos. Onde se tenham crianças e onde (...) nós podemos chegar e apresentarmo-nos. Dizermos quem somos o que fazemos. Lidar diretamente e juntamente com os terapeutas (...) perceber como chegar, como comunicar (...), na prática (...) vamos trocar experiências e ao mesmo tempo estamos a aprender algumas características daquelas pessoas que estão naquela instituição e de que forma é que podemos comunicar (...)».*

Para além disso, seria importante terem perceção dos sinais normativos/não-normativos de algumas patologias mais frequentes na criança.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) ter a informação de algumas patologias específicas acho que pode ser muito bom. (...) tentar perceber (...) o que são sinais normativos na patologia, o que é que já não são, perceber quando é que deixa de ser normativo, por exemplo no autismo. O que é que são sinais de alarme? (...) sabemos que eles não vão ter um funcionamento igual às outras crianças, mas há coisas que são mesmo atípicas para elas (...) o que nós queremos saber é quando é que temos que encaminhar, referenciar, levar ao hospital (...) acho que os sinais de alarme em cada situação seriam muito úteis, sem dúvida».*

Outra temática que realçaram foi formação direcionada para a Comunicação Não-Verbal.

[<Arquivos\\E2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) sobretudo a comunicação não verbal, porque a verbal, nós acabamos por conseguir perceber. A não verbal, como estava a dizer, há muita coisa, que acaba por passar despercebida, ou seja, em crianças com deficiência, sem deficiência, há muita coisa que pode escapar».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) aquilo que eu tenho reparado é que às vezes a própria postura, a questão não verbal não é tão valorizada e é extremamente importante com as crianças (...) nas formações que nós vamos dando sobretudo para os bombeiros, embora que com os técnicos de emergências também aconteça por vezes. (...) tem a ver com características pessoais de cada um (...) aqui às vezes é mais difícil nós trabalharmos. (...) sobretudo dar aqui um enfoque não só à comunicação verbal, mas também à comunicação não verbal. E em algumas das situações que eu estive, as pessoas até se esforçavam por ter um verbal mais ou menos ajustado, mas depois o não verbal não era condizente. (...) faz parte da característica da pessoa e às vezes isto dificulta depois. (...) estamos a tentar dizer uma coisa com as palavras que não dizemos com o corpo. Isto torna-se difícil (...)».*

Os profissionais estarem contextualizados com o que é esperado acontecer nas diversas fases de desenvolvimento da criança, também seria uma formação importante.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) esse crescimento relativo a cada idade da criança, porque há características diferentes a cada idade, isso não nos é transmitido no curso. (...) essa introdução, das características da criança ao longo dos anos, eu acho importante em contexto formativo para termos essa percepção».*

[<Arquivos\\E11>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Eventualmente o estadio relacional cognitivo de cada faixa etária. Por exemplo crianças com 3/4 anos em já têm a noção de si própria, qualquer coisa desse género! Quais as reações expectáveis, como é que elas se relacionam com elas próprias e com os outros».*

Da mesma forma, que seria pertinente aprofundarem mais as questões dos medos e das emoções de acordo com as diferentes faixas etárias.

[<Arquivos\\P1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) a questão das emoções, os medos, as fases do desenvolvimento infantil. Acho que era importante haver mais conhecimento sobre isto».*

Capacitar os profissionais acerca das ferramentas/materiais facilitadores da comunicação que existem e que iram ser construídos, foi algo também designado pelos profissionais:

[<Arquivos\\E8>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) também concordo consigo de pensar em estratégias de capacitar os profissionais no uso de tecnologias que estejam ao seu alcance nem que seja a tecnologia de consultar os vídeos que foram feitos por exemplo na adaptação do Multilínguas, ou se tiveres net usar este tipo de ferramentas (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T12>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) formações muito específicas com algumas ferramentas, algumas coisas sejam importantes de nós observarmos e detetarmos e na altura o que é que poderíamos fazer aqui 1/2/3 hipóteses de como nos comportarmos e como reagirmos. (...) era importante fazermos as coisas assim dessa forma».*

Formação na área da Comunicação Aumentativa e Alternativa também foi um tema mencionado como importante para estes profissionais.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Eu achei interessante essa parte dos cartões (...) aquilo é interessante (...)».*

Outra sugestão evidenciada foi perceber melhor “o que não fazer” na pediatria de acordo com as fases do desenvolvimento.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) sobretudo o que não fazer. Às vezes nós dizemos o que fazer..., só que eles fixam melhor se tu disseres: “Se tu ligares a sirene ele convulsiva, se tu acenderes a luz ele vai ficar agitado!”».*  
*Referência 2 - «No sentido em que o teu comportamento vai gerar comportamentos. Eu não te estou só a dizer para não ligares a sirene. Eu estou-te a dizer nesta criança ao ligar a sirene há uma enorme probabilidade de acontecer isto. Que aquilo que é um comportamento perfeitamente normal para ti na tua prestação de cuidados, vais ter que o repensar nesta situação (...)».*

[<Arquivos\\T10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Basicamente o que não fazer! Perceber quais são as diferenças a nível temporal das crianças (...). As capacidades de interação com cada estágio (...) temos que ter noção a quem e como é que vamos fazer isso».*

Outro assunto importante a ser abordado em contexto de formação é a instrução de como é que deve ser realizada a abordagem com os Elementos de Referência da criança, devendo-se sempre privilegiar a comunicação da própria criança.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) um ponto que seria bom nesta formação que houvesse, é que nos contextualizamos com os pais nunca é no sentido de: “O que é que o seu filho está a sentir? O que é que o seu filho precisa? É: como é que o seu filho comunica? O que é que conhece dele e me pode dizer para ajudar e eu vou junto da criança ou com o pai ou sem o pai, ou peço ao pai para tentar perceber o que é que ele está a sentir, porque acho que a voz tem que ser dada sempre às crianças».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

O tema Gestão de Conflitos com os adolescentes também foi mencionado como importante no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica, com o intuito de auxiliar o profissional a ultrapassar determinadas situações com estas faixas etárias.

[<Arquivos\\E2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) é mais a gestão do conflito (...) com quem está com os adolescentes (...) eles têm sempre aquela fase crítica à adolescência, também algumas formas de chegarmos a eles (...).»*

A comunicação de más notícias (notificação de morte), foi outra temática demonstrada como importante neste contexto, pois para além de serem situações muito delicadas, os profissionais sentem muita insegurança na sua concretização, principalmente quando se trata de transmitir essa informação a crianças, e fundamentalmente a adolescentes.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) como é que a gente vai transmitir ou como é que a gente vai dar ferramentas para comunicar uma má notícia à criança? Porque nós não queremos mentir, mas como é que vamos fazê-lo?». Referência 5 - «(...) acho que a comunicação de más notícias poderiam nos dar mais estratégias para podermos aprofundar. É como eu digo a pediatria, pode ir até quase aos dezoito anos, e estamos a falar de uma pessoa que já sabe perfeitamente o que é que a gente lhe está a dizer!».*

Por último, foi ainda realçado o facto de ser difícil conceber formação na área da pediatria, pois é bastante desafiador para os formadores conseguirem transmitir exatamente estas imprevisibilidades da criança, sendo importante criar mesmo cenários para que se aproxime o mais possível da realidade.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) o difícil na área da pediatria, é expressar a ocorrência, ou seja, às vezes, falo por mim, tento expressar uma situação, mas quem me está a ouvir, não está a vivenciar. E às vezes, o que faz falta, na área da pediatria e na área da comunicação, é mesmo formação dirigida visual. Ou seja, visual/auditiva. Ter mesmo cenários, a ver a criança..., que é para em termos formativos podermos questionar: “então se fosse esta situação, como é que interagia?”».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

#### **Objetivo 2.14. Perceber a importância de Formação em Língua Gestual Portuguesa de acordo com a percepção dos profissionais;**

Todos os profissionais entrevistados realçaram a pertinência da existência de Formação em LGP.

[<Arquivos\E7>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) tanto é benéfico que o INEM tem uma terapeuta (...). Que se nós necessitarmos em qualquer caso eles metem-nos em videoconferência com ela e eles falam com as pessoas. Ajuda, ajuda-nos. Por acaso era um curso que eu até gostava de tirar. Ainda não calhou (...) mas até gostava de fazer uns workshops, alguma coisa ou um curso mesmo de língua gestual...é interessante».*

[<Arquivos\E10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) estive inscrito numa formação de língua gestual que foi cancelada, creio, mas que tenciono fazer em breve porque, para mim, faz sentido estar o mais próximo das pessoas possível, e o mais próximo das pessoas prende-se com o aprender qual a melhor forma de comunicar com cada um (...)».*

Principalmente poderem ter acesso a conceitos básicos de emergência em LGP.

[<Arquivos\E6>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Adorava, adorava, adorava!!! Acho que seria top e acho que precisamos. Eu acho que temos uma forma de comunicar com a linguagem gestual, que é um link que nós temos, que vai fazer uma videochamada em que nós falamos e acabam por traduzir, mas, acho que seria muito mais vantajoso, nem que sejam coisas básicas! Gestos simples, mas acho que isso seria top sim, acho que seria mesmo brutal!».*

[<Arquivos\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Muito, muito benéfica. Sim, muito benéfica. (...) penso que a língua gestual seria fundamental. Pelo menos algo que permitisse no momento do socorro, facilitar esta comunicação».*

Sendo também importante para compreender o que criança possa querer transmitir, pois, por exemplo, a abordagem da UMIPE é mais desafiadora comparativamente à dos meios, pelas características do tipo de atendimento (muito centralizada na comunicação, não existindo um diálogo estruturado).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P1>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - «Eu acho que seria muito útil para (...) perceber o que aquela criança pode estar a querer comunicar comigo. Portanto ter noções básicas sobre linguagem gestual, acho que era uma mais valia para facilitar uma compreensão de uma criança que tenha essa forma de comunicação. (...) pensando isto em termos, da nossa intervenção acho que é bem mais complexo. (...) eu não tenho uma frase estruturada e formada para dizer àquela criança naquele momento, portanto vai depender de um conjunto de circunstâncias, de momentos, de reações, vai depender de tanta coisa (...).»*

Realçando novamente a importância que seria ter esta formação inserida na Formação Contínua do INEM, principalmente pela dificuldade de gestão dos profissionais nos seus horários laborais.

[<Arquivos\\P4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) acho que haveria muita gente que estaria interessada em fazer e que se calhar atualmente, não o fazem pela dificuldade que há, em conciliar horários..., com os horários do trabalho, mas se fosse uma coisa que pudesse de alguma forma estar inserida na formação contínua, uma formação que é dada no trabalho, acho que as pessoas iriam aceitar isso (...) acabava por ser muito útil!»*

Nesta formação seria também importante perceber quais os comportamentos/posturas ajustados/desajustados por parte dos profissionais para com esta população específica.

[<Arquivos\\E2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) e também em termos da nossa própria postura. Verbalmente, nós já sabemos, ou pelo menos, deveríamos saber, não é. Mas, às vezes, a forma como nós estamos, a nossa postura perante a criança, também acaba por influenciar, o que devemos evitar e o que devemos fazer».*

Seria ainda importante instruir os profissionais na utilização de facilitadores comunicativos com esta população pediátrica.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) mas também concordo consigo de pensar em estratégias de capacitar os profissionais no uso de tecnologias que esteja ao seu alcance nem que seja a tecnologia de consultar os vídeos que foram feitos por exemplo na adaptação do Multilínguas, ou se tiveres net usar este tipo de ferramentas (...).»*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Desta forma, seria relevante até poder ter conceitos chave no futuro Guião de Conduta Comunicativa.

[<Arquivos\EI2>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «Ou mesmo, fazer parte daquele livrito de estratégias poderiam lá estar os pontos chave».*

Como é mais complexo todos os profissionais poderem ter este tipo de formação, seria importante pelo menos alguns colegas por delegação e profissão terem esta possibilidade.

[<Arquivos\PI>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) acho que em todas as delegações deveria de haver profissionais com formação em linguagem gestual. Não digo que tenham que ser todos, mas se calhar pelo menos dentro de cada área, um psicólogo (...) 2/3 técnicos de emergência, 1/2 enfermeiros (...)».*

Em suma, os profissionais acham que é uma área importante e pertinente, pois até já houve um workshop realizado. Não chegaram a avançar para um curso, pois houve dificuldade na compatibilidade dos horários dos profissionais com os do curso.

[<Arquivos\TI1>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) nós temos uma colega (...) ela há muitos anos atrás fez um workshop que era uma coisa voluntária. (...) ensinaram-nos coisas muito simples e muito básicas, mas que realmente nos ajudam (...). (...) lembro-me dela nos dar assim luzes de coisas que nós precisávamos como tensão alta. Alguns gestos que nos ajudavam (...) a que a outra pessoa nos conseguisse responder a coisas muito básicas da dor (...) gostei muito desse workshop e na altura eles até falaram em fazer um curso e nós irmos fazer. Nós pagávamos não era isso que estava em causa e na altura a dificuldade foi nós trabalharmos por turnos, portanto não conseguimos que o curso fosse num horário fixo (...) há dias que nós podemos há dias que não, tinha que ser durante não sei quanto tempo e sempre no mesmo horário! Acabámos por não fazer exatamente por isso. Mas houve e havia muita gente interessada em fazê-lo. (...) língua gestual era uma coisa que nós gostávamos e nós falamos entre nós sobre isso».*

## ix. Categoria 9 - Intervenção do INEM

Tabela 44. Subcategorias da Categoria 9

| Categoria 9. Intervenção do INEM  |                   |
|---|-------------------|
| Subcategorias   | Nº de referências |
| 9.1. Áreas geográficas de intervenção do INEM                             | 2                 |
| 9.2. Condições de apoio vs. características das funções dos profissionais | 113               |
| <b>Nº total de referências</b>  | <b>115</b>        |

### Objetivo 2.15. Compreender as áreas de atuação do INEM em Portugal Continental;

#### Subcategoria Áreas geográficas de intervenção do INEM

Os meios INEM são menos comparativamente aos restantes meios do pré-hospitalar. Ou seja, o pré-hospitalar é assegurado em grande parte por ambulâncias PEM (parcerias do INEM com os bombeiros). Contudo, de acordo com os profissionais as vítimas deveriam ter direito ao mesmo tipo de atendimento, independentemente da zona onde acontece a ocorrência. Como podemos observar na seguinte análise construtiva referente à zona sul do país.

[<Arquivos\EI2>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) costume dizer que o mesmo doente que está em Sagres, tem o mesmo direito aos cuidados que o doente que está em Portimão (...) olhando ao lado do Barlavento, Portimão é onde termina a última ambulância do INEM. A partir daí Lagos é bombeiros, Vila do Bispo é bombeiros, Sagres é bombeiros e juntamente com Cruz Vermelha e muita das vezes até se fala dos protocolos dos TEPHs (...) mas os protocolos estão direcionados para as ambulâncias INEM e os doentes em que atendemos, tem o mesmo direito, o doente que está em Lagos, como tem o mesmo direito o doente que está em Portimão». Referência 6 - «São muito mais (...) o INEM nem teria capacidade de, assegurar o pré-hospitalar, sem estas parcerias».*

Sendo o Alentejo e o Centro semelhante. Apenas é diferente nas grandes superfícies urbanas como Lisboa e Porto:

*Referência 7 - «(...) isto depois para cima é tudo igual. (...) onde podem ter mais ambulâncias, são nas zonas centrais, Lisboa e Porto. (...) em Lisboa têm: Lisboa um, Lisboa dois, Lisboa três. Mas aqui não, aqui maioritariamente, estão quê? Quatro ou cinco ambulâncias INEM, de uma forma geral no Algarve».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Relativamente às áreas geográficas das UMIPE, embora se restrinjam à área da sua Delegação Regional, a sua intervenção tem muito a ver com a disponibilidade dos meios. Se existir uma ocorrência na zona Centro e a UMIPE local não estiver disponível, a UMIPE do Norte (mais próxima) assegura o serviço. Podendo ainda, em situações de exceção ser acionados para qualquer local do país.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) há aquelas situações de exceção em que é necessário empenhar várias UMIPE's, podemos ser chamados todos para qualquer ponto do país. (...) no dia-a-dia, é toda a zona norte e a parte ali da zona centro, porque depois há determinadas zonas que estão sob a alçada da DRN, mas na realidade pertencem à região centro. Mas que somos nós que damos resposta. Portanto vai havendo esta articulação e esta resposta conjunta sobretudo as UMIPE's mais próximas que vão cobrindo a área uma da outra».*

Existem diferentes meios diferenciados em todo o país, como por exemplo, na zona Centro há a SIV de São Pedro do Sul (que é recente) e em Viseu é o caso da SIV Tondela. Recentemente foram inauguradas outras SIV's no país.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Viseu é SIV de Tondela». Referência 3 - «A de São Pedro do Sul tem cerca de um ano e meio». Referência 4 - «E abriu agora em junho de 2021 a SIV Alcobaça e anteriormente a SIV Oliveira de Azeméis».*

**Objetivo 2.16. Analisar as perceções dos profissionais relativamente às condições de apoio versus características das suas funções.**

**Subcategoria condições de apoio vs. características das funções dos profissionais**

A maioria dos profissionais evidenciou diferenças nas condições de apoio versus características das suas funções, principalmente no que diz respeito ao local onde ocorre a ocorrência (se é num bairro específico, se é em meio rural, se é em meio citadino, se é no interior do país ou até no litoral), que influenciam a abordagem/prestação da emergência pré-hospitalar. Uma dessas diferenças diz respeito, por exemplo, às características da própria população nos meios rurais/interior do país, em que habitualmente são menos exigentes, respeitam mais o “trabalho” dos profissionais, e são mais “resistentes” comparativamente às vítimas de zonas citadinas. As vítimas de meios

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

rurais, normalmente acabam por acionar os meios apenas quando é realmente necessário.

Acabando também por facilitar os profissionais na sua atuação.

[<Arquivos\E2>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) as próprias características da população, em termos de educação, de formação, notam-se muitas diferenças (...) se formos para a freguesia X, para o bairro Y, já sabemos, mais ou menos, “zonas mais desfavorecidas”, temos gente com todo o tipo de formação, mas vamos sempre, já com aquela ideia pré-formatada (...). Mais para o interior, as pessoas acabam por ser também diferentes, têm outra forma de estar e de ser, em termos da própria educação (...). A exigência das pessoas, muitas vezes, também é maior nesses sítios, do que propriamente, no interior, que às vezes, não têm nada (...) em que a população é fantástica, no sentido de ser educada connosco e respeitar-nos (...) para um grande porto (...) em que exigem tudo (...), mas só têm direitos, não têm deveres. (...) há muitas diferenças geográficas».*

[<Arquivos\E8>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Então é claramente o “graças a Deus que existe o interior do país!”. Muito mais resilientes, muito mais tolerantes, muito mais ouvintes, muito mais aceitadores de sugestões. A população do litoral: altamente dependente do sistema, focada na farmácia em frente, não preciso de ter conhecimento nenhum porque o Centro de Saúde é daqui a cinco minutos, a farmácia está aberta 24 horas e o paracetamol não precisa de estar no frigorífico quando for preciso vai-se comprar. Isto em pediatria é “by the book”, bem-dito o interior, tenho pena do litoral (...)». Referência 2 - «(...) e dentro destes contextos, um contexto urbano e um contexto rural. Claramente quanto menor for o acesso aos serviços também maior é o grau de resiliência daquela população. Porque eles sabem que estão muito mais dependentes deles. Quanto maior é a proximidade aos serviços maior é o grau de exigência, mas também maior é o grau de dependência, porque eles claramente nem se preocupam em desenvolver capacidades e competências e dispositivos que emitam se manter com informações de saúde atualizadas ou sequer com alguma intervenção concreta. (...) concordo plenamente que isto influencia claramente o socorro e a nossa prestação de cuidados (...)».*

Mesmo as crianças têm características diferentes quando comparadas à dos meios citadinos. São normalmente crianças com maior liberdade, e por isso brincam frequentemente na rua. São mais serenas e não necessitam de tanta proteção por parte dos Elementos de Referência. Assim como os próprios pais não são tão agitados/stressados.

[<Arquivos\E7>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) as crianças parece-me a mim que são muito mais calmas..., aqui no meio da cidade acho que os pais são mais stressados, as crianças são mais sensíveis, necessitam muito mais da proteção dos pais (...)». Referência 3 - «Mais liberdade, brinca mais na rua e tudo. E eu acho que a abordagem é muito mais fácil no interior do que aqui no meio da cidade».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E12>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) a grande diferença poderá ser que as crianças da serra, entre aspas, são mais “Terra a Terra”, tipo andam ali, não há tanto aquela sede de proteção! Deixa a criança se cair caiu, levanta-se!».*

*Referência 7 - «É mais livre. Não é tão protetor. Aqui na cidade talvez pelo aumento dos riscos inerentes a estar num meio com muita gente, existe mais proteção dos pais. Nota-se mais a diferença. Lá não. Lá nota-se que as crianças andam sujas pelo chão, a roupa está rasgada, ele está a brincar, não faz mal (...)».*

As condições de atendimento também alteram, quando falamos em aldeias mais do interior, pois estão mais afastadas de uma Unidade Hospitalar. Para além do problema da distância que é longa (as ocorrências demoram muito tempo), os próprios acessos e indicações dadas para chegar ao local da ocorrência nem sempre são simples.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 15 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) às vezes o problema é também chegar ao local. As indicações nem sempre são muito fáceis. As ruas não são fáceis. Aqui no interior, é tudo longe umas coisas das outras. Nós chegámos a ter ocorrências de três horas».*

[<Arquivos\\E2>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 7 - «Nas aldeias e nos sítios assim mais para o interior, aí, apesar de tudo, é mais a distância a um hospital, como, por exemplo, Melgaço. Há aldeias que ficam muito distantes, que são horas. Nós temos saídas que no máximo levam duas horas, três, e que já é uma loucura, digamos assim! Para o interior, uma saída com quatro, cinco horas, não é nada de mais, é perfeitamente normal. Não é pelo tempo em si na abordagem, no tratamento da vítima, mas é pela distância, que têm de percorrer, para chegarem ao hospital».*

Existem também diversas barreiras físicas sentidas pelos profissionais nos seus acionamentos, que influenciam negativamente a sua abordagem, como casas com difícil acesso, divisões de casas muito pequenas, casas com muitos degraus, ruas estreitas com carros estacionados, entre outras.

[<Arquivos\\E2>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) existem as próprias barreiras físicas». Referência 3 - «(...) com terceiros e quartos andares (...) sem elevador, em que as casas têm muitas escadas, depois cheias de vasos, que acaba por dificultar a passagem, até sem nada (...). Os próprios móveis, uma casa que a gente mal passa». Referência 4 - «Muuuuuítas vezes» [acabando por acontecer com frequência]. Referência 5 - «Até as próprias ruas, muitas vezes, há dificuldade em passarmos. Carros estacionados, ruas já estreitas por si só e as pessoas acabam por estacionar, em frente, perto de casa». Referência 6 - «(...) deparamo-nos muitas vezes com isso. Eu entendo que as pessoas também têm a sua vida, os seus horários a cumprir e a gente acaba por ser um obstáculo ali, mas também naquele momento é aquela vida que precisa».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Outras questões que interferem nas condições do atendimento, é a localização da própria ocorrência, sendo mais cómodo e facilitador os profissionais abordarem a vítima em sua casa, do que noutro contexto, como por exemplo, na rua. As próprias condições climatéricas vão influenciar também a prestação de cuidados de emergência caso a ocorrência seja no exterior, assim como a própria avaliação do profissional.

[<Arquivos\\PI>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 1 - «Um lugar seguro da pessoa na zona de conforto é diferente de intervir no meio de uma autoestrada com um cenário assustador. Portanto faz diferença. Depois até coisas tão simples como o clima, pode fazer diferença (...) se estiver na torre na Serra da Estrela com menos cinco graus (...) a fazer uma intervenção é diferente de estar num sítio com vinte graus em que eu estou confortável, o meu corpo está confortável, estou muito mais disponível para me focar no outro, na minha intervenção e no meu trabalho (...). (...) ter uma vítima na via pública, na rua, está um frio terrível, a pessoa está a tremer, não sei se ela está a tremer porque está ansiosa ou porque está frio».*

[<Arquivos\\E12>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) é completamente diferente. Eu sair para um acidente agora aqui do que sair para um acidente no Porto. Em que se calhar está a chover. Aqui nós a nível meteorológico somos uns sortudos e não sentimos muito. Claro que também faz frio, mas não tenho sentido ... a não ser que esteja a chover, é que me pode dificultar a parte da comunicação (...)».*

Existem então diferenças ao nível de questões culturais, geográficas, de formação/educação e a nível sócio-ecómico, que vão influenciar a abordagem dos profissionais. Estas diferenças são sentidas também dentro de Lisboa, onde existe uma grande variedade destes fatores que afetam a abordagem.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) a cidade de Lisboa tem muitas diferenças entre ela (...). (...) as crianças e os agregados familiares são diferentes da periferia por exemplo (...). Nós também fazemos a zona da periferia onde são bairros sociais, onde a família é uma família destruída por uma série de razões, e nota-se muita diferença de quando vamos para esses ambientes e quando vamos para ambientes do centro digamos assim, (...) são famílias mais estruturadas, onde o nível social é diferente, nota-se muita diferença de um lado e do outro. Eu também já trabalhei na zona da Amadora..., agora felizmente esses bairros já quase não existem, mas na altura quando íamos para a Cova da Moura e para esses bairros todos (...) aí também se notava muito a diferença comparativamente aos da cidade».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Eu noto tanto da área geográfica, como a nível ambiental, como a nível social, como a nível de fatores externos. (...) somos uma cidade que eu acho que tem muitas divisões e temos muitas fronteiras. A nível social não é fácil. Nós podemos estar num bairro e duas ruas ao lado já ser uma coisa completamente diferente. Não é pelo caráter social que eu já fui para bairros sociais onde fui muito mais bem tratado. Pediram-me mais para ajudar uma criança do que para outros bairros onde era tudo feito em mármore e fui totalmente desacreditado e maltratado até por pessoas de outro nível social (...).»*

Ao nível comportamental também são sentidas diferenças nas crianças em Lisboa, nomeadamente na facilidade de acesso às coisas.

[<Arquivos\\T9>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) diferenças que há: em Lisboa eles têm acesso a tudo o que é bom e a tudo o que é mau. Não quer dizer, que aqui não existe também, porque existe. Só que em Lisboa, está a meio metro de distância, aqui se calhar está a um, dois metros (...).»*

A nível nacional o número de acionamentos em Lisboa é superior ao resto do país, e por isso os meios existentes ficam facilmente ocupados. Para além disso, existe uma grande diversidade cultural (como já referido anteriormente).

[<Arquivos\\T11>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Num turno normal aqui em Lisboa (...) faço 5 serviços...no mínimo! É muito raro um turno em que faço menos serviços (...) nós temos sempre muitas saídas em Lisboa. Até demais comparado com o resto do país, nós estamos sempre na rua! Entramos na ambulância de manhã e saímos às 4 da tarde».*

[<Arquivos\\T12>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) Lisboa tem muita carência naquilo que são os meios de pré-hospitalar, facilmente os meios ficam todos ocupados em serviço e muitas vezes nós acabamos por ser direcionados para a zona de Lisboa. (...) percebe-se que há diferenças, mesmo dentro de Lisboa (...) zonas que são mais dormitórios, zonas menos dormitórios em que há mais serviços (...) de empresas, zonas mais turísticas, zonas de habitação social em que temos maiores aglomerados de habitação social (...) temos se calhar uma maior miscelânea cultural também (...). (...) na Amadora (...) temos realmente grandes aglomerados de pessoas emigrantes, que faz com que haja necessidade realmente de nos adaptarmos também aquilo que é a nossa posição, a nossa forma de comunicar, a nossa postura e muitas vezes a linguagem (...).»*

Regra geral, os meios agregados aos grandes centros acabam por ter maior número de ocorrências, existindo meios (fora dos grandes centros) com poucas ocorrências.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Desta forma, existe maior probabilidade de as ocorrências pediátricas ocorrerem em meios citadinos, pois é onde existem mais escolas e por consequência mais crianças. Contudo alguns profissionais realçam que existem locais não-citadinos que acabam por ter ocorrências pediátricas muito distintas pois apenas têm meios diferenciados ao seu dispor.

[<Arquivos\\E3>](#) - § 1 referência

*Referência 1 - «Se calhar uma população que seja da cidade, ou seja, por exemplo onde há mais escolas, portanto certamente haverá mais situações e mais casuística até para o doente pediátrico, do que se for por exemplo em Melgaço que é uma zona que tem muito menos crianças (...).»*

[<Arquivos\\E4>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) meios mais rurais de Lamego acabam por ter uma casuística grande, em termos de ocorrências distintas com pediatria..., porque naquela região não há mais nada, a não ser a SIV».*

Para além dos aglomerados de pessoas imigrantes em Lisboa, existem outras zonas do país onde isso também acontece, como por exemplo o Alentejo e zonas do Interior do País (em que praticamente não falam português e com culturas muito diferentes das nossas). O mesmo se verifica com pessoas de etnia cigana, que são, outro exemplo de exceção, que influenciam a abordagem no atendimento de emergência.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) aqui em Odemira trabalhamos muito com pessoas estrangeiras, nepalesas, indianas... E sem dúvida que o número de grávidas que nós vamos buscar ao domicílio, se não for cem por cento, para lá caminha (...) é uma situação (...) que a longo prazo vai trazer bastantes condicionantes nesse sentido (...). Porque são pessoas que (...) na perspetiva comunicacional não se adaptam tão bem (...) acabam por ser também um povo muito isolado e acabam por não partilhar muito connosco. Pode ser um problema que a longo prazo possa ser identificado (...). Em Estremoz acontece muito com o povo de etnia cigana...». Referência 2 - «(...) temos algumas pessoas de etnia cigana e que normalmente têm os seus filhos em condições que não são as melhores e acabamos por ter algumas ocorrências para este tipo de situações. São ambientes também muito complexos (...) alguns acabam por ser, não só pela presença dos familiares, mas pela pressão. (...). (...) é um problema que define aqui esta zona».*

[<Arquivos\\T5>](#) - § 15 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) depois Bangladesh a maior parte deles nem inglês fala. E depois tem um tradutor, isto é, normalmente um chefe que faz a ponte entre eles todos. Depois os outros que costumamos ter por aqui nos montes, a maior parte deles fala tudo ou francês, ou espanhol, ou inglês» [Fundão].*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Os diferentes regionalismos que existem em Portugal Continental, são características que diferem consoante os locais onde os profissionais estão a prestar serviço e também influenciam o atendimento, tornando-o por vezes mais complexo.

[<Arquivos\\E3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) existem algumas particularidades, até comunicacionais (...) tudo o que é ali na zona da fronteira, seja Valença, Melgaço, Monção, portanto até há alguns termos comunicacionais que as pessoas usam porque são quase um regionalismo, que interferem é na comunicação, isso interferem (...)».*

[<Arquivos\\T5>](#) - § 15 referências codificadas

*Referência 14 - «(...) os casos de mais isolamento e com uma faixa socioeconómica mais baixa às vezes é muito difícil comunicar com eles e às vezes até perceber o que é que eles estão a falar connosco, porque usam dialetos muito complicados às vezes» [relativamente à zona interior (Beirã) do país].*

A própria comunicação com as crianças tem que ser adaptada, consoante a localização/zona onde estão inseridas, ou seja, do ponto de vista geográfico e até sócio-económico.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) vemos que é uma criança que passa algumas dificuldades do ponto de vista socioeconómico, para uma criança que não. O nosso processo de adaptação, de comunicação é totalmente diferente. Não só do ponto de vista geográfico, mas também ao nível socioeconómico (...)».* *Referência 2 - «E também de conteúdo (...) eu não posso ir a um miúdo que está em Várzea da Serra (é um sítio onde vivem quatro ou cinco pessoas). Vamos imaginar (...) é um sítio que tem eletricidade há cinco anos. Não faz sentido (...) estar a puxar conteúdos que não são adaptados ali, não vou falar numa PlayStation quando sei que não têm (...). No meio urbano, eu falo mais de jogos de computador “tu gostas de jogar...” , num miúdo do meio rural, eu falo do futebol “então és do Porto, do Sporting ou do Benfica?” (...)».*

[<Arquivos\\T1>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) portanto, a abordagem de uma criança que viva no centro de uma cidade, e estamos a falar de poucos quilómetros de distância (...) habitualmente é diferente de uma criança que já mora um bocadinho mais retirado (...)».*

A própria forma de lidar com a morte, difere entre as crianças de meios rurais comparativamente às dos meios urbanos. As crianças em meios rurais estão habituadas a ir aos funerais, o que faz com que possam ter maior à vontade com a questão da morte, tendo os profissionais que respeitar sempre a decisão das famílias.

[<Arquivos\PI>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) muitas vezes chegamos a meios mais rurais as crianças estão lá, o corpo da vítima está ali, a família está toda ali e quando nós tentamos explicar aos familiares que podia ser importante retirar a criança, temos que fazê-lo com muito cuidado e temos que sensibilizar os pais para isso e às vezes os pais dizem-nos: é normal! Ele está habituado! E nós respeitamos se é a decisão da família. (...) as crianças têm mais exposição a este tipo de contextos, a morte é encarada de uma outra forma e a perda é vivida de uma outra forma. (...) tem a ver com a própria organização das famílias em termos de contexto rural é diferente do contexto urbano. (...) normalmente há mais rede de suporte familiar. (...) a família toda junta-se ali e se para nós isto pode-se trazer maior dificuldade na nossa intervenção, por outro lado é benéfico para as pessoas e a curto e médio prazo é uma mais-valia para aquela família, para aquelas pessoas que perderam alguém. (...) as crianças em si, no meio deste contexto também têm uma capacidade maior em lidar com o contexto de perda com a morte, com o luto e com os funerais. Muitas vezes nos contextos rurais as crianças vão aos funerais e isso é encarado com naturalidade (...) e não deixa de o ser (...) portanto, sim a minha resposta é sim, há diferença regional, sobretudo entre o contexto rural e urbano».*

O próprio facto de muitas crianças em meios rurais frequentarem a catequese, também vai influenciar/facilitar a forma de lidar com a morte, realçando novamente que devem ter respeito pelas crenças das famílias intervencionadas.

[<Arquivos\PI>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) uma coisa tão simples (...) muitas vezes no contexto rural ao contrário do que acontece no contexto urbano, há muitas crianças a frequentar a catequese (...) portanto, todos estes conceitos de morte e de crenças sobre a morte e de pós-morte, têm aqui outras características diferentes (...). (...) é importante, nós termos esta sensibilidade para olhar para isto, perceber isto e ter respeito por isto».*

Para além destas questões, as crianças em meio rural, costumam ter uma maior proximidade com os Bombeiros do que a dos meios urbanos, o que também pode influenciar a forma como a criança lida com a emergência e com os profissionais. Em certas situações, o que pode acontecer é mesmo a criança conhecer algum bombeiro que esteja presente na ocorrência. Portanto, outro fator que realmente influencia são as vivências experienciadas pelas crianças.

[<Arquivos\PI>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) a experiência anterior que eles tiveram com profissionais de saúde ou o tipo de exposição que no meio deles existe aos profissionais de saúde (...). No meio rural, eles conhecem mais os bombeiros (...), portanto se calhar não é tão esquisito vir alguém da ambulância, mas se calhar uma criança da cidade que só vê ambulâncias ao longe e não têm relação direta com nenhum bombeiro, se calhar já vai achar aquilo um bocadinho mais estranho (...). Referência 3 - «(...) às vezes é ver os bombeiros a tomar café porque convivem mais com eles. Ou por exemplo o bombeiro é primo do meu amigo (...) conhecem-se todos. E nesses meios muito dificilmente nós vamos para a ocorrência sem os bombeiros da área, que acabam por ter ali uma facilidade maior (...).».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T4>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) basta uma criança ter um tipo de ambiente e até estar inserida num infantário e a outra não, está só com a ama, ou só com a mãe em casa, só com a avó, e não tem convivência com outras pessoas, a nossa abordagem vai ser muito mais complicada com essa, que só está habituada a estar com a mãe em casa do que a que está num infantário. (...) e estamos a falar no mesmo meio, depende claro obviamente, da experiência de cada um».*

A própria intervenção com a UMIPE, é sentida como mais reduzida em meios mais citadinos, comparativamente com os mais distanciados, assim como o próprio acionamento da VMER, devido às curtas distâncias sentidas nestes locais até à Unidade Hospitalar.

[<Arquivos\\T1>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) o contacto que nós temos com a UMIPE é muito reduzido. (...) eu trabalho no centro do Porto e estou a 5/10 minutos do hospital (...) não há propriamente tempo útil de uma UMIPE trabalhar, a maior parte das decisões é transportem e no hospital eles tratam (...). (...) e mesmo ao nível de contacto telefónico poderei ter, mas são poucas as vezes que acabamos por o fazer, não vou estar aqui a mentir, eu tenho a noção de que meios mais retirados, em que a equipa vai estar em contacto durante um período de tempo mais longo, mais alargado, muito provavelmente, aí sim, fará mais a diferença. (...) a UMIPE acaba por dar mais apoio em meios mais retirados». Referência 2 - «Se calhar não deveria, mas acaba por acontecer porque o próprio acionamento da CAPIC está dependente do médico regulador (...)».*

Existem diferenças no tipo de ocorrência, influenciadas pelo contexto/localização da emergência relativamente às áreas geográficas do país (norte, centro e sul), pelas características destas zonas.

[<Arquivos\\P4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) a probabilidade de termos ocorrências menos exigentes ou menos graves na cidade é superior, do que a mesma coisa por exemplo na serra. Onde só vão chamar quando efetivamente estão mal (...) isso vai influenciar tudo e mesmo o tipo de ocorrência por exemplo a nível da UMIPE, quando chega o verão nós temos os afogamentos por causa das praias, temos as quedas nas falésias (...) da pesca... não se pode pedir uma queda de uma falésia, se nem existem falésias (...). Daí a razão de nós não termos tantos acidentes graves felizmente, como existem por exemplo em zonas onde passam autoestradas, como a autoestrada do Sul ou a autoestrada do Norte. (...) se calhar há menos ocorrências, também porque nós somos menos (...) que aumentam quando nós já somos mais, no verão (...). (...) Eu vejo com as minhas colegas do Norte e do Centro, elas (...) vão para mais acidentes de trabalho do que nós. Nós aqui são poucas as fábricas que nós temos e a construção neste momento está essencialmente muito na construção de vivendas, (...) se calhar oferece menos riscos que lá em cima. A construção de estradas neste momento também não é uma coisa que exista muito aqui, tanto a nível do Algarve como do Alentejo, portanto também faz com que isto, seja diferente. (...) se eu tivesse de ir para o norte neste momento trabalhar notava uma diferença brutalíssima no tipo de serviço (...)».*

As questões ambientais também vão influenciar as morbilidades e as patologias das vítimas. Para além destas questões, os profissionais notam também diferenças socioeconómicas, e diferentes estratos de pobreza, nomeadamente no interior do país (onde por exemplo, algumas pessoas se encontram abandonadas, tendo decorrido muitas sinalizações por parte do INEM nesta região).

[<Arquivos\\T5>](#) - § 15 referências codificadas

*Referência 10 - «(...) nestas zonas temos muito mais problemas respiratórios do que se calhar noutras zonas. No Alentejo não sentia que houvesse tanta pessoa com problemas respiratórios. Havia outro tipo de patologias. Muito mais enfartes no Alentejo do que na Beira. Se bem que este ano está a ser um ano atípico (...) noto diferenças socioeconómicas muito grandes aqui (...) há vários estratos dentro da pobreza (...). Isto é, as casas são gigantes, mas falta tudo. Eu nunca sinalizei tanta gente como aqui. (...) nós somos o primeiro passo de sinalização (...) há pessoas que a gente sinaliza uma vez, duas vezes por agudização a maior parte delas (...). Outras por desorientação e incumprimento terapêutico que é uma coisa gravíssima (...) porque estão literalmente abandonadas. (...) há muitos idosos aqui com noventa anos que vivem sozinhos. E que já não têm a verdadeira capacidade de orientação (...) depois temos algumas fases de agudização de famílias inteiras com crianças (...) crianças criadas por irmãos, muito complicado (...).*»

As dificuldades de literacia também são sentidas no geral em qualquer região do país, já que estes atendimentos são frequentes à população idosa, tendo os profissionais o cuidado de uso diminuído de termos técnicos, para que entendam todos os procedimentos, de acordo, com as capacidades de compreensão das mesmas.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) tento sempre não usar muitos termos técnicos e, até porque eu quando entrei para o INEM não conhecia a maioria deles e, então, usava e uso normalmente: “o que é que lhe dói ou qual é a dor”; não digo: “tem dor abdominal?”; digo: “dói-lhe a barriga?”; por exemplo. (...) a nossa realidade é muito de idosos, portanto também têm essas dificuldades (...) só vamos confundir a pessoa, ou fazê-la achar que não percebe nada daquilo (...).*»

Existem também diferenças quando os profissionais prestam serviços em diversos meios localizados em zonas distintas, pois estão em contacto com diversificados colegas de trabalho. Nestes casos, os profissionais têm que alterar a sua estratégia de atuação em equipa, pois conhecer os companheiros de trabalho facilita muito na diferenciação, sendo importante conhecer o protocolo e atuarem em sintonia de acordo com o mesmo, independentemente do meio onde se encontram.

[<Arquivos\E4>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) enquanto eu estava na minha equipa, eu conhecia os meus cinco técnicos e os meus quatro enfermeiros (...). Bastava-me a olhar, e eles já sabiam o que é que era preciso fazer (...). Quando comecei a fazer a equipa com várias equipas, dei por mim a mudar a minha estratégia de abordagem. (...) o que eu penso, estou a dizer. Mas é estratégia (...)». Referência 6 - «(...) porque conhecer as pessoas, ajuda muito na diferenciação. (...) e esse tipo de estratégia de expressar o que estou a pensar, ajuda no trabalho em equipa (...). (...) eu digo sempre isto, se tu não me disseres o que queres, eu não sei o que é que estás a pensar. Por isso, quando me pergunta isto de ir para vários meios, individualmente, eu noto que adotei essa estratégia, para me facilitar». Referência 7 - «(...) a equipa da SIV Valongo é uma equipa que tem elementos do INEM e elementos do hospital e dentro dos elementos da INEM, há 2 que são efetivos de Valongo, mas depois, podem vir enfermeiros de todas as SIV's. E os técnicos, às vezes, queixam-se (...) é difícil porque não conhecem a pessoa. Mas tu não precisas de conhecer a pessoa. O que é preciso, é conhecer o protocolo e estarem os dois em sintonia com o protocolo e distribuírem as funções. E se os dois expressarem o que estão a querer fazer ou dizer, é mais fácil».*

Portanto as condições de atendimento dos profissionais são muito imprevisíveis, e como já referido podem alterar geograficamente. Mas os profissionais já estão familiarizados com esta imprevisibilidade tão característica deste tipo de atendimento (considerada uma especificidade deste tipo de atendimento).

[<Arquivos\E5>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nós sabemos o que temos que fazer minimamente (mal de nós se não soubessemos) (...)». Referência 2 - «Tem que ser, tem que ser! Em qualquer circunstância. Eu não estava a pensar ir para o Rali socorrer crianças e de fato foi o que aconteceu comigo!». Referência 3 - Mas a verdade é que afinal...e graves!!! Com uma pressão enorme de tempo e de vias de comunicação terrestre que não havia...enfim, no meio do nada, no meio dos pinhascos!»*

**Questão 3 - Que materiais podem constituir-se como facilitadores da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a percepção dos profissionais do INEM?**

**Objetivo 3.1. Identificar materiais facilitadores da comunicação já existentes neste contexto;**

**Objetivo 3.2. Identificar materiais/estratégias facilitadores/as necessários/as para facilitar a abordagem à vítima pediátrica.**

## **X. Categoria 10 - Materiais Facilitadores para a comunicação**

Tabela 45. Subcategorias da Categoria 10

| <b>Categoria 10. Materiais Facilitadores para a comunicação</b> |                   |
|---|-------------------|
| Subcategorias   | Nº de referências |
| 10.1. Pertinência   | 59                |
| 10.2. Cartão de Identificação Pediátrico                        | 131               |
| 10.3. Brinquedo/material infantil apelativo                     | 82                |
| 10.4. Adaptação do Manual Multilíngue                           | 71                |
| 10.5. Aplicação/programa no iTEAMS para pediatria               | 62                |
| 10.6. Escala de av. e localização da dor                        | 48                |
| 10.7. Checklist com Parâmetros Comunicativos a ter em conta     | 46                |
| 10.8. Escala para av. as emoções                                | 37                |
| 10.9. Guião Orientador da Comunicação                           | 37                |
| 10.10. Prancha de Comunicação                                   | 34                |
| 10.11. Material facilitador e adaptado para a LGP               | 21                |
| 10.12. Outros (materiais já existentes)                         | 16                |
| <b>Nº total de referências</b>                                  | <b>644</b>        |

### **Subcategoria pertinência**

Todos os profissionais realçam e concordam com a **pertinência** da existência de facilitadores comunicativos, na prestação de emergência pré-hospitalar pediátrica.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) é fundamental termos ferramentas que nos auxiliem a retirar dados e, até mesmo, a ganhar a confiança das crianças..., vai fazer toda a diferença, do que vão ser os nossos cuidados e o nosso tratamento».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E5>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) não estão disponíveis...falta esse passo, portanto, naturalmente será bem-vindo e uma mais valia para todos nós. (...) sentimos que a pediatria é sempre aquela zona sensível em que nós, gostamos sempre de estar preparados (...)». Referência 2 - «(...) trabalhando numa abrangência de situações e faixas etárias como nós, todas as ferramentas são bem-vindas e úteis, que nos possam ajudar». Referência 3 - «(...) seria importante, porque facilitaria (...) toda abordagem e a participação da criança conosco, ou pelo menos ia-nos a ajudar a facilitar essa relação terapêutica...ferramentas que nos ajudassem a otimizar isso! Porque sem isso é muito difícil avaliar! (...) se tivermos algumas ferramentas nesse sentido, era excelente!».*

Obviamente que estes materiais não seriam para utilizar em todas as ocorrências, no entanto, era importante estarem disponíveis para quando os profissionais necessitarem.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) há situações em que vamos ter tempo de as aplicar, outras que não vamos ter. Existindo pelo menos vamos todos explorando e vamos todos ter noção que existem. Se nem sequer as tivermos ao nosso dispor, nem sequer as vamos usar, por isso, a sua existência é sempre benéfica».*

[<Arquivos\\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Tê-lo disponível na ambulância, sim por exemplo porque em qualquer altura podem ir buscar e podem utilizar».*

Estes materiais facilitadores devem ser de uso simples (intuitivos) e de rápida utilização, indo ao encontro das características/especificidades destes atendimentos.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «E se for uma coisa muito complexa, até a pessoa também se desinteressa».*

Por outro lado, também auxiliaria os profissionais que não têm tanta destreza/à vontade com a população pediátrica.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - « (...) se tivermos todas estas ferramentas se calhar aqueles que não têm tanta facilidade, vão sentir-se mais um bocadinho à vontade para avaliar realmente a criança como deve ser, antes de a levar para o hospital e não ser do tipo: agarra, senta aqui na ambulância e agora quando chegar lá a enfermeira descubra o que é que aconteceu, não é assim».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Será ainda benéfico, porque podem ser utilizados em diversas situações, podendo até ser utilizado com a população adulta.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 3 - «Sim, sim exatamente, sem dúvida, sem dúvida!» [concordando que o material facilitador construído nesta investigação pode ser utilizado até com a população adulta com dificuldades].*

[<Arquivos\\T11>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 3 - «Exatamente, até as mais idosas, já têm demências associadas que já não conseguem exprimir-se da mesma forma?».*

Este material será ainda mais pertinente nos casos de ocorrências mais distantes, pois como já referido em categorias anteriores, é difícil manter uma criança sossegada durante o transporte, acabando por facilitar também neste aspeto.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) se falarmos no Alentejo estamos a falar de distâncias muitas vezes de uma hora de transporte. E aí, faz todo o sentido termos mais ferramentas para podermos entreter (...) e tornar aquele momento desagradável, num momento agradável para a criança. Acho que sim. Sem dúvida».*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) noutros meios mais fora, demoram algum tempo. Na ambulância levam os pais, tudo bem, mas não é fácil ir ali meia hora ou mais no caminho. Acho que aí sim, ajudaria bastante».*

Estes facilitadores comunicativos, também facilitam para a diminuição de erros por parte dos profissionais, tendo os profissionais sentido que existem cada vez mais casos pediátricos, dentro da pouca casuística que têm.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) se calhar cometemos pequenos erros que poderiam ser minimizados e poderiam ser evitados se tivéssemos (...) esses pequenos pormenores e essas ajudas, acho que seria bastante importante (...). Apesar de ainda ser pouca a casuística, cada vez mais vemos situações com crianças (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Em crianças não-verbais, seria ainda mais interessante a existência de facilitadores comunicativos, como por exemplo, escalas comportamentais/emocionais.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Eu não conheço efetivamente se existem escalas comportamentais de emoção digamos assim. (...) tal como podemos aplicar uma escala comportamental de dor a esta tipologia do utente porque não procurar aplicar escalas comportamentais e emocionais, não sei se isso existe. (...) a existir parece-me perfeitamente plausível que se traga para esta realidade (...)».*

Todos os facilitadores comunicativos seriam interessantes, auxiliando a criança a olhar e a apontar.

[<Arquivos\\T2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) ter essas escalas e material de apoio onde eles pudessem olhar e apontar...».*

Devendo estas ferramentas facilitadoras ser adaptadas às diferentes faixas etárias que a pediatria abrange.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) a pediatria é um campo muito grande porque temos pediatria desde os meses de idade até aos 16/17 anos e a verdade é que não só a nossa postura, mas também as ferramentas que possamos utilizar são ferramentas diferentes. E têm que ser diferentes, porque não têm a mesma eficácia (...)».*

### **Subcategoria Cartão de Identificação Pediátrico**

Um dos facilitadores comunicativos sugerido foi o **Cartão de Identificação Pediátrico**, a globalidade dos entrevistados considerou este facilitador comunicativo como pertinente no contexto da emergência pediátrica, como é possível verificar nas passagens construtivas seguintes:

[<Arquivos\\E11>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) se pudermos ter acesso a informação fidedigna, nomeadamente aquilo que acabou de dizer se a criança tem alergias e quais, se faz medicação, se tem antecedentes nomeadamente doenças e coisas do género. O peso, algum tipo de dificuldade, e até alguma informação adicional sobre os medos, alguma situação relevante para o momento..., digamos que um cartão de identidade com algum histórico*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*da criança e dados atualizados, tudo isso contribui para uma melhor prestação de cuidados, indiscutivelmente».*

[<Arquivos\\T9>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Sim. Até porque lá está, se estiver com algum adulto de referência ele provavelmente vai nos dar essas informações. Se não estiver, nós temos que recolher informação de algum lado». Referência 3 - «A ideia é cinco estrelas».*

Até nos adultos seria facilitador a existência deste material para os profissionais.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Isso até no adulto, Stefanie» [risos].*

Será um material facilitador para diferentes situações, como por exemplo quando as ocorrências decorrem em escola e/ou instituições, ou até quando os Elementos de Referência não estão presentes (porque as crianças estão em campos de férias, os elementos de referência faleceram ou estão gravemente feridos, quando existe dificuldades de literacia, entre outros):

[<Arquivos\\E6>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) seria uma mais valia principalmente a nível de escolas, campos de férias, sítios onde as crianças não estejam com os pais. Porque se tiverem com os pais, os pais por norma têm essa informação toda e depois mesmo a nível hospitalar a criança será acompanhada pelo progenitor. (...) nem sempre as crianças sabem explicar. Sabem dizer que têm um problema no coração, mas não me sabem dizer o que é. (...) acho que a nível de escolas e mesmo até nas atividades extracurriculares que tenham, aí sim deveriam ter. Isso ajuda muito!».*

[<Arquivos\\P2>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 4 - «Exatamente, isto quando não temos nenhum adulto disponível para o fazer, ou então por exemplo quando o pai ou quem acompanha tem que ser rapidamente assistido, mas até pode dizer “olhe está um cartão na mochila dela, ou está um cartão no porta-luvas, está um cartão na pala”. Portanto e alertar-nos para nós visualizarmos, porque poderá ajudar e poderá ter aqui algumas dicas e poderá ter as imagens, que depois ela pode usar. Portanto até para os pais, isto tudo dá-lhes alguma tranquilidade e segurança».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Será ainda útil porque “poupa tempo” ao profissional, assim como facilita na transmissão dos dados da criança em meio hospitalar. Para além de que numa situação de stresse e agitação, muitas das vezes os pais não são capazes de fornecer esta informação importante.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) muitas das vezes o que é que nós precisamos quando estamos a fazer uma avaliação? Perceber rapidamente, medicações, algum antecedente relevante e alergias a fármacos. É óbvio que se houver esse cartãozinho em que me disponibiliza esta informação logo, poupa-me muito trabalho, que é aquela parte de estar ainda a fazer a pesquisa disso tudo. E os pais numa situação de stress muitas das vezes, não se lembram da medicação. (...) é importante até mesmo para dar a continuidade dos cuidados na unidade hospitalar - está lá um resumo das principais doenças e alergias que a criança tem! (...) acho que sim. Se for um cartão que possa acompanhar sempre a criança, sem dúvida».*

[<Arquivos\\T4>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 7 - «Faria todo o sentido, todo o sentido! Que muitas vezes em casos de situações graves, situações que sejam graves, os próprios pais entram em stress de tal maneira que nem nos sabem dar informação nenhuma de jeito (...) a gente bem vê no CODU quando fazemos perguntas e quando entram em stress é sim, sim, sim, sim, e respondem a tudo que sim. Se tivéssemos algo físico, assim era completamente uma mais valia sem qualquer dúvida».*

Deverá conter informação como nome, antecedentes clínicos, quem são as pessoas de referência, médico que acompanha (...).

[<Arquivos\\E2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «Antecedentes clínicos, o nome pelo qual prefere ser tratado (...)».*

[<Arquivos\\P1>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) percebermos naturalmente as pessoas de referência da criança acho que é sempre o prioritário (...)».* Referência 6 - « (...) por exemplo onde é que essa criança é acompanhada também pode ser importante. (...) estou a imaginar quando não temos meios, quando não há possibilidade de comunicar com as pessoas de referência da criança, mas conseguimos comunicar com o centro de saúde onde a criança é acompanhada, com um hospital onde a criança é seguida. Pode trazer aqui uma mais-valia para os demais, não só para nós, mas para os meios em geral». Referência 8 - «Há todo um histórico que não tem que estar e andar sempre com a criança. Mas nós por exemplo sabendo onde a criança é acompanhada, facilmente se calhar conseguimos o historial (...) através da articulação com as entidades».

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Apesar de benéfico para todas as crianças no geral, será mais importante/útil nas crianças com NE, assim como a probabilidade de os pais se esquecerem do material será menor (pois regra geral estão mais atentos a estas questões, uma vez que, estas crianças dependem dos mesmos e destes meios alternativos e aumentativos à comunicação).

[<Arquivos\\T1>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «Nessas crianças sim, acho que iria haver muito mais esse cuidado do que numa criança que não tenha nenhuma patologia (...) os pais são sempre muito mais preocupados em trazer as coisas todas e tudo isso, nos outros não. Os outros acham sempre que não vai acontecer nada (...). (...) nessas crianças acho que aí ninguém se iria esquecer em casa de nenhum documento relativamente a eles».*

[<Arquivos\\P2>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - «Concordo, concordo e acho que os pais, desse ponto de vista, vão aderir. Aliás eu acho que às vezes depende muito da forma como nós expomos um produto, ou uma determinada ferramenta e eu penso que se for explicado dessa forma, todos os pais vão aderir a isto, a grande maioria dos pais vai pensar: “sim isto faz todo o sentido”. (...) é algo que ele pode transportar sempre com ele e que num caso de emergência está lá e pode entregar e até pode ser facilitador e organizador para se expressar, não o conseguindo fazer verbalmente, pelo menos apontando e dizendo aquilo que está a sentir, onde é que está a doer, entre outros. Ansiamos por esse material rapidamente».*

Embora este material dependa inteiramente dos pais, deve ser experienciado para se conseguir entender a sua viabilidade em termos práticos. Pois muitas vezes a ideia é boa, mas difícil de concretizar na prática.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Vai depender dos pais, terem feito esse cartãozinho ou não». Referência 3 - «Mas, se não tentarmos nunca saberemos se vai resultar!».*

[<Arquivos\\T4>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) a questão que eu lhe coloco a seguir, é como é que vamos conseguir colocar isso em prática (...)». Referência 4 - «(...) eu vejo coisas que deveriam ser importantíssimas, que as pessoas deveriam estar informadas e saber, como o simples facto de como fazer uma chamada 112, (...) saber como é que funcionam as coisas, que muita gente não sabe. E nós que trabalhamos no CODU sentimos essas dificuldades todas no dia-a-dia. Coisas simples, coisas básicas. Em que se só por aí já vemos a dificuldade que depois há em pôr outras coisas em práticas como é o caso desta, que seria útil, super útil, estou completamente de acordo, agora depois de pôr em prática...». Referência 6 - «Os que estiver já vai ser uma mais valia!! [mesmo que a adesão seja baixa já será uma mais valia].*

Recentemente é possível aos profissionais do INEM consultar informações sobre a vítima através das novas tecnologias (caso esta já tenha tido assistida pelo INEM), tendo esta mudança facilitado o trabalho dos mesmos. Contudo não é a pediatria a faixa etária em que os profissionais sentem maior dificuldade em recolher informações pertinentes (quando acontece é em situações em que as ocorrências acontecem nas escolas, como já referido, pois as informações nem sempre estão completas e atualizadas). Destacando novamente maior relevância deste material para as crianças com NE.

[<Arquivos\\TI2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) temos novas tecnologias, conseguimos com alguma facilidade aceder a informação que já está no sistema (...) foi um grande salto qualitativo, não só naquilo que é a nossa recolha de informação, mas também naquilo que depois são os cuidados que são prestados junto da vítima. (...) a área pediátrica, não é aquela onde há maior dificuldade em recolha de informação. Às vezes acontece mais com os séniores (...). (...) às vezes acontece mesmo em crianças que possam estar (...) num meio escolar em que depois solicitamos informação sobre aquela criança e as próprias fichas escolares não estão preenchidas ou não têm a informação completa (...). A questão de terem um cartão com essa informação, não sei se calhar em situações específicas acho que era importante (NE). Se calhar em crianças que aparentemente são crianças saudáveis e que não sofrem patologias nenhuma, isso não sei se será essencial, não quer dizer que claro, que se tiverem para nós é uma ajuda (...).*

Assim esta informação até poderia estar em formato digital, para aceder através do Sistema Nacional de Saúde (SNS), onde constasse as necessidades comunicacionais da criança. Sendo também vantajoso a continuidade do uso desta ferramenta em termos hospitalares (existindo dúvidas na sua continuidade). Seria mais facilmente exequível se houvesse um espaço para os profissionais escreverem as necessidades comunicativas da criança no seu próprio software de registo iTEAMS.

[<Arquivos\\E3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) e às vezes, até pode não ser criar um cartão, mas ser poderia informaticamente, já que nós temos acesso através do Sistema Nacional de Saúde e aparece já a informação da criança, poderia ser uma informação mais relevante também e que tivesse lá presente. Saber se há necessidades comunicacionais (...).*

[<Arquivos\\P3>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) estava aqui a pensar se não seria por exemplo útil em vez de ser um cartão físico (...), como nós temos acesso no ITeams, imaginando pomos o RNU e temos acesso às ocorrências anteriores que a pessoa teve, para ver antecedentes (...) púnhamos o RNU e tínhamos acesso a por exemplo ao nome da criança, patologia e especificidade e o que já facilitou (...) no contacto anterior».*

Ou até um QR Code associado ao Cartão de Identificação Pediátrico:

[<Arquivos\\T7>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) podemos recolher essa informação simples através da leitura de um QR Code (...). A gente faz a leitura do QR Code tem logo essa informação toda. Obviamente que isso passa por um processo de introdução de dados numa base de dados etc., que poderá e terá que ser feita (...). Ser o cuidador a fazer (...) imaginemos que há um formulário para preenchimento que pode ser entregue também nos centros de saúde e por aí a fora para preenchimento dessa base de dados, isto falamos agora para a pediatria e para situações mais específicas, mas pode ser universal (...)».*

Seria importante conter uma fotografia da criança para se conseguir saber com certeza de que criança se trata (principalmente nos casos em que pode existir mais que uma). Estes facilitadores são pertinentes para os profissionais, assim como existir uma pulseira ou alguma informação na “pala” do carro. Sendo o objetivo final o mesmo, ou seja, facilitar o profissional a “entender” como abordar a criança que tem à sua frente. Existem já diferentes materiais para auxiliar os profissionais na identificação/interação/abordagem a crianças com NE (como por ex. cintos de segurança, pulseiras, (...)). Para além destas questões, em caso de acidente de viação, os carros mais recentes já têm, um folheto com a informação onde devem ser realizados os “cortes”, para situações de desencarceramento.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) o cinto de segurança o problema é se vem outra criança, que não aquela (...). As pulseiras têm uma facilidade por exemplo e posso até adicionar fotografia o que é muito mais seguro porque quando abrimos, sabemos que aquela (...) informação, corresponde àquela criança ou aquela pessoa e mesmo neste tipo de cartãozinho, poderia ser criado um espaço para colocar lá a foto (...) ou então este cartão poder ser editável no computador e colocar lá informação e depois quando é impresso já sai com fotografia (...). (...) os carros (...) têm uma ficha técnica que as pessoas podem imprimir e colocar por exemplo por cima da pala (...) precisamente por causa dos pontos de corte, quando tem que haver um desencarceramento, que é para não atingir, portanto aquelas botijinhas de gás, que faz, portanto, os airbags disparar pelo risco de explosão (...). (...) concordo com a história da pulseira ou ter uma informação na pala (...). Mas lá está, na pala com fotografia, porque vamos imaginar que há uma outra criança que vai ali naquele momento e que aquela informação não corresponde àquela criança e a criança não consegue falar naquele momento. (...) o principal é dar aqui algum instrumento ao técnico, ao profissional que está a prestar o socorro para perceber que tipo de criança tem pela frente, porque é que naquele momento ela poderá não estar a comunicar, não se devendo a uma situação física, mas sim a uma incapacidade dela por alguma condicionante psicológica ou psiquiátrica ou pedopsiquiátrica. Penso que esta informação será extremamente útil, porque depois poderá facilitar toda a intervenção, não só a parte depois do ajuste da comunicação, como até perceber melhor os sintomas que a criança está a ter naquele momento e as manifestações, (...) e nós sabemos que muitas vezes as crianças autistas reagem gritando, tentando fugir, agredindo num momento de maior tensão, de maior stress. E isto ajuda. (...) num caso de um TCE, também pode acontecer este tipo de comportamento. E com isto pode ajudar a ele fazer ali quase o diagnóstico diferencial, se é uma coisa ou se é outra (...) ou pelo menos a não descartar que isto pode ser devido, não por exemplo a um TCE, mas poderá ser exatamente uma dificuldade comunicativa! (...) ».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Existem então diversos materiais para facilitar a identificação de crianças com NE, e à sua semelhança seria interessante a existência deste Cartão (até com recurso a algo apelativo para que a criança o queira usar), e até alargar este material a hospitais e centros de saúde, como podemos constatar na passagem construtiva seguinte:

[<Arquivos\\T10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) nós notámos que estava um cubo naquelas mesinhas no avião, e eu até perguntei à assistente de bordo o que é que era aquilo? (...) e ela começou-se a rir do tipo então, mas vocês são da saúde e não sabem e eu olhei para o médico ele também não sabia. Ela então disse que aquilo era o cubo que os pais utilizam (...) para mostrar que as crianças precisam de uma atenção especial. (...) é tipo um identificador (...) seria importante, nesses cartões até termos algo como temos os cartões de triagem, algo que nós podemos preencher rapidamente. E ou colocar ao pescoço ou colocar no pulso ou alguma etiqueta, qualquer coisa que possa estar logo ali com a criança. Pode até ser com um animal que ela goste, pode ter várias coisas (...) algo que ela se identifique, mas que faça com que ela queira usar aquilo e não queira tirar». Referência 2 - «(...) acho que até alargando (...) centros de saúde, hospitais que fazem acompanhamento da criança sabendo que é uma criança que pode vir suscetível a ter... porque há crianças que nós já sabemos que estão no hospital, mas rapidamente vão lá voltar (...)».*

Há alguns anos, foi criada uma iniciativa por uma Cooperação de Bombeiros que fez um apelo à população, no sentido de gravar o número de telemóvel de alguém de referência com a sigla “ECE” (em caso de emergência) no seu telemóvel, para que os profissionais conseguissem mais facilmente recolher informação fundamental para a prestação de socorro. Nos dias de hoje, não será assim tão facilitador, pois praticamente todos os telemóveis têm código de acesso específicos. Contudo parte do objetivo vai ao encontro do Cartão de Identificação Pediátrico realçando a pertinência deste material.

[<Arquivos\\P4>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) o Corpo de Bombeiros de Albufeira (...) têm uma outra coisa que eles pedem à população que é para colocarem no telemóvel a palavra ECE (em caso de emergência) (...) eles conseguem ter acesso à pessoa de referência daquela pessoa, precisamente para ter acesso a todas essas informações. (...) as alergias, os problemas que a pessoa possa ter, a medicação que a pessoa possa fazer (...) e também informar que aquela pessoa até teve ali um problema e não está em condições de falar e que precisa de auxílio. Portanto, se se vai criando este tipo de coisas é porque nós sentimos precisamente falta desta informação». Referência 5 - «Eles já têm isto há algum tempo. Não sei se na altura os telemóveis eram assim tão sofisticados (...)». Referência 6 - «Agora certamente será mais difícil! Isto para mostrar que efetivamente nós estamos sempre à procura, quem está na rua está sempre à procura da informação e fornecer essa informação disponível, claro sem dúvida nenhuma que é uma mais valia!».*

À semelhança da criação do material anterior, também foi concebido um cartão pelo INEM em conjunto com a PSP, onde deve constar informações úteis para um atendimento de emergência.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Contudo a divulgação do mesmo foi pobre, devendo a comunicação social ter tido um papel mais ativo, pois possivelmente a maior parte da população desconhece a existência de tal material.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) foi criado um cartão de emergência para toda a gente, inclusivamente para crianças! Era tipo um cartão de identificação em que tinha imagine na frente tinha o nome o número de SNS que é aquilo que a gente sempre precisa, como fazer chamada 112 e nas traseiras tinha a medicação, as alergias e as patologias». Referência 3 - «Dava para preenchimento e imprimir». Referência 5 - «(...) nós recebemos por email, mas nós próprios publicitamos aquilo via Facebook, era um documento em PDF e enviamos para familiares e amigos (...)».*

Portanto, este Cartão de Identificação Pediátrico seria importante existir para todos os profissionais de socorro. Pois como já evidenciado, são os bombeiros os elementos do pré-hospitalar que fazem mais ocorrências, sendo também para eles benéfico este material facilitador.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 5 - «Tanto é que os bombeiros são os que fazem a maior parte das ocorrências. É uma mais-valia para eles também».*

Relativamente às possíveis formas de implementação do Cartão de Identificação Pediátrico, os profissionais concordaram que seria possível esta distribuição ser realizada a partir dos mesmos, ou seja, durante as ocorrências, sempre que exista uma vítima pediátrica em que este material possa ser benéfico.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «Numa próxima saída...eu acho que sim, isto é, como tudo, existe o início, não é? Tem que haver o início. Não é fácil fazer-se chegar esses cartões. Claro que o ideal é ser os pais a entregarmos a nós, mas numa fase inicial, porque não? (...)».*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) acho que sim, acho que não tem qualquer problema. Até porque depois nós até poderíamos ir distribuindo..., dar na escola, e que depois ao pai, à mãe, ao cuidador que pudesse completar ou ir completando à medida que... Não nos custa nada ter um cartão na ambulância, colocar até o mais básico que nós nos apercebermos - nunca pondo em causa o socorro, como é óbvio, que é prioritário - acho que não havia qualquer problema e é sempre uma mais valia, eu acho que sim. E acho que ninguém*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*se iria opor». Referência 3 - «(...) até porque podemos ser nós a ir lá outra vez, e caso isso aconteça temos o cartão já com mais duas ou três informações que vão ser complementadas».*

Os profissionais poderem eventualmente preencher alguns dados pertinentes no cartão antes de o entregar aos pais, poderia acontecer (ou seja, preencher, sinalizar e entregar aos Elementos de Referência). Sendo importante os profissionais utilizarem uma linguagem simples no seu preenchimento, para que os bombeiros facilmente compreendam. Sendo essencial explicar os procedimentos a adotar na utilização deste material facilitador aos profissionais durante uma formação.

[<Arquivos\\EI>](#) - § 2 referências codificada

*Referência 1 - «(...) nas crianças onde fossem sinalizadas falhas de comunicação (...), nós próprios termos esse tal cartão, preencher entregar aos pais, se for possível no final da saída do hospital ou já no hospital e dizer assim “da próxima vez que aconteça algum incidente entregue isso ao meu colega”. (...) aquando da formação era explicar isto muito bem - detetou dificuldades de comunicação, após várias tentativas seguir o guia, determinou que a forma de comunicação mais eficaz é esta. Ok, preenche, sinaliza, entrega à mãe, guarda isso no livrinho, a próxima vez entrega ao meu colega, uma linguagem simples, de forma a ser perceptível pelos bombeiros (...)».*

Contudo apesar de ser bastante pertinente este material, há quem tenha referido que o facto de poderem vir a ser os profissionais um dos responsáveis pela distribuição do mesmo, não iria funcionar de forma pretendida (sendo mais adequada a distribuição ocorrer nas escolas), assim como no seu preenchimento.

[<Arquivos\\T9>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) a ideia é boa. Acredito que os pais, as escolas, os educadores até preencham isso. (...) colocar isso nas ambulâncias para serem os profissionais do INEM a preencher, tenho dúvidas que alguém vá preencher isso, pelo menos os de Lisboa, se calhar em dez, vai haver um ou dois preenchidos (...)».*

Portanto há quem dê a sugestão de que a distribuição deste cartão deveria ser realizada através das escolas (como se verificou anteriormente), assim como em Centros de Saúde, Hospitais e também em Instituições com crianças com NE. Ou até também ser logo disponibilizado pelos enfermeiros quando as crianças vão fazer a vacinação. Sendo que a existência de diferentes pontos de distribuição iria facilitar a implementação do material.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «Dos centros de saúde ou das escolas, na saúde primária, as crianças quando vão lá fazer a vacinação e isso tudo ser disponibilizado logo pela enfermeira! Como tem lá o cartãozinho da vacinação teria também esse cartãozinho como ferramenta para acompanhar na carteirinha da criança ou adolescente. Também pode ser disponibilizado nas ambulâncias e quando nós temos tempo (...). Não há problema nenhum é mais uma ferramenta. Daqui a um tempo todas as crianças já têm, não é? Há sempre uma ou outra que não tem, mas de uma forma geral acaba por ser generalizado (...).»*

[<Arquivos\\T10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Eu acho que até alargando aqui o espectro aos centros de saúde, hospitais que fazem acompanhamento da criança sabendo que é uma criança que pode vir suscetível a ter... porque há crianças que nós já sabemos que estão no hospital, mas rapidamente vão lá voltar!»*

Até poderia ser algo que estivesse também disponível online como ferramenta digital no site do INEM para que os pais pudessem descarregar, imprimir e preencher. Sendo ainda útil a existência de um “Guia de utilização deste material para os pais” anexado ao mesmo.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) podias ver com a X e com o INEM em si, com o conselho diretivo, deste cartão estar disponível como ferramenta digital. Estar na página, para as pessoas descarregarem e preencherem ou darem à criança, tipo um folheto desdobrável ou quer que fosse. Para a criança ter. E numa situação de emergência, portanto a criança poder obviamente, apontar, dizer o que é que estava a sentir, o que é que não estava, poderia ser facilitador, sim. Acho que até seria uma coisa muito boa e poderia ser divulgado sim. E poderia ser divulgado pelo o INEM (...). Claro que depois também (...) era competência dos pais dar isto à criança, explicar-lhe como usar (...)»*

De salientar que a continuidade do uso deste material em ambiente hospitalar, de acordo com a seguinte passagem construtiva será desafiador. Sendo que se este material for entregue no hospital dificilmente voltará para a vítima. Podendo ser mais fácil dinamizar ações no âmbito da resiliência parental nas escolas, pois caso contrário, será difícil esse material voltar para a criança.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) isso acontece tão simples como quando eu tenho o cuidado se houver uma carta de alta anterior de levar com utente. O hospital nunca mais devolve aquela carta ao utente. E nesse sentido eu só acho que nós não vamos conseguir que esse recurso volte com utente para casa ou vamos conseguir num ínfimo número»*

### **Subcategoria Brinquedo/material infantil apelativo**

Outro material facilitador proposto foi a **importância da existência de um brinquedo/material apelativo para a pediatria**. Os profissionais realçaram que este também seria um material pertinente para o atendimento de emergência pediátrica.

[<Arquivos\\T4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Acho que sim e até acho curioso essa situação». Referência 2 - «(...) porque as crianças vendo algo novo, que seja do interesse delas, da idade delas, (...) acho que vai criar ainda mais um voto de confiança para conosco, para conseguirmos interagir mais com ela».*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «Eu acho que é sempre importante, lá está, mais por aquela questão do transporte. Eles muitas vezes levam com eles os brinquedos ou o brinquedo favorito, mas depende da situação e de onde é que fomos buscar a criança (...). Acho que é sempre importante ter qualquer coisa (...) um brinquedo, um objeto, qualquer coisa que dê para eles se irem entretendo e eles gostam sempre de qualquer coisa nova».*

Alguns profissionais tiveram a oportunidade de o experienciar na prática (que a existência de um brinquedo seria uma ferramenta facilitadora), em diferentes contextos, como por exemplo no dispositivo de recepção a migrantes, e até em cooperações de bombeiros (como também já evidenciado em categorias anteriores). Sendo importante existirem sempre brinquedos disponíveis para todas as crianças, e não apenas para algumas.

[<Arquivos\\E11>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) quando estivemos a receber os refugiados do Afeganistão uma das coisas que me foi colocada à disposição foram, efetivamente, brinquedos. Peluches e coisas mais desse género. Na abordagem que fazíamos às crianças, procurávamos mostrar-lhe o brinquedo, brincar um bocadinho com ele, distraí-las. Rapidamente desapareceram! (...)».*

[<Arquivos\\P3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) tivemos a oportunidade de participar num dispositivo de recepção a migrantes, havia muitas crianças (...) tinham conseguido patrocínios de vários tipos de lojas e de negócios e um dos patrocínios eram peluches. (...) era aí que o INEM também entrava, era o teste de COVID. E se pensarmos em crianças dos 2 aos 9 anos, é muito difícil e muito moroso e então o que nós arranjamos foi quase um sistema de recompensa em que os peluches eram dados ou no momento do teste ou depois. (...) foi giro porque até os adultos pediram peluches [risos]. (...) se nós tivéssemos esse brinquedo que eu acho espetacular a ideia! Acho que teria que ser numa ótica de estar sempre disponível e nós podermos ter por exemplo 4 ou 5 na UMIPE em permanência, (...) porque da minha experiência depois de não ter para todos acaba por ter o efeito oposto e eles ficam aflitos e tristes (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

É algo que acaba por reduzir/atenuar todo o stress envolvido neste tipo de acionamentos (tanto por parte das crianças como dos pais).

[<Arquivos\\E10>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) há um momento que gera stress para a criança. O stress associado dos pais. Mais a nossa chegada, e o facto de sermos estranhos, é mais um fator de stress. Se isso puder ser atenuado, melhor».*

Acabará também por facilitar a distração da criança, contribuindo para o seu bem-estar. É ainda de realçar, que este brinquedo poderá ser direcionado para o mundo digital (já que é algo mais apelativo para as crianças de hoje), algo resistente e com música eventualmente.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) esse fator de distração depois da criança (...) acaba por ser também uma complementaridade em termos do ponto de vista de não só de confiança da criança, mas depois do próprio conforto (...). Que nós sabemos com técnicas não convencionais para reduzir a dor e tudo isso. A própria distração e esse bem-estar da criança acaba por ajudar. (...). A criança hoje em dia aquilo que quer e aquilo que eu noto (não sei se é mau ou bom), mas cada vez que nós permitimos, depois de fazermos o que vamos fazer, é pegar no telemóvel da mãe! Então vai a viagem muitas vezes com o telemóvel da mãe a ver um vídeo! É acaba por ser a técnica, acho eu, pelo menos, aquela que é a mais eficaz».*

[<Arquivos\\E2>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 5 - «Hoje, as crianças são muito, acho que posso dizer, digitais, muito telemóvel, muito Tablets e pouco, outro tipo de brinquedos ou coisas...». Referência 6 - «A ser, poderia ser algo do género, só que é dispendioso e teria que ser algo muito resistente». Referência 7 - «Provavelmente, se calhar, algo com música ou alguma coisa assim (...).».*

Devendo ser algo mais visual (importante o visual na pediatria como já referido anteriormente). Como por exemplo um livro com recurso a imagens, ou o contar uma história (que podia ser sempre a mesma), seria útil para comunicar com a criança, ganhar a sua confiança, mas também a avaliá-la.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) olham muito para o digital porque é isso que têm em casa é isso que os estimula (...) eventualmente, podia haver aqui qualquer tipo de estratégia (...) do ponto de vista visual, um livro, uma imagem eu sei que o INEM por exemplo algumas vezes tem algumas histórias e tudo isso, de forma a que não fosse uma coisa muito complexa, mas que nos enquadrássemos a situação em si, acredito que*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*eventualmente fosse uma mais valia em determinadas situações. Nós estarmos a mostrar “olha vou-te contar uma história” (...) podia ser sempre a mesma história, mas ao contarmos aquela história estávamos a contextualizar, estávamos a ganhar confiança, estávamos a comunicar e ao mesmo tempo estávamos a avaliar também a criança (...). A face..., se está com um fâcies de dor, se vai rir daquela piada ou se já não está a prestar atenção nenhuma, se está sonolenta ou se não está sonolenta, se é cativo ou não (...).*

As próprias cores do material devem ser apelativas para as crianças, sendo também interessante a adaptação do próprio material de intervenção.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «Claro que o facto de ter cores mais características que não fosse aquela cor tão crua que facilitasse. Algo pela cor sem dúvida. Em termos de personalização dos objetos, também seria interessante termos máscaras de oxigenoterapia adaptadas com elefantezinhos, e assim, era giro!».*

Deverá ser algo simples de fácil higienização, esterilizado, descartável ou de uso único e universal (independentemente do género da criança).

[<Arquivos\\E2>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 3 - « (...) fácil de limpar (...)».*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) alguma coisa que fosse fácil de colocar lá na ambulância e fosse descartável. Isto agora com o COVID (...) eu acho que para as crianças qualquer coisa serve para eles brincarem». Referência 4 - «(...) eu acho que poderiam ser todos os brinquedos..., um carro para um menino, qualquer coisa diferente para as meninas. Mas as meninas também gostam de carros, teria que ser uma coisa também ali mais universal e que desse para os dois!».*

O facto de ter que ser algo esterilizado, é uma própria exigência do instituto.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «Claro, claro, fechados e já esterilizados ou qualquer coisa do género não sei. Só tínhamos de ter cuidado com o saco de plástico, para de vez em quando o trocar ou desinfetar por fora».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Por isso mesmo, o mais indicado seria um brinquedo de uso único, por diversas razões como: 1) para que haja possibilidade de o oferecer à criança; 2) pelo facto de estarem a trabalhar num ambiente controlado, do ponto de vista de higiene e segurança; 3) porque não vão retirar o brinquedo à criança. Realçando novamente a importância de diferenciar os brinquedos consoante o género e idade da criança.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) o brinquedo deve ser descartável ou deve ser um brinquedo de uso único em que haja a possibilidade de dar à criança e a criança levar o brinquedo com ela. Por várias razões. Primeiro porque (...) nós estamos a trabalhar num ambiente que do ponto de vista de higiene e segurança tem que ser um ambiente controlado e nós temos que poder manter esses brinquedos em segurança naquilo que é a possibilidade de eles estarem contaminados ou não e têm que estar selados ou fechados, e depois dificilmente vamos reaproveitar esses brinquedos até porque se estamos a dar o brinquedo à criança não podemos chegar ao hospital e tirar o brinquedo à criança. Seria péssimo, seria muito mau (...).*»

Portanto, como já referido o objetivo da existência do brinquedo (para além de servir para distrair e facilitar na aproximação), seria também para demonstrar conforto e alguma familiarização com o corpo humano (braços, pernas, (...)), e ainda contribuir para a estruturação positiva daquilo que foi aquela experiência (levar uma experiência positiva de um momento negativo), não sendo considerado correto “tirar” o brinquedo à criança no final da ocorrência. A existência de um brinquedo (embora seja muito útil), poderá não ser de fácil concretização, por todas as exigências mencionadas anteriormente e por toda a questão financeira envolvida.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Exequível parece desde que se arranje alguém que financie, tudo é possível! E que seja um bom financiador! (...). O brinquedo ali é demonstrar algum conforto, alguma familiarização com o corpo humano..., braços, pernas, ... nesse sentido eu acho que essa opção por um boneco seja ele peluche seja ele o que for, parece-me mais adequado! (...) a questão é a criança o levar porque o que ela precisa de levar dali é uma experiência positiva daquilo que é o momento negativo. (...). Usar um brinquedo sem lhe dar a oportunidade de ser lhe dado é um “nim”, não chega, não serve. Referência 3 - «(...) se nós fomos chamados, como eu costumo dizer, não fomos chamados para bolos de aniversário nem para cafés. O que ele deve memorizar dali é: “eu portei-me bem e foi-me dado um brinquedo”, e nesse sentido sim só precisamos de um “mecenas” que é para pagar isto tudo[risos]. Não sendo assim, ficamos muito pela tentativa e pela boa ideia! (...).*»

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P4>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) não sei até que ponto, é que o INEM estará disposto a gastar essa quantidade de dinheiro, porque já tivemos as ambulâncias que montavam, que se desmontavam, mas isso aos poucos também se foi diluindo...». Referência 3 - «Se eles puderem levar com eles, ótimo, porque essas do montar acabam por ser apelativas, e fica tudo lá em casa é uma recordação que têm daquele dia, que foi lá o INEM e o que eles fizeram com o INEM. Portanto a nível da UMIPE, nós termos lá o material nunca é demais como se costuma dizer. Às vezes nunca se sabe se pode ser necessário utilizá-lo».*

Seria importante que este brinquedo tivesse alguma ligação com o INEM, contribuindo também para que as crianças não fiquem tão assustadas. Assim sendo, algumas sugestões fornecidas pelos profissionais foram a estrelinha da vida, ambulâncias, bonecos vestidos de INEM, (...).

[<Arquivos\\P3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) eu não sei se não seria interessante e até mais útil, o boneco que houvesse na UMIPE fosse um boneco ligado à emergência médica. (...). Uma ambulânciazinha ou uma estrela da vida, ou um estetoscópio com olhinhos, qualquer coisa assim que ajudasse a não desumanizar a parte da emergência médica que eles percebessem, que pronto, que não faz mal que ninguém vai ali magoá-los (...).» Referência 3 - «Claro, claro às vezes até um boneco vestido de INEM pode fazer diferença (...).»*

[<Arquivos\\T7>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Sem dúvida que sim! O INEM, já alguns anos, (...) começou uma estratégia de marketing com aqueles produtos de vending, umas canecas, umas canetas, umas coisas e porque não uns brinquedos com a estrelinha, já que a estrelinha é a mascote do INEM, não é? Essas coisas para dar às crianças (...) penso que sim, que isso seria facilitador quer da comunicação quer de uma abordagem futura, para não haver aquele estigma do que: “O fulano da bata branca é o que dá as picas (...).»*

Poderiam ser realizadas divulgações com a mascote nas próprias escolas, com o objetivo de dessensibilizar as crianças, podendo ser mais fácil a abordagem posteriormente num possível atendimento.

[<Arquivos\\E3>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) podia haver uma forma de divulgação, por exemplo de uma mascote específica, que se calhar até poderia fazer contacto com as crianças, por exemplo nas escolas (...). Algo sei lá, até podia ser a estrelinha do INEM (...).» Referência 4 - «(...) acho que com esse trabalho de comunicação social (...) pode haver sei lá, 1-2 dias no ano, que vamos sempre à escola (...), eles conhecem as equipas e vêm o material, para um dia que precisem não seja estranho (...) acho que as crianças têm muito essa curiosidade, pelo menos quando passamos na rua (...).»*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Será ainda importante quando as ocorrências são na rua e nas ambulâncias, pois normalmente não existem os próprios brinquedos da criança.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) se estivermos num contexto de ambulância, num contexto de rua, que a criança possa não ter algo com ela, sim. (...) até porque, chegamos a casa e temos alguma coisa que identifique, na rua nós não temos isto. Portanto penso que poderia ser facilitador (...)».*

[<Arquivos\\P4>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Eu pessoalmente acho sim, que pelo menos nas ambulâncias! Como eu disse nós a nível de UMIPE, nós acabamos por não ter grande oportunidade de dar às crianças, mesmo porque a maior parte das intervenções acabam por ser em casa delas, estão com os familiares. (...). No caso das ambulâncias eu acho que sim, podia ser facilitador (...)».*

Contudo, será importante os profissionais terem formação antes acerca da comunicação na pediatria, para posteriormente usarem os facilitadores comunicativos de forma mais adequada.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Quando perguntava sobre nós termos alguns utensílios, algum brinquedo, eu acho que sim, mas acho que existe muito mais a fazer ainda à priori, para depois podermos então utilizar essas ferramentas da forma mais adequada».*

O brinquedo facilitador poderia ainda ser um livro com lápis para pintarem, bolas, balões, autocolantes, carros para meninos, coroas para meninas, entre outros. Essencialmente algo que não ocupe muito espaço.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «Eu acho que um livro com uns lápis, qualquer coisa para elas pintarem é uma coisa que elas depois podem ficar e acaba por ser fácil! (...) um boneco para eles mostrarem onde têm dor, por exemplo. Damos-lhe o boneco e eles pintam onde têm dor (...) uma bola, que eles às vezes gostam das bolas (...). Um balão talvez! Um balão, uma coisa que se enche rápido faz-se um nó e pronto consegue-se arranjar uma fita, (...) é uma forma deles ganharem um balão! Um autocolante, a dizer parabéns, herói, qualquer coisa para mostrar...». Referência 2 - «(...) uma coroa, por exemplo a mostrar que foram umas verdadeiras princesas! (...)». Referência 6 - «(...) um cartãozito, com um carro para montar! (...) isso depois é uma coisa que a criança pode levar e pode estar a brincar com isso dentro da ocorrência por exemplo». Referência 7 - «(...) e isso também não ocupa muito espaço!».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Como a imagem visual é também muito importante na pediatria, os profissionais podem ter uma bata com imagens infantis também foi uma sugestão facilitadora mencionada.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) as crianças focam-se muito na bata branca ou bata verde e fogem logo! Porque não termos uma bata com bonecos, com qualquer coisa que pudesse chamar a atenção (...)».*

Noutros países já existem brinquedos na emergência pré-hospitalar pediátrica para facilitar a abordagem, a aproximação e até atendimentos futuros, reforçando a sua pertinência nestes contextos. Como também já referido, diferentes cooperações de bombeiros que têm peluches.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Acho e já vi um descartável! (...) são todas privadas, o sistema na Suíça é exatamente assim e então eles têm um boneco que o meu filho diz que é o “ambulancieiro” (...). É um boneco insuflável como uma boia de praia e tem assim a forma de um “ambulancieiro” que é um castor se não me engano. É um boneco vestido com a farda deles e aquilo soprasse como se fosse uma boia de praia depois mete-se o pipó para dentro e pronto. E cada um leva o seu. Não acredito que aquilo seja assim um preço exorbitante». Referência 3 - «(...) também conheço várias corporações de bombeiros que têm peluches». Referência 4 - «Com chapéus de bombeiros, casacos de bombeiros (...)».*

### **Subcategoria Adaptação do Manual Multilingue**

Outro facilitador comunicativo questionado aos profissionais foi a **Adaptação do Manual Multilingue** para a população pediátrica através de pictogramas (imagens). Todos os profissionais entrevistados, acharam pertinente a existência desta ferramenta para o seu dia-a-dia no contexto da emergência pré-hospitalar, como se pode verificar nas seguintes análises construtivas:

[<Arquivos\\E10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Mais uma vez digo, e reitero, ferramentas que nos possam ser úteis para os cuidados, venham elas, são todas bem-recebidas!».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Sim sem dúvida, porque acaba por a imagem ser universal, não é?». Referência 3 - «Vale mais que mil palavras e já traduzidas!».*

Deverá ainda ser algo prático, de fácil e rápida utilização, para que os profissionais o utilizem, pois caso contrário vai acontecer como o Manual atual (que não é utilizado), realçando novamente a pertinência do uso das imagens na pediatria, e na pediatria estrangeira. O material deve conter perguntas base que os profissionais necessitam de questionar, assim como concordam que o mesmo deva existir em formato digital (pois o computador faz parte do material de trabalho destes profissionais e é algo apelativo para as crianças de hoje em dia).

[<Arquivos\\E5>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Se for mais visual é uma linguagem mais universal. Algo mais condensado, mais prático, mas que fosse fácil de manusear, ou seja, algo em fichas (...) que possamos rapidamente (...) ir buscar e que estivesse na ambulância disponível ou em formato digital pronto também é sempre uma possibilidade, porque nós temos sempre o computador conosco. (...) Mas algo lá está...mais simples! Simples e de fácil abordagem. (...) hoje vivemos num tempo de que é tudo muito fácil e no botão. (...) mas a verdade é que o que não for passo o termo “tudo mastigado” é de difícil utilização. Portanto as ferramentas cada vez mais, eu penso que têm de ser simples, de fácil compreensão, o que por vezes atendendo à complexidade dos assuntos, da temática...não é fácil chegar a este nível de simplificação! (...) mas a verdade é que se é muito complicado, como o manual acabamos por não usar!».*

[<Arquivos\\E9>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Sem dúvida. Eu acho que sim. Ia-nos facilitar muito, eu acho que ia quebrar muito o gelo. (...) também caminhamos para umas crianças cada vez mais com acesso a tablet, a computadores, telefones, muito mais cedo do que aquilo que nós tínhamos antes. Portanto, estamos a caminhar para uma era tecnológica que eu acho que nunca tivemos. (...) acho que tornar esses instrumentos em digitais, acho que ia facilitar muito. Porque nós temos o nosso computador onde fazemos todos os nossos registos e felizmente o computador tem mais espaço para essas coisas e (...) o espaço do computador deve ser utilizado mesmo para coisas em prol do serviço, portanto isso sem dúvida que seria um instrumento crucial para a abordagem pediátrica (...)».*

Por isso, é que os pictogramas são algo essencial neste material para que não aconteça o mesmo que aconteceu com o manual atual (que não é funcional com recurso a texto).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) a nível pediátrico, concordo se for uma coisa elaborada com as imagens para a criança irá facilitar (...), porque se não tiver imagem, se fosse uma cena de texto é para acontecer como o do adulto, é para criar e encostar na prateleira». Referência 3 - «Para o caso das crianças, as imagens, é diferente (...) bem trabalhado até tem a sua lógica e poderá ter utilidade (...)».*

Este material acabaria por ser facilitador em diversos parâmetros como: na aproximação à criança, facilitaria a manter a criança distraída e ajudaria na recolha de informação que os profissionais necessitem.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Iria servir aqui para várias coisas, uma para nos aproximarmos delas, outra para elas estarem distraídas e ao mesmo tempo estamos a recolher informação que para nós pode ser útil. (...) é quase como quando as crianças vão ao restaurante e nós damos o telemóvel para elas ficarem sossegadas».*

Assim como seria facilitador não só para as crianças estrangeiras, mas também para as portuguesas.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) se calhar as próprias imagens podem ser facilitadoras para as crianças portuguesas (...)».*

[<Arquivos\\T7>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) aliás até porque esse manual será universal (...) servirá tanto para a pediatria estrangeira como para a pediatria nacional!».*

É um material que será também muito pertinente para a população estrangeira fruto das migrações que tem vindo a aumentar em Portugal, realçando a necessidade de que é importante ser algo pequeno de fácil transporte.

[<Arquivos\\P4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) acho que sim (...) neste momento começamos a ter muita população estrangeira fruto das migrações (...) infelizmente, depois cria aqui algumas dificuldades de comunicação (...). Tudo aquilo que possa facilitar e que caiba numa coisa muito pequenina (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Assim sendo, de acordo com os profissionais, este material será relevante e facilitador para qualquer faixa etária (mesmo sem ser a pediátrica).

[<Arquivos\E3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) isso até se calhar não seria só para as crianças, até poderíamos ter para todas as pessoas! Com determinadas perguntas que são perguntas chave e perguntas mais comuns em diversas línguas e nós poderíamos orientar dali uma conversa e uma avaliação para melhor entender a doença».*

Portanto, deverá ser algo que não “atrase” o atendimento, realçando mais uma vez que este material também será benéfico para outras questões, como na criação de empatia com a criança, funcionando como um “dois em um”, podendo ser algo semelhante ao “livro infantil”.

[<Arquivos\E12>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) se tiver de uma forma simples que não nos vá atrasar muito (...) não queremos ser rápidos, mas também não queremos atrasar muito tempo no local, mas se poder ser um instrumento facilitador e que não nos perca muito tempo e que seja tipo um livrinho através de imagens, interprete aquilo como um livro de desenhos... aí sim, até porque estamos a criar mais uma vez empatia!». Referência 4 - «Mesmo em formato de livro, como eles têm para a idade deles. (...) pode ser uma mais valia (...)».*

[<Arquivos\T2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Exatamente! Podia ser como aqueles livrinhos das crianças quando elas são pequeninas, nesse formato acho que seria interessante, sim! São mais valias que nós não temos é verdade (...). Mas faz sentido e acho que são mais valias».*

Usar apenas o Google Tradutor (como verificado em categorias anteriores), pode ser redutor, pois podem surgir erros do ponto de vista fonético, para além de que as imagens facilitam a “leitura” da criança, ou seja, a sua compreensão (independentemente da sua situação) e até a sua capacidade de atenção.

[<Arquivos\E1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) eu sei que há colegas (...) que não dominam o inglês e (...) agarram no telemóvel vão ao Google translator, podem surgir erros do ponto de vista fonético, (...) aquilo que acontece é que há ali barreiras que são muito difíceis de ultrapassar e a comunicação acaba por não ser muito eficaz. E acredito que a utilização desse manual (...) do ponto de vista visual acaba por ser muito facilitador (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Através de imagens também será facilitador para os Elementos de Referência das crianças e não só para as mesmas.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 5 - «E mesmo para os pais!».*

Como na maioria das vezes, o mais difícil é compreender o que a criança poderá estar a tentar comunicar, do que propriamente os profissionais fazerem as questões na língua respetiva, este material também deveria estar ajustado para ultrapassar esta dificuldade, contendo respostas “sim e não”.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) o que é que eu acho que poderia ser útil? (...) é, se calhar, mais do que perguntas e respostas, era haver palavras, era haver imagens associadas às palavras (...) para ela apontar para o sim e para o não».*

Será uma ótima ferramenta para as intervenções realizadas na rua, quer pelos TEPH, Enfermeiros e/ou Psicólogos (nos diferentes meios de emergência médica existentes).

[<Arquivos\\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) numa situação especificamente do trabalho que é o trabalho do CAPIC, esta intervenção via telefone, as imagens não ajudariam tanto, na rua quer seja na UMIPE, quer seja os técnicos de emergência, quer seja as VMER's ou até as SIV's, penso que seria bastante útil sim».*

Será uma ferramenta que irá ajudar a criança a se exprimir de forma mais adequada, assim como permitir com maior facilidade a execução de alguns procedimentos, pois vai identificar-se com os “bonecos” que estão a passar pelo mesmo, facilitando todos os intervenientes.

[<Arquivos\\T7>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «Eu acho que isso até seria engraçado porque eles iriam pensar “também aquele bonequinho está a passar pelo mesmo” e com mais facilidade iriam deixar fazer certos procedimentos, ou pelo menos, mais facilmente nos iriam explicar que estavam a sentir o mesmo que aquele bonequinho que tem uma ferida, que está com a cara triste. De alguma maneira acho que isto seria muito importante, haver aqui esta comparação para eles poderem identificar. (...) acho que sim, que isso era bom até para nós».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Relativamente ao vocabulário a ter em conta na Adaptação do Manual Multilingue, os profissionais realçaram imagens relacionadas aos procedimentos de avaliação mais comuns (com o intuito de antecipar e a criança saber o que vai ser feito, não se assustar com os procedimentos, e por consequência, cooperar de forma mais adequada), como por exemplo a avaliação da tensão arterial; glicemia; dor e temperatura.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) penso que poderia até haver imagens de alguns procedimentos mais comuns (...). Que é o avaliar uma tensão arterial (...) avaliar a glicemia (...) a questão da avaliação da dor (...) avaliar a temperatura (...). Poderia também haver estas imagens que os técnicos poderiam mostrar à criança aquilo que vão fazer a seguir, para antecipar e ela saber aquilo que vai ser feito e não se assustar com os procedimentos. Penso que também poderia ser útil».*

[Arquivos\\T6>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) uma imagem onde os nossos procedimentos estivessem colocados em imagens, onde houvessem bonecos que estivessem a passar pelo mesmo (...). Qualquer boneco que naquele desenho estivesse a explicar que agora iríamos medir a tensão. Fazer a glicemia porque o boneco estava assim, sei lá! Já não seria bem vocabulário, seriam mais imagens. Mas tudo o que fosse o mais simples possível».*

Sendo também aqui útil uma imagem para facilitar a própria localização da dor (uma imagem do corpo humano, para as crianças identificarem o local com maior aptidão).

[<Arquivos\\P2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) até ter a parte do corpo, onde ela possa identificar, onde é que lhe dói, porque nem sempre ela consegue explicar de forma clara, não é? Onde é que dói, o que é que dói (...) ter até a parte do corpo, ela conseguir apontar na imagem (...) nem sempre os ferimentos são visíveis (...)».*

Ou seja, imagens referentes aos conceitos de dor, náuseas, tonturas, dificuldades respiratórias, visão, sensação de formigueiro, se sente frio ou calor, e/ou fome ou sede, são conceitos importantes a ter em conta na elaboração do Manual Multilingue Pediátrico.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) se eles têm náuseas ou não, as tonturas eram importantes». Referência 2 - «A dificuldade respiratória (...) não consigo respirar, sei lá. (...). Outro contexto para a criança com ansiedade, que é muito frequente, (...) a visão a ver se está a ver bem ou não. Isto acaba por elencar um bocadinho aqui nas tonturas, mas também podem elencar num exame neurológico não, é? Sente algum formigueiro ou não, se tem frio ou se tem calor (...). Se tem fome ou se tem sede. (...) alguém que está com fome nós não lhe vamos dar de comer, mas eventualmente pode nos referenciar para outras coisas,*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*nomeadamente, hipoglicemias ou não, vemos o nível de açúcar. A sede pode ser um sinal secundário de choque (...). Da própria desidratação da criança (...).*

Como também é importante conter imagens para se conseguir entender: como se está a sentir; novamente se tem dor; se tem algum problema de saúde; se faz medicação; o que está a acontecer; se existe alguém que possa ser contactado como facilitador na comunicação, (...).

[<Arquivos\\E3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Como está; como se sente; se sente dor; se tem algum problema de saúde; se faz medicação; ou porque está ali ou o que está a acontecer, não é? O que aconteceu, se precisa de ajuda, se podemos chamar alguém, por exemplo. Às vezes uma pessoa esquece-se de perguntar, mas tipo se há alguém que possa chamar para ajudar. Se calhar até alguém que consegue comunicar melhor, conosco (...).*

Imagens de conceitos referentes à COVID-19, como por exemplo: tosse, febre, se teve contacto com positivos, entre outros, também será pertinente conter.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Eu tenho a certeza que ele não é do tempo do COVID». Referência 2 - «Efetivamente isso implicaria garantidamente pelo menos essas. Não tem questões adequadas à tosse, febre, tiveste em contacto com positivos...».*

Imagens referentes às emoções, também são conceitos importantes a ter neste material. De forma, a que a criança consiga expressar as suas angústias, as suas ansiedades e fundamentalmente os seus medos (medo da morte e/ou de perder alguém de referência para ela). Seria ainda importante as imagens estarem acompanhadas do conceito escrito em diferentes idiomas.

[<Arquivos\\PI>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) que permita chegar às emoções da criança e que permita para a criança uma forma de expressão da sua angústia, da sua ansiedade e sobretudo dos seus medos, naquele momento. Portanto, acho que é fundamental chegar aos medos da criança e permitir à criança que se manifeste sobre isso, que tenha as suas reações». Referência 2 - «Normalmente é o medo da morte ou de perder alguém. As pessoas para ela significativas ou mesmo da própria morte».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) também um onde tenha (...) vários tipos de emoções e ela possa apontar para as emoções e até ter por exemplo as emoções em vários idiomas, que permita a criança ler. Claro que depois, podemos ter as vítimas pediátricas que não sabem ler. E aqui iríamos pela parte da imagem (...) poderia ser uma solução ter cada imagem, em várias línguas (...)».*

Em suma, nem todas as questões do atual Manual Multilíngue podem evidentemente ser adaptadas para a pediatria, mas efetivamente conter todos estes conceitos evidenciados anteriormente será importante, assim como também conter conceitos referentes à área da Psicologia.

[<Arquivos\\T7>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) nem todas as questões que estão no manual serão adaptáveis para a pediatria. E aliás nem farão sentido porque para alguns deles pela especificidade que têm. (...) a forma de comunicação gostava de lhe poder dizer como é que isso poderia ser feito, eu não consigo agora assim dizer-lhe como é que acho que devia ser feito, mas considero que a questão das imagens trabalhadas do ponto de vista até se calhar da psicologia que possam ajudar neste sentido, penso que será realmente o melhor sim».*

### **Subcategoria Aplicação/programa ni iTEAMS para a pediatria**

Relativamente a existir uma **Aplicação/Programa no iTEAMS para a pediatria vs. material facilitador em formato digital**, foi possível verificar que os entrevistados concordaram com a sua existência, uma vez que, as crianças de hoje em dia, estão habituadas às novas tecnologias, sendo algo mais apelativo para as mesmas. Para além de que como é *toucht* permite a interação da própria criança, permitindo com maior facilidade que a criança se distraia e crie uma relação empática com os profissionais (seria mais interativo).

[<Arquivos\\PI>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Nunca tinha pensado sobre isso, mas faz-me algum sentido (...). Imaginar esses bonecos que eu estou a falar (...) em forma digital sim. (...) até porque a atualidade as crianças têm uma relação com os conteúdos digitais com uma maior destreza e interesse, portanto acho que sim, que faz sentido. E estou a imaginar uma aplicação com bonequinhos, com mascotes do próprio INEM a interagir e a permitir ali a expressão emocional».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E11>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Sim nos dias de hoje, mas não só. O próprio computador acaba por ser um elemento que cria alguma facilidade de relacionamento. Se esse mesmo computador tivesse digamos um programa específico em que passasse qualquer tipo de coisas, que cativasse a atenção da criança, que fosse do seu agrado, e inclusivamente até essas escalas de que temos estado aqui a falar, poderiam estar representadas numa aplicação qualquer. Não sei como é que poderia ser, mas sim! Até lhe passarmos, por exemplo, o computador para a mão! Se ela já tiver condições disso..., "olha tens aqui!" e colocaríamos ali um pouco de conversa...às tantas ela já ficava ali a mexer naquilo e..., penso que sim, que facilitava!». Referência 2 - « (...) nós vemos muitas vezes crianças de 2/3 anos, de tenra idade que estão com o telemóvel na mão ou com o Tablet e nós conseguimos fazer tudo e mais alguma coisa desde que elas possam continuar com aquilo. Acaba por ser um bom objeto de distração e que facilita também a execução de algumas coisas efetivamente!».*

Ainda assim, apesar de mais apelativo em formato digital, será sempre pertinente ter este tipo de materiais também em formato físico, pois poderá acontecer algum imprevisto e desta forma têm sempre o material disponível para uso.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Ou não funciona ou, por exemplo, se tivemos três saídas seguidas usarmos o Tablet durante muito tempo, pode ficar sem bateria. Nós até podemos pô-lo a carregar na ambulância, mas, por algum motivo, pode estar danificado. Acho sempre fundamental termos as duas formas ou vamos estar condicionados pela operacionalidade do dispositivo».*

[<Arquivos\\T7>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) obviamente que temos de ter a redundância do papel (...). Aquelas coisas umas vezes não trabalham ou pode acontecer eventualmente não ter bateria, mas sim faz sentido, claro que sim!».*

Contudo (como já referido anteriormente), o formato digital será mais apelativo para as crianças, mas também mais funcional para os profissionais, pois está sempre com eles (ao contrário do físico que poderá ser esquecido na ambulância). Para além disso, é ainda mais vantajoso por não ser necessário os profissionais “suportarem” mais material durante o socorro para além do que já é atualmente necessário.

[<Arquivos\\T4>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Acho que uma pastazinha lá com isso que ainda acaba por ser mais prático, porque nós, seja lá a situação que for, o portátil acompanha-me sempre em todas as situações. Não fica na ambulância. E acho que se estivermos lá e se calhar se formos para uma situação, é no quinto andar, muitas vezes nem sabemos da situação que vamos encontrar, se eu preciso, na hora tenho portátil comigo, se eu não preciso, depois não vou vir cá em baixo à ambulância buscar a cábula. Acho que ainda é mais prático, ainda é mais útil (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P2>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) até porque os técnicos de emergência (vamos imaginar estes profissionais), já carregam tanta coisa (...) é o saco da primeira abordagem, o aspirador, a mala de oxigênio, tudo aquilo que possam ter que transportar..., se lhe estivermos a dar mais material para eles carregarem será um problema. Tê-lo disponível na ambulância, sim por exemplo porque em qualquer altura podem ir buscar e podem utilizar. E obviamente, se houver em formato digital melhor (...), porque está ali à mão, eles têm computador com eles, têm o iTeams e, portanto, facilmente acedem e isso anda sempre com eles, portanto, com eles e conosco também».*

Para além dos aspetos mencionados anteriormente, outro proveito é por ser mais fácil para higienização.

[<Arquivos\\T2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) muito mais fácil e até desinfeto facilmente o portátil mesmo que eu tenha que o virar e que permita fazer com que a pessoa até toque no ecrã. É mais fácil do que o outro formato. Acho que sim, que é interessante».*

Reforçando novamente que para além disso será algo muito cativante para a população pediátrica, sendo também interessante e importante estar adaptado para o braille.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 3 - «Ótimo, ótimo» [importante o material também estar adaptado para o braille]. «E penso que será importante sim, também o formato digital até porque lá está, dependendo da situação em si, concordo com tudo o que disseste para além de ser fácil higienizar, o próprio computador é fácil higienizar e também aqui a questão de ser se calhar muito apelativo para muitas crianças, sobretudo numa era mais tecnológica e temos Tablets e telemóveis a toda a hora nas mãos das crianças, portanto poderá ser algo que até cativa mais facilmente a atenção delas (...)».*

Será um material vantajoso não só para crianças ditas “normais”, como as *com NE*, assim como para vítimas adultas com algum tipo de limitação.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «Até esses, quanto mais uma criança dita “normal”» [concordando que até as crianças com NE têm muita aptidão/gosto pelas novas tecnologias].*

[<Arquivos\\P3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) eu não acho que seja útil apenas para as crianças, acho que para pessoas com patologia ou com a oligofrenia ou com algum tipo de défice também (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Seria importante a mesma estar inserida no programa iTEAMS, funcionando de forma mais adequada, pois seria mais facilitador para os profissionais conseguirem manusear (através de por exemplo janelas pop-up). Para além de facilitar os profissionais na memorização dos procedimentos/comportamentos e estratégias a adotar.

[<Arquivos\\TI1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) na parte da pediatria abre uma janela e há lá um separador que é o triângulo pediátrico, ter também alguma coisa associada de forma a que nós não tivéssemos que fechar aquela janela para ir buscar, mas que estivesse associado ao programa. E que nos abrisse janelas pop-up de coisas. Isso então assim, seria muito mais fácil porque nós não precisávamos de mais nada. Era só ok, é na idade pediátrica carregámos ali e naquilo ter um separador digamos assim dedicado àquela parte».*

[<Arquivos\\TI>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) para funcionar convém que esteja integrado no iTEAMS. Até por uma questão de curiosidade, os colegas vão vendo, vão pesquisando, e vai acabando por ser interiorizado também».*

Será ainda assim pertinente porque o iTEAMS não tem nenhum campo referente à área da comunicação.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - «Não há nenhum campo direcionado para a melhor forma de comunicar, ou estratégias ou as ferramentas que foram utilizadas para a comunicação. Poderá ser porque não? Uma ferramenta no ITeams de comunicação na pediatria. Ou a melhor estratégia para se usar...».*

É um ótimo recurso para utilização principalmente quando as ocorrências são na rua (no caso da UMIPE), sendo importante os profissionais saberem usá-lo nas situações indicadas.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) por exemplo estou a pensar num acidente de carro, alguma coisa fora de casa, alguma coisa em que a criança esteja muito aflita e que nós precisemos que ela estabilize, acho que até nas nossas ocorrências isso pode ser útil sem dúvida alguma. Mas acho que é um ótimo recurso para se ter e para se saber quando usar».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Poderia mesmo conter vídeos de procedimentos físicos que os profissionais têm que realizar, como forma de antecipar e tranquilizar as crianças (uma vez que observam uma outra criança a passar pela mesma situação de forma serena). Sendo importante o profissional ter a capacidade de perceber se estes vídeos seriam adequados ou não aquela criança (ou seja, se lhe vai provocar ainda mais medo).

[<Arquivos\\E4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Vídeos. Porque, muitas das vezes, explicar o que vamos fazer, causa medo. Mas ver o que vamos fazer e o que acontece (...)». Referência 3 - «E depois o utilizador tem que ser capaz de avaliar, se para aquela criança vai-lhe provocar mais medo ou não».*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «Sim, e se calhar lá estar a parte visual, dos desenhos e tudo. Uma explicação, um minifilme, qualquer coisa que eles pudessem ver. Hoje em dia as crianças gostam é de computadores».*

Portanto, deveria também conter vocabulário referente a maus tratos para depois ser dada continuidade no hospital.

[<Arquivos\\E2>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) a questão de maus tratos ou algum tipo de violência (...) os maiores não querendo verbalizar, porque nós também não podemos expor (...) mas se a criança conseguir identificar através do computador, do Tablet, o que for, também, se calhar, não seria má ideia».*

### **Subcategoria Escala de Avaliação e Localização da Dor**

Relativamente à Escala de Avaliação e Localização da Dor, os profissionais reconhecem que seria uma ferramenta benéfica para utilizar com a pediatria, concordando que seria importante a criação deste material, através de pictogramas (imagens).

[<Arquivos\\E11>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Sim eu penso que sim! Porque há crianças que quando nós questionamos, por ser um estranho, simplesmente não respondem. O que não invalida que se houvesse uma escalazinha, umas figuras em que aparecessem as zonas do corpo, a criança que não verbalize pudesse apontar. “Olha doi-me aqui, no pé, na barriga!”. Sim, penso que sim, que seria mais uma ferramenta, que pudesse dar apoio».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Eu acho que a criação de algum material didático, principalmente, alguns desenhos em que seja possível identificar ou, ajudar na identificação da dor, crianças que não consigam explicar, ou até mesmo com os adultos, poderá fazer bastante diferença».*

Para que consigam localizar a dor, os profissionais normalmente costumam solicitar à criança para apontar onde dói, contudo em certas situações pode não ser uma tarefa fácil para a criança (como por exemplo no caso de crianças com NE).

[<Arquivos\\T5>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) houve colegas meus que já tiveram experiência de com uma criança autista e não foi muito fácil, não! [realçando que acha benéfica a adaptação da escala da dor para a pediatria, especialmente para ser utilizada com crianças com dificuldades expressivas].*

Esta ferramenta viria facilitar a abordagem dos profissionais, por diversos motivos, como por exemplo, pelo facto de em alguns casos as crianças já estarem “saturadas”, pois são abordadas por diversos profissionais (como é o caso das SIV, pois como já mencionado em categorias anteriores, os profissionais do INEM chegam normalmente depois dos bombeiros ao local de ocorrência). Assim localizar a dor através de imagens poderia ser útil também nestes casos.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) quando nós chegamos ao pé da criança depois daquele Rendez-vous, já foi palpada dez vezes: dez vezes pelo senhor bombeiro, cinco vezes pela mãe, por ele próprio muitas das vezes e o que faz com que o ponto de vista visceral haja então essa contração. Quando nós chegamos é muito difícil depois. Porque já lhe doi o abdómen todo. Já há muita defesa naquele abdómen e algumas vezes elas se calhar com um esquema acabam por (...). “Olha a dor começou-te a doer onde? Nós sabemos que estava muito na barriga, mas onde é que te começou a doer?”. Se calhar seria mais simples até!».*

Poderia ainda ser útil, no caso de crianças com dificuldades expressivas, crianças que estejam mais tímidas e/ou até crianças estrangeiras.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Dificuldades expressivas ou até mesmo um momento de maior timidez, não está tanto à vontade e que se calhar, tem mais dificuldade em falar, mas que às vezes, apontar para a imagem é mais facilitador, e, portanto, poderá ser uma mais-valia, e será uma mais-valia certamente».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «É muito importante principalmente nas estrangeiras (...).»*

Mais do que uma ferramenta para avaliar e facilitar na localização da dor, será também uma ferramenta facilitadora da interação com a criança.

[<Arquivos\\T2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Sim porque nós só conseguimos que eles nos mostrem onde dói se eles sinalizarem, claro que se tivessem alguma imagem ou mesmo com os smiles e tudo mais que pudéssemos usar, sim facilitaria. Acabaria por até eles interagirem mais (...) sim essas ferramentas acho que seriam importantes.»*

Quando as crianças estão acompanhadas por um brinquedo delas (ex. boneco), alguns profissionais utilizam o mesmo para facilitar a localização da dor (deixando que a criança sinalize a mesma no boneco), contudo isto nem sempre é possível, realçando o quanto seria útil ter um material específico da instituição para o efeito.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) ela estava muito agarrada a um boneco e eu o que na altura utilizei foi aquela coisa de perguntar: “mas o boneco também tem um dói-dói?” - e ela: “tem” - e eu: “onde?”, e ela foi apontar para o sítio onde lhe doía a ela. Portanto ela estava a fazer no boneco aquilo que ela sentia a ela. E eu assim a brincar: “então, mas é no braço?” - e ela: “não!” - e eu: “então é onde?” - e ela foi apontar para a barriga que era onde ela tinha a dor. E eu depois perguntei-lhe: “é igual a ti?” e ela: “sim é igual”. Usei o boneco para ela me dizer o que é que se estava a passar nela no boneco. Sim ajuda o facto de haver um sítio onde eles conseguem mostrar onde é que é a dor.»*

Avaliar e localizar a dor através de imagens seria algo vantajoso para a pediatria.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Aí sim se tivéssemos, uma imagem assim em grande (...). Um cartãozinho que a gente pudesse mostrar (...) como é que tu estás hoje? Como é que estás agora? Estás mais assim?”. Eu acho que sim, acho que fazia sentido, sim!».*

[<Arquivos\\T8>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) eles até podem ir à escala de faces e nós tentamos mais ou menos perceber e quantificar dependendo da carinha que eles escolherem, mas depois podemos não perceber porque ele não consegue comunicar exatamente o sítio onde dói. Se fosse através de um jogo poderia ser bem mais fácil.»*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Contudo este tipo de material seria mais indicado para crianças mais crescidas, com maior maturidade.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) como é óbvio isso só pode ser aplicado em crianças mais velhas, não é! Acredito que não seja sempre fácil em mais pequenos...».*

[<Arquivos\\T4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) tudo depende da idade da criança, se já compreende essa situação e consiga colaborar nesse aspeto (...).».*

Seria também importante ter esta ferramenta disponível no iTEAMS. Realçando novamente que é muito difícil avaliar a dor (principalmente nos casos de trauma).

[<Arquivos\\E5>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Olhe, mas está a dar-me uma excelente ideia! Se conseguir fazer pressão nesse sentido eu faço pressão do outro lado para conseguirmos por isso no iTEAMS! (...) portanto eu até já estou a imaginar...».*

Contudo, já existe uma imagem de uma criança no iTEAMS (embora não tenha sido colocada com esse intuito no software), que pode ser utilizada para facilitar na avaliação e localização da dor. Pode ainda se efetuar uma proposta para melhorar a mesma, ou seja, torná-la mais apelativa para as crianças (no sentido de potenciar o que já existe). Realçando novamente a pertinência deste material existir em formato digital.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «Já que o ITeams (que é a nossa ferramenta de registo) (...) já há um esboço de um pictograma, não foi criado com esse intuito, agora que pode ser rentabilizado com esse intuito pode! Pode ser melhorado também? Também. Mas também acho que quando pensamos em introduzir ferramentas também devemos partir para potenciar as que temos. Se já temos um boneco, mas se calhar um boneco colorido ficava melhor. Pronto então, talvez uma proposta ao ITeams de tornar aquele pictograma que é duas cores numa coisa mais interativa para ser usada nesse contexto. Parece-me perfeitamente possível».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T8>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Nós temos o computador da ambulância e realmente nós poderíamos pôr lá uma escala de faces e levar o computador ao utente e ele apontar, sim. Há sempre uma solução, isso é verdade. A não ser que o computador não tenha bateria».*

Seria uma ferramenta útil e facilitadora também para os idosos.

[<Arquivos\\T8>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «Às vezes até para os mais idosos, eu não consigo que numa escala de 0 a 10 me respondam, então tenho que criar ali uma alternativa, para tentar perceber».*

### **Subcategoria Checklist com Parâmetros Comunicativos a ter em conta**

Outro facilitador sugerido foi a **Checklist com Parâmetros Comunicativos a ter em conta**, tendo os profissionais realçado ser pertinente no sentido de orientar a tipologia de abordagem, de acordo com a faixa etária da criança (acabando por funcionar ou pouco como os restantes protocolos que estes profissionais já utilizam).

[<Arquivos\\E5>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Stefanie eu não acho eu tenho a plena certeza! (...) essa parte é fundamental! Porque há uma variabilidade em termos cognitivos completamente diferente de uma criança de 1/2/3 anos, de acordo com as suas características cognitivas. E se conseguirmos fazer um refresh ali rapidamente de qual será a forma mais ajustada, isso só poderá ajudar! E dar maior segurança à equipa na abordagem!». Referência 2 - «(...) termos uma checklist..., ter algo que nos oriente e ajuste na abordagem, será sempre bem-vindo e uma mais valia».*

[<Arquivos\\T7>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) penso que sim poderá ser útil, porque obviamente que existe um padrão que podemos seguir através de uma checklist. Que terá os seus ajustes consoante aquilo que nós estamos a ter. Um fluxograma que nos indique caminho a seguir. (...) obviamente que sim (...) que nos poderá ajudar. Nós já temos fluxogramas de atuação para tudo e para mais alguma coisa na realidade. Para a pediatria também não era novidade que existisse!». Referência 2 - «(...) se houvesse algo mais específico (...) direcionado para a comunicação a coisa seria com certeza bastante mais facilitadora daquilo que é a nossa interação, claro que sim!».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Assim como seria importante conter questões a colocar à criança, ou seja, como é que determinadas questões devem ser realizadas à criança pelo profissional.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) poderemos ter uma checklist que nos indique a melhor forma de comunicar com a criança, de acordo com a sua idade, seja com brinquedos ou balões, ou questões a colocar (que devem estar na checklist, que questões colocar à criança para responder), acho que faz todo o sentido estar. E eu sou fã das checklist's».*

Seria ainda importante conter outras informações, como por exemplo: se é verbal ou não-verbal; se tem ou não noção de quantificação da dor; medos de acordo com a faixa etária; se tem noção do conceito de morte, entre outros. Seria ainda interessante a Checklist estar orientada para a Tipologia da Situação Clínica, ainda que a sua construção possa ser mais desafiadora.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) parece-me ser interessante. Eventualmente algo que oriente o profissional de saúde em quais são as competências comunicacionais que a criança detém naquela fase. Isto é, se ela já é responsiva verbal se não é responsiva verbal, se tem noção de quantificação de dor, se não tem quantificação de dor, um bocadinho adequado (...) à compreensão/literacia da criança. (...) parece-me interessante, no sentido de orientar a tipologia de abordagem. Relativamente à tipologia da situação clínica..., não sei se seria tão simples. Pela diversidade que temos. Mas também seria alguma coisa a tentar! (...)». Referência 2 - «(...) relativamente à tipologia de ocorrência...poderá ser interessante, quer dizer pela abrangência que temos teria que ser algo mais extenso. (...) estou-me a lembrar que nós nos pictogramas, tínhamos pictogramas, para o COVID, pictogramas para trauma, por isso sim, sim. Se for algo assim, sim. Parece-me que ia ser possível».*

[<Arquivos\\P3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) acho que termos alguma coisa física, concreta que possamos ir ver quando precisamos. Até podemos não ir ver em todas as ocorrências, mas acho que seria muito útil termos alguma coisa que distinguisse de etapa para etapa e vários temas (...). Como é que se fala na morte nesta etapa, como é que se fala na doença nesta etapa, isso acho que seria muito útil sim». Referência 2 - «Olhe acho que o luto seria, não só a notificação de morte do luto em si, seria. A comunicação com as crianças em fases vulneráveis, por exemplo, ou reações típicas de cada tipo de desenvolvimento, notícias difíceis. Pode não ser morte, pode não ser doença, mas notícias exigentes (...)».*

Este material seria facilitador para todos os profissionais, contudo teria ainda uma importância maior para os Enfermeiros e TEPH, pois os Psicólogos nem sempre estão em todas as ocorrências e nem na maioria delas.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\PI>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) em termos gerais para o INEM eu acho que sim, que seria uma mais valia ter uma maior objetividade, quando se fala do que é que se vai fazer com uma criança nesta idade. O que é que devemos, o que é que não devemos (...). Para nós, se calhar psicólogos temos outras bases de conhecimento teórico sobre o desenvolvimento de infância (...) estamos um bocadinho mais salvaguardados nessa questão e também mais seguros o que faz muita diferença (...). (...) para outros profissionais que não tenham tanto conhecimento teórico relativamente ao desenvolvimento pode haver mais dificuldade (...)».*

[<Arquivos\\P4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) pode ser facilitador. Não tanto a nível da UMIPE, como eu digo na nossa interação é totalmente diferente (...). E aí tem que ser mesmo de acordo com a situação que nós temos em mãos, mas se calhar para as ambulâncias, até faz sentido que possam ter ali mais uma ferramenta que possam no fundo “jogar as mãos” na eventualidade de haver essa necessidade».*

Ainda sendo mais abrangente, este tipo de material facilitador seria importantíssimo para toda a comunidade do Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica (SIADEM), como podemos verificar na seguinte passagem construtiva:

[<Arquivos\\P2>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) penso que seria muito útil, sobretudo para a formação dos técnicos de emergência e também para os bombeiros e por aí fora. Estou a focar aqui no INEM obviamente, porque é a minha instituição, mas penso que para todos os profissionais do SIADEM, seria muito útil haver um instrumento que fosse mais facilitador, mais organizador, orientador, daquilo que é a intervenção com crianças».*

Pode ser um material que podia ser facilmente introduzido no “livro de Bolso” que os profissionais da nova carreira têm.

[<Arquivos\\TI1>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) como são muitos protocolos, muita medicação, muita coisa, com alguns algoritmos, o que muitos fizeram foi diminuir digamos as folhas e fazer um livro de bolso onde tem todas essas coisas, portanto seria mais uma outra coisa para juntarmos, para nos lembrar caso seja necessário!».*

Podendo mesmo ser “um dois em um”, ou seja, enquanto observam qual a melhor forma para abordar a criança, também examinam quais os Sinais Vitais indicados para aquela faixa etária.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) até pode ser mais fácil podermos complementá-lo com a forma de comunicação e os sinais vitais que cada criança naquele espaço de idade tenha! Ou seja, automaticamente no mesmo protocolo nós estamos a ver duas coisas: como comunicar com aquela criança e os níveis de sinais vitais. É importante para nós, a nível do pré-hospitalar, obter os níveis de sinais vitais! (...)».*

Salientam que é um material que facilmente podem consultar a caminho da ocorrência, de forma a relembrar detalhes comunicativos importantes, assim como reforçam a importância de existir formação complementar ao mesmo.

[<Arquivos\\E10>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «E mesmo porque pode ser algo que recordamos a caminho do local. E não precisamos de saber tudo, mas temos uma ideia».*

[<Arquivos\\T4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Acredito que faria todo o sentido, mas termos isso de base já conosco antecedente para um estudo prévio (...). Acho que uma formação específica (...) termos essa abordagem acho que faria todo o sentido e era de todo bom, termos acesso a isso».*

À semelhança de outros protocolos que estes profissionais têm e que os facilitam imenso, este também seria pertinente e benéfico para os mesmos.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «Sim..., eu agora estava-me a lembrar, por exemplo, em relação às queimaduras! Não havia cábulas em relação às queimaduras e foi criado uma cábula desde o bebé ao adulto. Quando é que é mais grave? Uma queimadura de um por cento! Sabia lá quanto é que era um por cento da queimadura! Se é grave, se não é! Se é mais grave na criança por ter um tamanho mais pequeno do que no adulto? E aquilo ajudou-nos, ajuda-nos muito em termos de atuação, sim claro sem dúvida alguma que era benéfico».*

### **Subcategoria Escala para avaliar as Emoções**

No que diz respeito à **Escala para avaliar as Emoções**, grande parte dos profissionais também realçou ser pertinente a sua existência:

[<Arquivos\\E10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Sim, não temos nada disso».*

[<Arquivos\\T7>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Eu penso que sim. Para além daquilo que é a fâcies da criança que nos vai dar muita informação de como é que ela se pode sentir, realmente esse tipo de imagem, essa escala de emoções seria uma mais valia que nos ajudaria realmente a perceber o quão mal a criança está, ou em que sentido é que isso se faz sentir na criança. Porque a mesma situação pode ser sentida de maneira diferente entre as crianças, ou seja, outra pode sentir de uma maneira completamente diferente».*

Será ainda mais facilitador para crianças mais pequenas (que não queiram falar), e/ou quando têm dificuldades na verbalização/expressão.

[<Arquivos\\PI>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) não podendo fazê-lo verbalmente (...) acho que era importante termos outros recursos nomeadamente, para a criança poder expressar, porque acho que é algo muito importante». Referência 3 - «A forma de lhe promover o autocontrolo será primeiro pela libertação dessas emoções (...)». Referência 4 - «(...) ter condições ou ter recursos, meios, algo que nos permita a criança expressar estas emoções e entender que naquele momento, naquele contexto, aquelas reações são normais. Porque são. São esperadas, é normal poder reagir assim, isto é o fundamental, este é o objetivo (...) será o protetor para depois não desenvolver outras consequências».*

[<Arquivos\\P3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Olhe pode fazer sentido naquelas situações em que a criança está muito relutante em falar, em verbalizar (...). As vezes, acredito que possa ser facilitador. Não vou dizer que não. (...) por norma quanto mais for a interação de pessoa para pessoa, mais facilitadora é a criação de relação e estabelecimento de confiança. Mas pode ser útil sim, para eles conseguirem, eles próprios identificar (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Até em crianças mais velhas e quando as situações são do foro psiquiátrico/psicológico pode ser facilitador, pois normalmente não querem falar.

[<Arquivos\\T2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) mais numa população já mais velhinha, com os seus 13/14 anos, mas tem acontecido muito e pelo que eu percebi até em mais novos, que são situações do foro psiquiátrico/psicológico. E se calhar nesse sentido, porque eles também não estão tão dispostos a falar. Se calhar aí sim, porque agora já se começa a ver este tipo de problemas com crianças com 8/9 aninhos».*

Contudo, apesar de ser interessante poderá ser difícil para algumas crianças se autoavaliarem.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Não sei até que ponto é que seria possível, no sentido de que, eu acho que para a criança manifestar esse tipo de autoavaliação acho que tem de confiar muito em nós. Não sei até que ponto é que seria facilmente implementável. Sem dúvida que era interessante (...) não sei até que ponto é que seja assim tão fácil».*

Será obviamente também um material facilitador que não será para utilizar em todas as ocorrências, podendo ser apenas utilizado quando o nível de criticidade da ocorrência não é elevado (conseguindo ser interessante para diferenciar os conceitos de dor, desconforto e medo). Sendo também este material facilitador no sentido que vai “ocupando” tempo em situações de gravidade baixa.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Estou-me a lembrar de ver uns termómetros das emoções. Sim, acho que sim. Acho que nem sempre teríamos tempo para o aplicar, mas existindo e não sendo o grau de criticidade da situação elevado, parece que seria plausível a aplicação e até acaba por ocupar ali um bocadinho do tempo (...). Se calhar a diferença entre dor, desconforto e medo. Eventualmente até».*

Desta forma, este material não fará tanto sentido numa VMER e/ou SIV, pois regra geral o nível de criticidade é mais elevado. Podendo fazer mais sentido para os TEPH e Psicólogos (UMIPE).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E6>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) a nossa preocupação é mesmo tentar perceber o que é que se passa com a criança e ajudar nesse sentido. Ou seja, se eles pedem ajuda e principalmente se o contexto é SIV é porque à partida é uma situação grave, e não vai ser uma criança que esteja triste. Eu acho que para nós se calhar não faz assim tanto sentido quanto isso». Referência 2 - «Possivelmente eles é que fazem mais a avaliação e quando são situações mais traumáticas para eles! E talvez também para os técnicos, como eles vão para situações mais menores, acaba por ser mais fácil (...)».*

[<Arquivos\\E5>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Um fundamento à tomada de decisão para o CAPIC... certo!». Referência 3 - «Era importante sim...».*

Será um material importante/facilitador para contextos específicos como situações de violência (tanto física como sexual).

[<Arquivos\\T11>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) situações assim se calhar mais específicas, de como eu lhe disse há bocadinho que às vezes vamos (...). De violência, de agressão nessas, sim seria importante. Mas são coisas muito específicas, que não são felizmente o nosso dia-a-dia (...)».*

Em suma, seria fundamental comportar a avaliação das emoções com a dor num só material, para facilitar a interação da própria criança (que seria uma mais valia), através de um jogo no Tablet por exemplo. Também seria importante a continuidade em termos hospitalares (que é também uma grande dificuldade sentida pelos profissionais).

[<Arquivos\\T12>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) era interessante (...) criar uma escala que conseguisse comportar as duas coisas. (...) existe aqui a emoção, a criança até pode não sentir dor, mas por alguma razão não está bem e não está confortável e diz-nos que tem dor. E na verdade isto é quase uma dor emotiva (...) é criar uma ferramenta que seja possível aplicar, mas que seja de uma aplicação fácil, rápida. Se pudermos fazê-lo em conjunto com a criança, melhor ainda (...) pegar no computador ou no Tablet, virar para a criança e aquilo para ela é o momento em que está a fazer um jogo, para mim é um momento em que eu estou a recolher informação, mas estou aqui a ganhar mais algumas coisas com isso e seria interessante, acho que era sempre enriquecedor. (...) essa escala ter alguma continuidade naquilo que é depois a prestação de cuidados no hospital. E esta é uma das dificuldades que eu sei que existe cá. (...) varia não só de acordo com os profissionais, mas varia também de acordo com as entidades a constituições de saúde que estão a receber os utentes (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Seria interessante usar a tecnologia para facilitar a abordagem das emoções e até da avaliação da dor nas crianças. Em que a criança teria que ir interagindo com a aplicação para conseguir avançar na mesma. Em simultâneo estaria a transmitir como se sentia, conseguindo os profissionais acompanhar a evolução da intervenção.

[<Arquivos\\T10>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) para nós percebermos como é que a criança estava a sentir, até ao nível de dor, se a dor aumentava se não aumentava se estava confortável (...). Tipo um filme que eles vão estando a ver no computador (...) que vai aparecer tipo um pop-up no vídeo em que eu tenho que escolher, como é que se está a sentir agora? Então selecionavam como é que estão a sentir agora e nós aí conseguimos fazer o acompanhamento. Olha está a ficar com mais dor. Olha está já tem menos dor. Já está a ser tudo melhor. Já não se sente tão enjoada, (...) está a diminuir. Isto era algo que se nós tivéssemos ali sempre a rodar, eles iam estando com a atenção deles e automaticamente eles próprios interagiam a dizer já me estou a sentir melhor (...)».*

### **Subcategoria Guião Orientador da Comunicação**

Relativamente ao **Guião Orientador da Comunicação** de acordo com diferentes patologias pediátricas em termos comunicativos, a existência deste material facilitador foi realçada também como pertinente pelos profissionais entrevistados.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «É sem dúvida que é! Porque nós às vezes não sabemos como é que havemos de abordar as crianças. Elas são todas diferentes e tendo algo para auxiliar a avaliação seria muito mais fácil. Até às vezes não é que a gente não saiba é somente para relembrar alguns pormenores que nos estejam a falhar e que nós não consigamos fazer essa abordagem. (...) estou-me a lembrar das crianças com autismo. Nem sempre é fácil abordar esse tipo de crianças (...)».*

[<Arquivos\\E1>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Sem dúvida. (...) as nossas cábulas, são exatamente guiões, muitas das vezes, (...) em que colocamos uma tabela com as doses para este peso, (...) e isso é na minha opinião é das melhores ferramentas que nós temos para pediatria. Nesse contexto, em que nós não sabemos e vamos um bocadinho às escuras no processo de adaptação de tentativa-erro, sem sombra de dúvida que ia ser uma mais valia (...). Escusávamos de andar na tentativa-erro e tínhamos um fio condutor e tínhamos uma estratégia (...)».*

Este material será ainda mais pertinente nos casos em que não existe nenhum Elemento de Referência junto da criança, sendo importante, não existirem apenas protocolos direcionados para tratar a parte física.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T6C>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) numa situação de não haver ninguém, de não estar ninguém, até percebermos que esta criança é assim, se calhar isso seria ótimo. Até para nos tentarmos adaptar». Referência 2 - «Sim, sim. Os protocolos não serem direcionados apenas para tratar a parte física».*

Seria um material que não só seria benéfico para os profissionais do INEM, mas para todos os profissionais da emergência pré-hospitalar (SIADEM), sendo importante este material se fazer acompanhar de formação na área (principalmente para os TEPH, enfermeiros e médicos, pois os psicólogos nem sempre conseguem prestar este apoio aos colegas).

[<Arquivos\\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) será sempre bem-vindo e penso que será uma mais-valia para os profissionais do SIADDEM. Eu estou aqui a pensar nos técnicos de emergência que até vão tendo formação regular, sobre isto (...) técnicos, seja enfermeiros, seja médicos vão conversando connosco e muitas vezes pedem para falar com o CAPIC, para nós darmos uma ajuda. Mas nem sempre isso acontece e, portanto, isto em termos de socorro em Portugal, os técnicos de emergência, o pessoal do INEM é uma pequena amostra, porque a maior parte do serviço do socorro é feito por bombeiros e penso que ter, portanto um guia orientador ou algumas linhas orientadoras seria bom, não só para o INEM como para todos os profissionais de emergência pré-hospitalar (...) penso que seria muito bom ter esse guia orientador (...) haver também formação, porque por si só o guia, não é suficiente. Terá que haver aqui também formação. Às vezes até formação sobre o que é o autismo, que cuidados a ter (...)*».

[<Arquivos\\P1>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Sim, sim acho que seria uma mais valia para os meios INEM poderem ter essa informação de forma estruturada para populações específicas, porque naturalmente, acredito que seja sentida essa dificuldade, como lhe disse há pouco, que se calhar não tanto por nós, que temos a base, não é? Mas para os técnicos, sim acho que seria uma mais valia».*

Contudo será importante realçar na formação deste material que se trata de linhas orientadoras e que não substituem a avaliação no local. Sendo necessário adaptar à criança e ao meio.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) acho que teria que estar, para eu sentir que fosse realmente útil e para pessoas como eu no início não ficarem demasiado pegados a isso, acho que deveria constar sem dúvida alguma, que são linhas que orientam, mas que não substituem a avaliação no local».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Deverá ser algo que não ocupe muito espaço, sendo também um material importante para irem consultando.

[<Arquivos\E12>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) não preciso no momento em que estou com a criança consultar, mas posso fazê-lo antes! Que tivesse disponível mesmo para o tempo que estamos aqui, sem serviço, consultar de vez em quando. Tudo o que for conhecimento, acho que não, não ocupa espaço, como eu costumo dizer».*

[<Arquivos\P4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) o problema é que no serviço de emergência, o espaço é pouco (...). (...) a UMIPE tem menos ainda (...), portanto tendo em conta o espaço que há, nós também não podemos ter tanta coisa lá dentro (...). Agora poder ter acesso a essa informação, eu acho que sim. Eu poder estar numa base ou ter até rapidamente acesso a esse material...para fazer um refresh (...)».*

Seria também bastante importante conter “o que não fazer”.

[<Arquivos\T10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Eu acho que a doutora falou aí num ponto que para mim sobrepõe a todos que é: o que é que não devem de fazer! (...)».*

E deveria mais uma vez, estar inserido na formação base de pediatria aos profissionais.

[<Arquivos\T11>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Eu acho que isso deveria fazer inclusive parte da nossa formação base de pediatria».*

### **Subcategoria Prancha de Comunicação**

No que diz respeito à **Prancha de Comunicação**, foi possível entender que os profissionais também acharam pertinente a sua existência, como podemos verificar nas seguintes análises construtivas:

[<Arquivos\E3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «Sim porque ela pode não ter a capacidade de exprimir, lá está, mas consegue sinalizar como é que se está a sentir. Dar uma imagem que se está triste, com frio, com dor (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P4>](#) - § 1 referência codificada

Referência 1 - «Eu acho que sim» [concordando ser pertinente este tipo de material facilitador].

Para os profissionais seria material importante a implementar nas ambulâncias.

[<Arquivos\\E7>](#) - § 3 referências codificadas

Referência 3 - «(...) era interessante meter aquilo nas ambulâncias nomeadamente os cartões com as figuras, era muito, muito bom! (...)».

Seria de igual modo importante existir em formato papel (pois o digital pode ter falhas), como também digital. Sendo importante ser resistente e estar plastificado.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 2 referências codificadas

Referência 1 - «Eu acho que é importante o formato em papel. (...) porque, em primeiro lugar, o meio digital, o Tablet, o computador, o quer que seja, acaba por muitas das vezes, ter montes de falhas. Já não é a primeira vez que acontece, mas se houver uma duplicação não estou a ver qual é o problema de haver no digital e, se calhar, até facilita e até chegamos à conclusão de ficar apenas o papel como o backup. Mas o plano A está exatamente ali no computador e é no computador que nós utilizamos».

[<Arquivos\\E8>](#) - § 4 referências codificadas

Referência 1 - «O que eles consideraram que seria mais viável era nós termos no aplicativo e em suporte de papel impresso e plastificado, cadernos A4, uma prancha de comunicação que desse para a comunicação base e isso sim seria para o uso na SIV, para essas situações em que a criança não levou o seu chaveiro, em que a criança é estrangeiro...ou tudo e mais alguma coisa (...)». Referência 2 - «E aí seria plastificar no sentido de permitir o uso mais do que uma vez (...)».

Como já referido, iria ser facilitador também para as crianças estrangeiras e até útil para a criança exprimir as suas emoções.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 1 referência codificada

Referência 1 - «(...) o tal jogo das imagens ou tentar ter alguma coisa que pudesse ali fazer o suporte e que fosse a nossa comunicação. Alguns desenhos, coisas que pudessem ser demonstrativas do que se estivesse a passar e que a criança pudesse identificar-se, se calhar seria muito importante porque senão, de outra forma..., nós tínhamos que tentar chegar à fala de alguma maneira, mas claro que o idioma, a barreira da língua é muito difícil» [imaginando um suposto atendimento pediátrico estrangeiro].

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E10>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) através da ferramenta que será criada, nós conseguimos ter essa percepção do estado de espírito da criança, do estado emocional da criança».*

Este material deveria também ser alargado a todo o SIEM, acompanhado de formação. E para que não haja uma quebra na comunicação quando a criança dá entrada em meio hospitalar, os profissionais podem eventualmente entregar umas cópias das pranchas comunicativas no hospital.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) vejo muito mais a possibilidade de alargamento a todos os elementos do SIEM. Neste momento estamos num mundo digital, consegue-se os mails deles todos. A lista está disponível na net, os mails, é quase como se costuma dizer, passar um dia agarrado ao computador e a ligar para eles e “olhe envia-me”, ..., e o INEM até tem isso e talvez com uma ação de formação e sensibilização divulgada até pelo INEM junto deles, porque acaba por ter um grande peso este alargamento, e eles tudo o que vem do INEM consomem de forma muito mais ávida. Estou a vê-los a serem melhores embaixadores da marca positiva que quer deixar com a comunicação adaptativa em contexto pré-hospitalar (...)».* Referência 4 - «(...) isto não quer dizer, que não pensemos em ter cópias duplicadas e que até entreguemos no hospital a acompanhar o utente com esta filosofia do não haver aqui uma quebra de comunicação que até se ganhou».

Relativamente ao **vocabulário a ter em conta** na Prancha de Comunicação, seria essencial existir forma de os profissionais explicarem os procedimentos que vão acontecer.

[<Arquivos\\E3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) acho que seja qual for o procedimento, ter sempre a capacidade de explicar o que vai acontecer».*

Ou seja, essencialmente os procedimentos “físicos”, como por exemplo: avaliação da glicémia, tensão arterial, avaliação e localização da dor, temperatura, entre outras.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) penso que poderia até haver imagens de alguns procedimentos mais comuns (...) o avaliar uma tensão arterial (...) avaliar a glicemia, quando é necessário (...) a questão da avaliação da dor (...) avaliar a temperatura (...) poderia (...) haver estas imagens que os técnicos poderiam mostrar à criança aquilo que vão fazer, para antecipar e ela saber aquilo que vai ser feito e não se assustar com os procedimentos. Penso que também poderia ser útil».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\E5>](#) - § 12 referências codificadas

Referência 1 - «Por exemplo, na localização da dor. Quer no trauma quer nas outras situações todas».

Outros procedimentos podem ser relacionados com a parte respiratória:

[<Arquivos\E5>](#) - § 12 referências codificadas

Referência 2 - «(...) e nas partes respiratórias também é importante há quanto tempo, se já tomou paracetamol, se não tomou, se aliviou, se não aliviou (...)».

Nas situações de maus tratos também é importante existir vocabulário específico, já que é muito difícil comunicar com as crianças, auxiliando a criança a explicar o que é que aconteceu. Vocabulário referente a conceitos como: alguém a ralar, adultos a discutir, um ícone com um gesto de ameaça, queimaduras, bater, castigar (...).

[<Arquivos\E5>](#) - § 12 referências codificadas

Referência 3 - «(...) já tive crianças vítimas de maus tratos, queimados nomeadamente, eu estava a pensar de que forma poderíamos comunicar o que é que aconteceu? Consegues-me explicar o que é que aconteceu? Só que é uma pergunta tão vaga tão ambígua...». Referência 4 - «De repente visualizei uma...vem da parte dos maus tratos (...) tipo alguém a ralar, a imagem de alguém a ralar com ela...a imagem de dois adultos a discutir (...)». Referência 5 - «Ou até mesmo um a discutir, um ícone, o pôr uma mão assim [fez gesto de ameaça] ... porque nós tivemos já crianças queimadas com cigarros, crianças queimadas na água a ferver, que foi mergulhada nas nádegas!». Referência 6 - E de fato ter uma ferramenta que nos ajude a comunicar ou um conjunto ferramentas ajustadas às diferentes situações, porque são múltiplas, mas essa dos maus-tratos de facto é algo marcante e difícil de abordagem com uma criança, porque ela perde as referências com quem nós contamos habitualmente. E depois? Como é que conseguimos comunicar com ela? É devastador, é devastador pela impotência e pela falta de conhecimento. (...) muitas vezes a criança está com sentimento de culpa com a parte emocional completamente alterada, além da física». Referência 8 - «Os pais a discutir, ou pessoas de referência a discutir...as queimaduras...o bater...o castigar...o colocar em sítios escuros... o castigar (...)».

Algum ícone referente a animais também seria importante, pois também acontece crianças serem atacadas por animais.

[<Arquivos\E5>](#) - § 12 referências codificadas

Referência 9 - «Animais também... já tive crianças com animais... mordidas». Referência 11 - «Tipo qual foi o animal também é uma pergunta: o que é que aconteceu? O que é que picou?».

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

A omissão de informação também é frequente por parte das crianças, por receio que têm dos pais, podendo este material também ser facilitador nestas situações.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 10 - «Há outra coisa, tão difícil nas crianças... é que as crianças depois omitem porque têm medo dos pais!».*

E em casos de acidentes, perceber o que é que se passou, e fundamentalmente onde dói.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 12 - «E nos acidentes...de facto...muito difícil, onde dói? O que aconteceu? Estou a reportar aquele acidente, que eram 9 e nenhum deles falava em português nem inglês! (...) Só 2 adultos, o resto era tudo crianças!».*

Seria ainda facilitador, a existência de conceitos referentes às emoções das crianças, como por exemplo os medos delas (da própria morte ou de perder alguém que lhe seja significativo):

[<Arquivos\\P1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «Acho que era importante esses conteúdos tocarem nas emoções da criança. Portanto ser uma forma de expressão. E, portanto, independentemente de não conseguir especificar o que dizer ou o que colocar, mas que permita chegar às emoções da criança e que permita para a criança uma forma de expressão da sua angústia, da sua ansiedade e sobretudo dos seus medos (...) é fundamental chegar aos medos da criança e permitir à criança que se manifeste sobre isso, que tenha as suas reações». Referência 2 - «Normalmente é o medo da morte ou de perder alguém. As pessoas para ela significativas ou mesmo da própria morte».*

### **Subcategoria Material facilitador e adaptado para a LGP**

No que diz respeito ao **Material facilitador estar adaptado para LGP**, todos os profissionais acham pertinente, como podemos verificar nas seguintes passagens construtivas:

[<Arquivos\\E3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Acho que faria sentido, sem dúvida!». Referência 2 - «Sim claro! Se não estiver disponível,*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*é que não vou conseguir utilizar (...). E se fizer a diferença numa pessoa nem que seja daqui a um ou dois anos e conseguir ter um instrumento que eu consiga utilizar e ganhar ali uma mais valia, já fez a diferença».*

[<Arquivos\\PI>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) é sempre uma mais valia. Agora tendo em conta que a casuística é reduzida (...) pode não ser uma prioridade... Mas eu acho que é sempre uma mais valia termos resposta para toda a população. Se servimos a população, termos ferramentas para todo o tipo de população, é o correto (...)».*

Seria importante que este material existisse também em formato digital.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Claro que sim. Mas aí não era material papel, tinha que ser mesmo protocolos de plataformas digitais».*

Podendo mesmo fazer parte do Guião Orientador da Comunicação que será eventualmente construído.

[<Arquivos\\E12>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Ou mesmo, fazer parte daquele livrito de estratégias poderiam lá estar os pontos chave».*

Seria igualmente interessante, ao se adaptar o Manual Multilingue, colocar vídeos em LGP para as questões do manual (pois são as questões-chave de emergência). Podendo, para além disso, ser consultado pelos profissionais fora da ocorrência. Sendo ainda importante, a existência de formação para a introdução deste material facilitador, pois o ícone para a LGP que os profissionais têm disponível tem algumas limitações.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «O Manual Multilingue quando há pouco me dizia, porque não criar cada questão em linguagem gestual com filmes? É possível pormos em todos os tablets uma base de dados em que a cada pergunta (e as perguntas estariam numeradas), em que no manual multilingue correspondesse a um filme. Porque ali no fundo terão as palavras-chave da emergência...está a febre, dispneia a dificuldade respiratória...». Referência 3 - «(...) com a vantagem que podemos consultar mesmo fora de ocorrências (“olha, hoje vou recordar o conceito...” (...))». Referência 4 - «(...) seria interessante uma formação de introdução (...). Referência 5 - «(...) aquela ligação direta ao Sistema Nacional de Saúde e aos colegas de linguagem gestual efetivamente precisa de existir uma boa qualidade net. Estou a ser sincera, eu vou para a P. ou vou para a L. lá não tenho rede móvel...quanto mais (...))».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

### **Subcategoria Outros (materiais já existentes)**

Existem já diferentes materiais facilitadores para utilizar no contexto de prestação de cuidados de saúde, como para os motociclistas, nomeadamente pulseiras com QR Code e a colocação de informação pertinente no interior dos capacetes.

[<Arquivos\E4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Já há umas pulseiras com QR Code (...) era um adulto, um motociclista (...) e fez a visualização com o seu telemóvel e estavam lá os dados todos do indivíduo inconsciente». Referência 2 - «(...) há aquela coisa de no capacete, ter a sua informação (...) foi um motociclista. (...) já se nota no cidadão, essa preocupação, porque sabem que estão sozinhos e se acontecer alguma desgraça...».*

Para adultos, há quem tenha tatuado o nome da medicação a que é alérgico.

[<Arquivos\T5>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «Já há adultos com tatuagens. (...) encontrei um rapaz que trazia tatuado (...) que era alérgico à aspirina e uma tatuagem giríssima».*

Direcionado para a população pediátrica, nomeadamente para as crianças com NE, existem já alguns facilitadores como colares, proteções de cinto e a tira de girassóis com a informação essencial sobre a vítima.

[<Arquivos\E4>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) as pessoas portadoras de doenças, já se nota que há pessoas que usam os colares (...)».*

[<Arquivos\E8>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) o que essas colegas tentaram trabalhar foi proteções de cinto de segurança. A proteção do cinto diz qual é a patologia de base e no interior tem o historial clínico e a medicação. (...) há muitas crianças que começam a usar a tira de girassóis. (...) também começa a haver muitos profissionais que já percebem o que é. As de girassóis é a amarela..., de oncologia também já vi várias (...)».*

Em termos hospitalares também já foi visualizado Pranchas de Comunicação para Adultos, no sentido de facilitar os funcionários que estão na receção na abertura das “fichas dos utentes”.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T1>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 2 - «Foi um instrumento do hospital de X e eu tirei uma foto porque achei interessante! Isto foi dado aos senhores que estão a abrir as fichas na urgência e para conseguirem pelo menos perceber se foi trauma, se é dor, portanto, aquelas informações mais básicas para pelo menos eles conseguirem abrir a ficha e identificar a queixa principal e eu achei alguma piada e pedi para tirar uma foto». Referência 3 - «(...) é uma folha plastificada dos dois lados e tem informações».*

## xi. Categoria 11 - SUGESTÕES/ PERTINÊNCIA da investigação

Tabela 46. Categoria 11

| Categoria 11. Sugestões/Pertinência da investigação | Nº total de referências |
|---|-------------------------|
|   | 113                     |

Os profissionais entrevistados realçaram que o tema desta investigação é bastante pertinente, pois é uma das áreas mais sensíveis para os profissionais (a pediatria), necessitando de auxílio na abordagem à vítima, como também de materiais de apoio.

[<Arquivos\\E5>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) é uma grande preocupação nossa sempre, pela baixa casuística. Temos sempre receio de perder alguma competência, daí nós termos formação no âmbito da pediatria». Referência 2 - «Portanto as estratégias são sempre bem-vindas e se for para reforçar o que também já tentamos e não conseguimos é altura de fazer novo forcing devidamente fundamentado. Força Stefanie!».*

[<Arquivos\\T7>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 1 - «Quando a Stefanie disse que a entrevista demorava uma hora e meia, pensei: “Ái uma hora e meia pah!”. Mas gostei bastante, acho que o trabalho está excelente, obviamente sou suspeito (...) acho que é interessante, é extremamente interessante e fico muito agradado que alguém pense em algo deste tipo, se a sua área da formação é esta, obviamente fará todo o sentido que o faça! Fico extremamente agradado que realmente se pense nisto porque é uma dificuldade grande que nós temos na comunicação e na abordagem da vítima pediátrica. É na realidade aquilo que mais me preocupa a mim enquanto operacional, é como é que eu vou chegar a este indivíduo seja pediátrico ou não, mas neste caso da pediatria claro que sim. A maior sorte do mundo e espero que consiga com o produto final que vai fazer que realmente ele seja utilizado (...)». Referência 2 - «E quero ver notícias suas brevemente!».*

É pertinente, pois necessitam de facilitadores para a aproximação e abordagem à vítima, principalmente para os casos com diferenças culturais/idiomas.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E9>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - «Tem sempre aquele peso que uma pessoa sente, que é uma pessoa com poucos anos de vida, às vezes meses..., portanto, são sempre situações que exigem muito de nós e que se tivermos essas formas de facilitar a abordagem, de facilitar a percepção das coisas, daquilo que temos à frente, eu acho que é sem dúvida muito melhor. E então, no que toca a diferenças de culturas, diferentes idiomas, eu acho que se arranjar uma solução para isso... tira muito peso de cima de nós, é verdade!».*

É um tema pertinente e admirado por todos os profissionais, sendo que terá facilmente bons resultados. Realçando que a investigadora será o profissional mais competente em saber as ansiedades/necessidades destes profissionais e conseguir adaptar de forma mais adequada os materiais facilitadores (o estudo está bem fundamentado).

[<Arquivos\\E8>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 9 - «(...) toda a gente adora tema. Por isso é eu acho que é uma porta aberta». Referência 10 - «(...) ninguém melhor do que a Stefanie para perceber quais são as nossas perguntas mais frequentes, quais são as nossas ansiedades e necessidades mais frequentes e criar uma tabela suficientemente abrangente para a comunicação, para abranger o máximo da nossa tipologia de ocorrências».*

Sendo que é muito importante intersectar estas duas áreas (Terapia da Fala e Emergência Pré-Hospitalar), uma vez que estão nitidamente relacionadas.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) e cada vez mais, eu acho que há tantas áreas que podem intervir na emergência médica, e que podem ser aproveitadas neste sentido, como é a terapia da fala, e que não estão a ser. Mas de facto foi uma excelente opção porque é realmente um problema (...)».*

[<Arquivos\\T6>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) quando se começa a pensar acho que depois tem tudo a ver» [realçando a importância e pertinência no cruzamento da Terapia da Fala com a Emergência Médica].*

Os profissionais apreciaram a entrevista, pois foram tratadas questões que nem sequer tinham pensado antes, que fazem todo o sentido e são tão pertinentes no seu dia a dia.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T6>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 6 - «Falamos sobre coisas que nós habitualmente não nos lembramos durante o trabalho, estamos a trabalhar tantas horas e às vezes não nos lembramos destes pequenos pormenores. (...) acho que isso é muito importante».*

[<Arquivos\\E1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «Gostei muito desta conversa, houve coisas que eu nunca tinha pensado sequer e, de facto, houve aqui este “puxar de fio” (...)».*

Com esta investigação foi possível compreender que a comunicação é muito mais do que os problemas de dicção que as crianças possam ter. Comunicação é todo o meio envolvente à criança.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) quando o meu chefe me abordou acerca desta temática, na minha ideia, foi sempre, dificuldades na comunicação, principalmente, em crianças com problemas no desenvolvimento cognitivo, mental..., e por isso, foi engraçado ver outros lados, nomeadamente, a literacia e as experiências vivenciadas (...) ou seja, os problemas da comunicação não são só na comunicação como o ato em si, mas sim, o resto à volta, que acaba por ir ao encontro da comunicação e percebi onde queria chegar».*

Os profissionais estão ansiosos com a chegada dos materiais facilitadores da comunicação, para fortalecer a qualidade dos seus atendimentos.

[<Arquivos\\P1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) estou ansiosa por ver o resultado de todo o seu trabalho!». Referência 4 - «E a comunicação está na base de toda a nossa intervenção, seja ela qual for. A comunicação está lá sempre em primeiro, durante e, portanto, havendo comunicação...está sempre ali (...)».*

[<Arquivos\\P2>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 8 - «(...) fico ansioso por esses materiais, porque (...) vão ser uma grande ajuda para todos os profissionais, incluindo nós também (...). Porque podemos ser psicólogos, mas ninguém é dono de todo o conhecimento e certamente há ferramentas do ponto de vista da comunicação que certamente um terapeuta da fala dominará, ou terá muito mais conhecimento sobre elas e penso que aqui todo o trabalho multidisciplinar, que possa ser feito das vítimas em prol das vítimas, é sempre bem-vindo e este projeto é muito interessante e por isso desejo-te muito sucesso. Não só na tua pesquisa, no teu doutoramento como futuramente para obviamente, pões aqui em marcha todos estes materiais, que tens aí em mente e que certamente serão bem-vindos». Referência 9 - «E que seja rápido, que tenha bons resultados e sobretudo que venham ferramentas daí rapidamente».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Estas ferramentas facilitadoras da comunicação/interação vão também ajudar a dar maior seriedade ao pré-hospitalar.

[<Arquivos\TI2>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 7 - «(...) fico sempre muito contente, quando as pessoas acabam por ficar interessadas também nesta área e acima de tudo começar a fazer isto que está a fazer. (...) fazerem estudos mais aprofundados sobre determinadas situações, para podermos começar a dar maior seriedade àquilo que é o pré-hospitalar. Porque é uma área essencial que existe sempre, existiu sempre, vai existir sempre, e muitas vezes na área daquilo que é a saúde acaba por ser uma área muito esquecida. Todas as pessoas se lembram, quando ligam e pedem ajuda. No entanto, quando nós ouvimos falar da área da saúde o pré-hospitalar é tipo um dos parentes pobres. (...). Com ou sem condições alguém há-de ir lá e ir ajudar. (...) este tipo de estudos, são muito importantes porque vão-nos colocando (...) no panorama académico para começarmos devagarinho a ir sedimentando aquilo que é o pré-hospitalar (...).»*

Foi ainda destacado o facto de ser pertinente estes materiais serem inseridos na formação inicial do INEM. Sendo uma fase ideal para metamorfosear a abordagem à criança (a área da comunicação), aproximando o instituto à realidade já de outros países.

[<Arquivos\TI1>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) espero sinceramente que dê frutos, espero sinceramente que isso venha na nossa formação inicial, porque é realmente importante e depois sim termos essas coisinhas que falamos que seja um refresh daquilo que já tínhamos aprendido, e que nos ajudem em algumas situações quando vamos realmente ter com os mais pequeninhos que toda a gente desvaloriza, mas eu acho que não devem ser desvalorizados e se eles próprios se sentirem parte de tudo acabam por nos dar muito mais!». Referência 7 - «(...) portanto eu também gosto da parte de vamos mudar isto!». Referência 8 - «(...) acho que ainda há sempre coisas que nós podemos fazer, e isto nós estamos a anos de luz do que já se faz no resto do mundo». Referência 10 - «(...) vamos falando que é para realmente mudarmos aqui qualquer coisa. Já estamos há muito tempo sem fazer as coisas como deve ser, por isso acho que sim!».*

Uma das **Sugestões** evidenciadas pelos profissionais foi a importância de alargar esta investigação a todos os profissionais do pré-hospitalar, ou seja, Bombeiros, Cruz Vermelha e meios PEM. Com o objetivo de compreender se existem diferenças entre os mesmos e o próprio INEM, assim como pelo facto de as vítimas terem todas o mesmo direito ao acesso a estas materiais facilitadores, independentemente do local onde a ocorrência acontece. E porque o número destes meios de socorro é superior, comparativamente aos do INEM.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E12>](#) - § 20 referências codificadas

*Referência 2 - «Era interessante também a Stefanie fazer nos bombeiros ou na cruz vermelha, em meios PEM» [para entender as diferenças de realidades dentro do pré-hospitalar]. Referência 3 – (...) o facto de não fazerem parte da instituição INEM, não estão disponíveis algum tipo de informação que está para nós (...) eles não estão tão despertos acerca disto (...). Referência 4 - «(...) eles são o maior número que atende o pré-hospitalar a nível nacional (...).»*

[<Arquivos\\T12>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 3 - «Os bombeiros que fazem mais de 90 por cento do socorro no país (...). Esta é a realidade!» [necessidade de também terem estes materiais facilitadores da comunicação/interação].*

O próprio Cartão de Identificação Pediátrico, poderia ser distribuído pelos profissionais, ou seja, “preencher, sinalizar e entregar”, acompanhado de formação.

[<Arquivos\\E1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) nas crianças onde fossem sinalizadas falhas de uma comunicação ou necessidade de adaptação pessoal, nós próprios termos esse tal cartão, preencher entregar aos pais, se for possível no final da saída do hospital ou já no hospital e dizer assim “da próxima vez que aconteça algum incidente entregue isso ao meu colega ou quando ligar”(…)».*

O Manual Multilingue, deveria estar inserido no iTEAMS, e poderia se acrescentar a cada questão do mesmo vídeos em LGP, uma vez que, neste material já estão todas as questões chave da emergência, acompanhado de formação.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) termos algo em suporte digital que nos fizesse a tradução daquilo que queríamos dizer à pessoa. Porque a verdade seja dita, nós também pesquisar no manual multilínguas não é tarefa fácil porque são muitos idiomas e nem todas as coisas que nós queremos dizer estão lá. Portanto, eu acho que também já estamos num ano em que se calhar se podia facilitar esse tipo de processo».*

[<Arquivos\\E8>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) porque não criar cada questão em linguagem gestual com filmes? É possível pormos em todos os tablets uma base de dados em que a cada pergunta (e as perguntas estariam numeradas), em que no manual multilingue correspondesse a um filme. Porque ali no fundo terão as palavras-chave da emergência..., porque está a febre, dispneia a dificuldade respiratória...». Referência 2 - «(...) com a vantagem que podemos consultar mesmo fora de ocorrências (“olha, hoje vou recordar o conceito...”), poderia eventualmente começar numa primeira fase com uma formação no sentido de vamos dar aqui uma lógica».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

O próprio *Guião de Conduta Comunicativa* ou um outro manual facilitador, podiam conter tópicos de LGP, já que a casuística é pequena, facilitando os profissionais na sua memorização.

[<Arquivos\E12>](#) - § 20 referências codificadas

*Referência 1 - «Ou mesmo, fazer parte daquele livrito de estratégias poderiam lá estar os pontos chave».*

[<Arquivos\E1>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) um manual - não sei se isto é viável ou não - com as palavras mais fluentes possa ajudar».*

Outra sugestão seria tentar perceber quem são os profissionais com maior número de ocorrências pediátricas através de uma ferramenta interna que o instituto tem intitulado de “Power BI”, poderia ser um dado interessante para esta investigação.

[<Arquivos\E4>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) aquela ideia do Power BI, de saber quem são os colegas com mais ocorrências também seria interessante para si». Referência 6 - «Basicamente, é nós termos aquilo por faixas etárias, é selecionar a faixa etária pediátrica e depois, ver. Imagine, dá um valor num período que queira (...) seis meses ou um ano, depois é ver quem são os utilizadores, que estão lá. Mas é uma sugestão». Referência 7 - «(...) o objetivo é identificar operacionais com mais ocorrências pediátricas».*

Assim como acrescentar médicos aos participantes deste estudo, pois neste momento já será viável, uma vez que, o INEM possui mais médicos do que na altura em que se realizou a investigação que antecedeu a esta.

[<Arquivos\E4>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) se pensar nisso, agora para o Doutoramento, nós, o instituto tem mais médicos, do que em dois mil e dezassete. Médicos prestadores de cuidados, tanto que houve um concurso agora recente com bastantes elementos».*

O difícil será capacitar os profissionais a saber usar as ferramentas facilitadoras, porque muitas vezes estão disponíveis, mas não as sabem utilizar. É necessário adaptar o conhecimento ao contexto, ou seja, criar cenários para os profissionais poderem experienciar, pois a pediatria é ainda um parâmetro pobre pela baixa casuística.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E4>](#) - § 12 referências codificadas

*Referência 10 - «(...) o difícil é capacitar os operacionais a saber ir buscá-las. E aí é que é a aposta. Porque as ferramentas estão disponíveis, é preciso é saber quando as adaptar. Essa que é a dificuldade formativa. A dificuldade formativa (...) é adaptar esse conhecimento ao contexto e isso é que é preciso trabalhar. (...) criar os tais cenários (...). Cenários para depois os profissionais poderem aplicar e ter noção que a resposta não é única (...). Referência 12 - «É capacitar o juízo clínico para saber adaptar o material, porque o material pode estar lá, mas se as pessoas não tiverem a noção de como adaptar. É como o manual multilingue, ele está lá, mas...».*

Na própria formação, seria interessante incentivar os profissionais a utilizar o iTEAMS para fazer os registos relativos às necessidades comunicativas da criança, e até propor a introdução de itens importantes para a pediátrica no iTEMS (ex. crianças com NE).

[<Arquivos\\E8>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 4 - «Não digo que uma proposta pode ser a introdução de itens dentro da criança por exemplo. Criança com necessidades especiais (até porque nós temos efetivamente um separador digamos assim para as crianças completamente distinto nos nossos registos), e aí efetivamente o profissional ser incentivado nessas formações que vierem a haver a utilizar esse item».*

[<Arquivos\\P3>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 2 - «Exato, eu acho que aí é uma das grandes potencialidades, por exemplo» [sugestão de poder descrever a parte da comunicação no próprio iTEAMS].*

Ainda sobre a formação, seria também vantajoso para os profissionais poderem usufruir de formação também direcionada para outras áreas além da emergência pré-hospitalar, como na área da comunicação na pediatria, com profissionais especializados nestas áreas.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) era haver a possibilidade de termos formação não tão na área do pré-hospitalar, mas mais na área daquilo que é comunicar com as crianças, perceber as crianças (...). Alguém que trabalhe diariamente com crianças (...) percebermos como é que ela poderá reagir e a partir de aí então adaptarmos aquilo que são os nossos protocolos, que são mais específicos (...). (...) é fugirmos, aquilo que é o rígido da formação e daquilo que nos ensinam e percebemos que depois no mundo real, as coisas não acontecem tal e qual daquela maneira (...).».*

E até alguns profissionais do INEM poderem permanecer em diferentes instituições de crianças com NE, para poderem lidar diretamente com eles e com os terapeutas dos mesmos.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\T12>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) pegamos num conjunto de pessoas e em vez de irmos para o centro de formação do INEM, irmos durante 2/3 horas para um centro de doentes profundos. Onde se tenham crianças (...) onde nós podemos chegar lá e apresentarmo-nos. Dizermos quem somos o que fazemos. Lidar diretamente e juntamente com os terapeutas poderemos perceber como chegar, como comunicar (...) vamo-nos apresentar, vamos trocar experiências e ao mesmo tempo nós estamos a aprender algumas características daquelas pessoas que estão naquela instituição e de que forma é que podemos comunicar (...)*».

O próprio INEM realizar campanhas de sensibilização, no sentido de sensibilizar as escolas, instituições e a população no geral, a ter a informação que os profissionais necessitam de recolher organizada, também seria uma sugestão a ter em conta.

[<Arquivos\\E3>](#) - § 2 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) era importante o INEM ter a capacidade de chegar junto das escolas e dizer que as fichas devem ter esta informação X e Y porque nós quando prestamos socorro, necessitamos desta informação e o porquê da importância dessa informação (...). (...) da mesma forma que existem campanhas do INEM sobre o enfarte agudo do miocárdio, ou sobre os AVCs, também poderá haver campanhas com o intuito de quando as pessoas estão em casa, devem ter a sua informação clínica organizada, numa folha, num papel, ou num dossier». Referência 6 - «(...) hoje em dia é muito importante, porque depois os cuidados que são prestados estão muito relacionados com isso, com a informação que foi recolhida. Se conseguimos direcionar logo o tratamento e os cuidados de forma mais específica, ou não. Ou se vai ser por tentativa a erro».*

Tanto a formação específica na área da comunicação pediátrica, como os materiais facilitadores deveriam fazer parte da formação base do INEM.

[<Arquivos\\T11>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) portanto eu acho sinceramente que tudo isso e tudo aquilo que falámos devia fazer parte da nossa formação base em pediatria».*

Adaptar os folhetos psicoeducativos do CAPIC, também para auxiliar as crianças a lidar com as suas emoções, foi outra sugestão sugerida. Assim como os ter adaptados em LGP.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) estes folhetos são mais direcionados para os adultos, nós não temos folhetos criados para as vítimas pediátricas, mas por acaso seria interessante criá-los. Alguma coisa, com linguagem muito mais simples, muito mais orientada, para algumas coisas. (...) uma coisa mais ilustrativa, mais simples, sobretudo mais focada nas emoções que elas podem sentir e necessitar de transmitir (...). (...) penso que seria de facto, também para nós psicólogos, uma mais-valia, ter este tipo de material na nossa mochilinha».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\PI>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) acho que podia ser importante e útil e poderia colmatar um bocadinho aqui esta questão de não tenho nada estruturado para dizer e para transpor para linguagem gestual (...) nós dispomos de folhetos psicoeducativos, com psicoeducação para situações específicas. Por exemplo para a morte inesperada de um familiar nós temos uns flyers (...) que podemos deixar junto da família, em que têm aconselhamento. (...) estes folhetos sim acho que podem ser adaptados».*

As informações sobre a criança que os profissionais necessitam, seria importante estarem associadas ao SNS. A própria informação que os profissionais podem ter acesso pelo RNU numa segunda ocorrência poderia estar acessível durante mais tempo.

[<Arquivos\TI>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) estar associado ao número do Serviço Nacional de Saúde por exemplo, se calhar ajudava a que conseguíssemos logo recolher essa informação. (...) muitas vezes ou há o pai, ou há a escola e na escola normalmente há essa informação, mas claro que se a situação acontecer na rua, não sei se depois conseguiríamos ter logo acesso a isso (...). Tando associado, ajudava».*

[<Arquivos\TI>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) existe o problema da proteção de dados, eu penso que, mais de meio ano, não é permitido, mas, isso não lhe sei dizer com certeza, teria que confirmar, que eu até nem vejo isso com maus olhos, até de se manter mais do que meio ano, e estar dois, três anos, seis anos, ou manter-se! Se calhar, há vítimas que só daqui a cinco ou seis anos ou dez anos é que voltam, voltarão a ser transportados e pelo menos temos ali alguma referência (...)».*

Estas informações que os profissionais necessitam de saber acerca da criança também poderiam estar associadas à pulseira da “Escola Segura”, e os profissionais terem acesso à mesma através da leitura de um QR Code.

*Referência 5 - «(...) é a pulseira da escola da Criança Segura! (...) em que tem um código no verso, se uma criança se perder, se eu encontrar uma criança perdida que tenha aquela pulseira, levo-a a uma esquadra e eles através do código conseguem aceder à informação dos pais, dos contactos e entram em contacto com os familiares..., e pronto, a criança é devolvida à proveniência (...)». Referência 8 - «(...) se esse código fosse o número de utente nós conseguíamos, através do RNU, chegar ao nome, à morada, e se houvesse antecedentes, portanto, não sei se isso é possível (...) também, não me parece nada de extraordinário».*

Estes materiais facilitadores estarem também adaptados para crianças invisuais seria uma sugestão pertinente para os profissionais deste instituto.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P2>](#) - § 9 referências codificadas

Referência 3 - «Ótimo, ótimo (...)» [importante o material também estar adaptado para o braille].

[<Arquivos\\T6>](#) - § 7 referências codificadas

Referência 3 - «(...) se calhar era interessante estar adaptado também, ou pelo menos algumas coisas, apesar de eles saberem falar, conseguirem ouvir e falar connosco, mas uma criança invisual mais tarde vai ter aquelas dificuldades, não consegue ver as imagens. Acho que se calhar também era interessante».

O poderem ter um ecrã pequeno na porta traseira das ambulâncias com desenhos animados para as crianças visualizarem e se distraírem seria bastante vantajoso, já sendo um material facilitador que existe noutras realidades.

[<Arquivos\\T8>](#) - § 3 referências codificadas

Referência 3 - «(...) já vi ambulâncias que as crianças vão a caminho do hospital e tem um Tablet que está acoplado à porta traseira, e a criança vai ali distraída a ver os bonecos. Mas isso já é uma coisa mais à frente. Eu acho que já há uma ambulância em Portugal com isso. Não tenho a certeza».

Ter lápis de cera e papel também foram materiais referidos como vantajosos para os profissionais, nomeadamente no CAPIC.

[<Arquivos\\P3>](#) - § 6 referências codificadas

Referência 6 - «(...) acho super útil mesmo, termos lápis de cera e papel, nem sempre as crianças têm (...)».

Associado aos materiais facilitadores, os profissionais poderiam ter acesso a vídeos em que estivessem crianças a ser avaliadas pelos profissionais para mostrar às vítimas, no sentido de anteciparem os procedimentos, demonstrando às crianças que não é necessário estarem assustadas. Contudo, podem existir crianças que com este material ainda ficariam mais amedrontadas, sendo necessário perceber se seria uma sugestão viável ou não.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\P2>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) ter até uns vídeos que a criança pudesse ver de outras crianças a ser também por exemplo avaliada a TA, ou então a ter que ser puncionadas (...). Tem que se criar um acesso venoso ou coisa do género e, portanto, haver até um vídeo. Depois depende...pode na criança depois gerar muita ansiedade (...). Não sei até que ponto é que isto seria ou não facilitador, mas poder-se-ia testar e perceber se poderia ser. (...) seria ótimo se estivesse no iTeams..., porque facilmente se chegava ali, ia-se aquela pastinha de ferramentas, ou ao link ou alguma coisa, penso que seria bom».*

Seria benéfico a prancha de comunicação poder estar junto à maca (no seu campo de visão), para facilitar a vítima a apontar para o que pretende.

[<Arquivos\\T1>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) junto à maca eventualmente e a pessoa mesmo estando deitada desde que fique no campo visual, consiga apontar para aquele papel. (...) poderá ser algo a adaptar eventualmente (...)».*

Com o intuito de diminuir as barreiras comunicativas que podem ocorrer em ambiente pré-hospitalar, os profissionais poderiam ter cópias das pranchas de comunicação para poderem entregar nos hospitais.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) quando chegar ao hospital se calhar vai continuar com o mesmo problema, eventualmente poderíamos ter umas cópias para deixar associadas à criança nessas situações».*

Para que haja esta continuidade no uso da prancha de comunicação (quer nos hospitais, quer por outros profissionais do pré-hospitalar), seria importante alargar as pranchas de comunicação a todos os elementos do SIEM, com uma ação de formação e sensibilização divulgada até pelo INEM.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 10 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) vejo muito mais a possibilidade de alargamento a todos os elementos do SIEM. Neste momento estamos num mundo digital, consegue-se os mails deles todos. A lista está disponível na net, os mails, é quase como se costuma dizer, passar um dia agarrado ao computador e a ligar para eles e “olhe envia-me” ...e o INEM até tem isso e talvez com uma ação de formação e sensibilização divulgada até pelo INEM junto deles, porque acaba por ter um grande peso este alargamento e eles tudo o que vem do INEM consomem de forma muito mais ávida (...)».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

O mesmo seria importante acontecer com a “Checklist com Parâmetros Comunicativos a ter em conta”, que seria igualmente importante poder alargar para todos os profissionais do SIEM.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) mas penso que para todos os profissionais do SIADDEM, seria muito útil haver um instrumento que fosse mais facilitador, mais organizador, orientador, daquilo que é a intervenção com crianças».*

O próprio “Cartão de Identificação Pediátrico”, poderia estar disponível para descarregar na própria página do INEM, devendo ser acompanhado por um Guia de Utilização para os pais, onde explique também a sua finalidade. Este cartão poderia também ser útil para auxiliar as crianças a transmitir o que aconteceu em situações que os pais necessitem de socorro.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 7 - «(...) estar na página, para as pessoas descarregarem e preencherem ou darem à criança, tipo um folheto desdobrável ou quer que fosse. Para a criança ter. E numa situação de emergência, portanto a criança poder obviamente, apontar, dizer o que é que estava a sentir, o que é que não estava, poderia ser facilitador, sim. Acho que até seria uma coisa muito boa e poderia ser divulgado sim. E poderia ser divulgado pelo o INEM e o INEM disponibilizar isto na sua página oficial, sobretudo antecipando aquelas situações em que por exemplo um pai ou a mãe está sozinho com a criança, até se sente mal ou chama 112 e depois poderá obviamente precisar de assistência médica (...). Mas até aqui poderia haver um guia para pais, explicando a finalidade do cartão e como usá-lo e como explicar à criança, para que é que servia, em que situações é que ela deveria pegar nesse cartão».*

Seria interessante explorar se existem diferenças na Notificação de morte, consoante as localizações geográficas das ocorrências, ou seja, entre meio rural e urbano.

[<Arquivos\\PI>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) e há aqui muitas sugestões que podem ser exploradas, para o seu próximo estudo se quiser!» [compreender se existem diferenças na notificação de morte entre meios rurais e não rurais].*

Seria também importante os profissionais terem uma mala com os materiais de avaliação e intervenção apenas para a pediátrica (em vez de estar dentro da mala dos adultos que é enorme), pois faria a diferença para a criança.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

O profissional em vez de chegar com uma mala enorme, chegaria à ocorrência com uma mala mais pequena, apenas com os materiais pediátricos.

[<Arquivos\\E9>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) eu acredito que fosse fazível o facto de termos uma mochila à parte só para abordagem pediátrica porque estamos a falar de pouco equipamento, estamos a falar de uma bolsa que cabe num bolso de uma mala daquelas (...). Consegue-se perfeitamente perceber a diferença entre chegar com uma bolsa à criança daquelas ou com uma mala daquelas que nós temos (...)».*

Relativamente a crianças com PEA, seria simpático os profissionais terem uma abordagem mais estruturada com os mesmos, já que é uma metodologia que funciona bem com esta população.

[<Arquivos\\T1>](#) - § 8 referências codificadas

*Referência 1 - «Existe aquele método ABA, não é? Nós podemos, se calhar, adaptar um pouco porque eles gostam e funciona bem. Se bem que, aquilo que nós fazemos é muito reduzido, mas tentar fazer uma espécie de jogo: “chamas-te João, “sim/não” (...) é preciso alguma intensidade no discurso também para funcionar; mas é algo que pode ser feito; não sei se funcionará muito bem, mas, pronto, fica a sugestão. Mas resulta eles acabam por interagir mais com a pressão».*

Portanto como já referido, dar continuidade ao uso destes materiais facilitadores nos contextos hospitalares seria fundamental.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) acho que seria muito importante e muito interessante que estas ferramentas, se lhes fosse dada continuidade, naquilo que depois é a prestação de socorro dentro do hospital e, portanto, os cuidados que são prestados dentro do hospital. Seria muito interessante».*

## xii. Categoria 12 - Outros

Tabela 47. Categoria 12

| Categoria 12. Outros | Nº total de referências |
|----------------------|-------------------------|
|                      | 119                     |

O número de ocorrências durante um turno é muito imprevisível e não se consegue prever/controlar, há dias em que têm muitas saídas e outros onde têm menos. Quando ocorrem ao domingo, normalmente é nas missas e/ou obstruções da via aérea, pois as pessoas normalmente vão almoçar em família.

[<Arquivos\E7>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 2 - «(...) isso tem dias e a gente não consegue controlar. (...) temos meios (...) que têm muitas saídas, eu ontem tive lá doze horas e não tive saída nenhuma!». Referência 3 - «Às vezes não paramos, nem almoçamos ou nem jantamos! Outros dias (...) não há nada!». Referência 4 - «(...) se bem que ao domingo normalmente as saídas é para a igreja, obstruções da via aérea, também normalmente as pessoas vão almoçar em família fora e há sempre alguém que se engasga!».*

Certos entrevistados já trabalharam fora de Portugal, realçando algumas diferenças como o facto de os profissionais de saúde (enfermeiros) só poderem ter cédula apenas para pediatria ou adultos e não ambas. Também trabalham a partir do SNS, mas este funciona melhor lá, pois não existem hierarquias entre os profissionais como aqui em Portugal.

[<Arquivos\E6>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) lá ou temos cédula para pediatria ou temos cédula para adultos». Referência 2 - «(...) eles também têm Sistema Nacional de Saúde como nós em Portugal, mas acaba por funcionar melhor do que aqui. A grande diferença é que cá em Portugal temos o médico e o não médico. O médico pode tudo e não médico (...) eles lá perdem a cédula profissional com muita facilidade. E eu já disse, aqui em Portugal enquanto isso não acontecer não há nada feito. Nós nunca vamos conseguir avançar».*

Até na própria administração de medicação para a dor, os procedimentos são diferentes. Em Portugal a medicação para aliviar a dor é administrada por fases, enquanto que noutros países é administrada de uma só vez para eliminá-la por completo.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E6>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 4 - «Depois outra coisa que eu valorizava muito lá era principalmente por causa da dor. Tem dor? OK. Então vamos dar paracetamol. Não alivia? Então, não estão com meias medidas, vão para morfina. E aqui não. Aqui é escalada. E depois vamos a ver, o doente continua com dor, mas já está todo drogado entre aspas, porque levou uma catrefada de medicação!».*

Mesmo relativamente a crianças com NE, noutros países existem profissionais especializados na área, para fornecer indicações aos profissionais sobre quais as melhores formas de abordagem (em contexto hospitalar).

[<Arquivos\\E6>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 6 - «(...) apanhávamos muito “learning disability” e tínhamos uma pessoa especial, um especialista nessa área que vinha fazer a avaliação e depois eles é que nos davam as indicações do que deveríamos ou não fazer e quais seriam as melhores formas de lidar (...). Claro que a nível pré-hospitalar isso não dá para fazer (...). Mas achava interessante porque tínhamos de ter um cuidado diferente e a nível de pediatria acho que seria mesmo muito interessante».*

A ambulância TIP é a única que tem bonecos.

[<Arquivos\\E6>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 7 - «A que tem é a de transporte neonatal. A nossa não tem, é uma ambulância normal como aquela que viu».*

Existe uma base de dados no INEM intitulada Power BI, onde é possível verificar quais os profissionais com maior número de ocorrências pediátricas.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 14 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) agora com a nossa base de dados que o INEM tem, o que nós chamamos de Power BI, (...) temos consciência quem é o operacional que nós temos, com mais ocorrências pediátricas, pelas faixas detalhadas».*

Os profissionais também desempenham o papel de “educar” o cuidador da criança, ou seja, por exemplo nas convulsões febris, a maioria das vezes quando os profissionais chegam a crise já passou, e é necessário instruir os pais nos cuidados que devem ter até à chegada de ajuda. Principalmente no meio SIV, o papel dos profissionais é também de prevenção, para além do cuidar direto do motivo que acionou a ocorrência.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\E4>](#) - § 13 referências codificadas

*Referência 3 - «(...) as convulsões em criança, nós acabámos por ir, muitas vezes. A maior parte delas são convulsões febris, não é. E quando chegamos lá, felizmente, já passou a crise, não é. Mas é depois o papel de educador, ou seja, para o cuidador (...) a importância dos cuidados que é importante fazer, até à chegada da ajuda».*

Os registos dos profissionais no iTEAMS são mais dirigidos para a parte médica e não para a comunicação. Possivelmente porque existe restrição de caracteres e os profissionais não estão sensibilizados para tal.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 13 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) se a Stefanie, acabasse por decidir analisar esta sua temática, pelos registos clínicos, não ia encontrar nada, porque as nossas intervenções escritas, eram administração de inaloterapia, oxigenoterapia, posicionamento, mas as intervenções verdadeiras, não estão lá». Referência 6 - « (...) porque também tem a ver com a limitação do registo (...)».*

[<Arquivos\\E12>](#) - § 6 referências codificadas

*Referência 2 - «Nunca li nada sobre isso. E eu até costumo ir ver nas crianças, mas não. Acho que ainda não estamos muito sensibilizados» [realçando que os profissionais não fazem registos acerca do meio preferencial de comunicação da criança].*

É possível que o SNS num futuro próximo queira generalizar as plataformas digitais a todos aqueles que trabalham na prestação de cuidados de saúde, como os profissionais do INEM já conseguem ter acesso a informações do utente, caso este já tenha tido alguma ocorrência (pelo menos durante seis meses).

[<Arquivos\\E4>](#) - § 13 referências codificadas

*Referência 10 - «(...) isto são as tais plataformas digitais únicas e o SNS quer chegar a esse nível. O INEM, neste momento com a plataforma de registo clínico, que temos, pelo número de utente, se aquele utente já tiver tido ocorrências connosco, nós conseguimos ter acesso. Mas, é na nossa aplicação. Eu acredito que no futuro, não sei, se é o próximo, mas que seja possível, é essa a ideia».*

[<Arquivos\\T11>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 7 - «Quando nós preenchemos essas informações pela primeira vez, aquilo grava digamos durante seis meses, mas passado seis meses também apaga novamente».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

Nesta fase pandêmica os profissionais do INEM começaram a realizar colheitas de zaragatoa para teste COVID. Funciona muito como uma ação de sensibilização em massa às crianças, explicando o porquê de estarem ali e antecipando os procedimentos invasivos que vão efetuar.

[<Arquivos\\E4>](#) - § 13 referências codificadas

*Referência 7 - «(...) agora nesta fase da pandemia (...) o INEM tem equipas de enfermeiros dedicadas às colheitas de zaragatoas, para o teste COVID (...)». Referência 8 - «Nós temos equipas, que de quinze em quinze dias, vão aos sítios, onde o SNS não vai». Referência 9 - «(...) ouvi os colegas a contarem, que foram a um orfanato e eram todas crianças e o papel deles, não foi só o introduzir a zaragatoa, mas sim, aquilo foi digamos, uma ação de sensibilização em massa, para as crianças todas perceberem o porquê de ali estarem. E a maior parte delas eram adolescentes e pré-adolescentes (...). (...) nesse orfanato, já havia refugiados, mas o inglês acabou por facilitar».*

No que diz respeito a situações de imobilização, os profissionais tentam fazê-lo com a ajuda dos Elementos de Referência. Contudo, em situações que tenham que ser ambos imobilizados (ex. acidentes de viação), muitas das vezes os pais recusam este procedimento para poderem acompanhar a criança na ambulância. No entanto, como não é possível, os profissionais têm que chegar a um acordo/negociar com o adulto. A verdade é que irem separados acaba por condicionar a abordagem, já que há uma quebra da proximidade em todos os aspetos privilegiados por estes profissionais.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) habitualmente em situações de imobilização, nós tentamos de uma forma geral, com o pai ou com a mãe que acompanha a criança (...) já tive situações em que os pais recusam ser imobilizados para garantir que podem ir na mesma ambulância com a criança. Quando ambos tenham que ser imobilizados (...)». Referência 2 - «E isto é uma condicionante (...). Acidentes de viação, que só tenho um pai e um filho. Das duas uma, ou vão os dois separados, ou temos ali que abdicar de uma imobilização. E isto é uma coisa que se tem que negociar com os pais porque se forem os dois imobilizados implica o afastamento e quebra todos aqueles aspetos que nós prevemos ou privilegiamos».*

Alguns dos profissionais entrevistados têm formação específica para a pediatria, pois apesar de exigente é uma área que apreciam, sendo ainda poucos os profissionais especializados nesta faixa etária.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 3 - «Quando gostamos disto, gostamos disto e pronto! É o que eu costumo dizer, eu já não tenho*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*hipótese, toda a gente já sabe». Referência 6 - «Em pediatria não somos muitos...».*

Um dos objetivos do INEM é acabar com os registos em papel, e alterar tudo para online.

[<Arquivos\\E8>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 5 - «Aquilo que eu quero dizer é que teoricamente o INEM efetivamente pretende acabar totalmente com o papel e passar só registos online».*

Há quem tenha por hábito, no final da ocorrência fazer um “balanço” da mesma, ou seja, perceber o que correu bem, o que poderiam melhorar, o que encontraram (...).

[<Arquivos\\E11 >](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) assim como também no final do serviço gosto de falar sobre o mesmo, sobre o que encontramos, sobre aquilo que fizemos, o que poderíamos melhorar e o que correu menos bem por assim dizer».*

Para estes profissionais não é fácil focar tanto numa área como gostariam, pois, estão em contacto com diferentes áreas/vertentes. A própria situação pandémica também dificultou nesse sentido, pois acabaram por não se realizar diversas atividades planeadas pelo instituto. O próprio excesso de carga horária é também um entrave, pois não facilita que os profissionais possam realizar algumas formações.

[<Arquivos\\E11>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 5 - «(...) estes dois anos foram penalizadores em todos os aspetos (...) esta pandemia roubou-nos tempo que seria dedicado a outras atividades, nomeadamente em estágios que nós temos programados em cuidados intensivos, em pediatria, em bloco de partos...obstetrícia e tudo mais! A nossa atividade no INEM é intensa em termos de carga horária (...). As áreas e as vertentes são tantas que também não é fácil, fazermos um foco numa das áreas assim tanto quanto seria desejável».*

[<Arquivos\\T5>](#) - § 4 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) eu costumo dizer isto há muito trabalho, e nós somos muito poucos, para tanto trabalho, porque nós queríamos fazer muito mais do que aquilo que conseguimos fazer! Até mesmo as formações, às vezes é muito difícil fazer uma formação, porque, para isso, muitas vezes se for uma coisa presencial teremos que nos deslocar (...) o que não é fácil às vezes (...)».*

Um dos motivos pelo qual a instituição possa não tenha investido tanto na pediatria, poderá ser pela sua baixa casuística.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

[<Arquivos\\PI>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) não temos é assim se calhar tantos casos, portanto, pode não ser depois em termos institucionais, a prioridade havendo outras questões que surgem mais vezes, outras dificuldades que se colocam prioritárias pela casuística em si. Não pela situação em si, mas pela casuística».*

Contudo é importante esclarecer o INEM para a importância da existência de material para a pediatria, pois é uma necessidade sentida pelos profissionais.

[<Arquivos\\TI1>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 3 - «A instituição em si não se preocupa muito com isso. (...) o INEM não tem essa sensibilidade para nós termos digamos um “kitzinho” de coisas para utilizar nas crianças, aquilo que estava a falar dos bonecos daquilo tudo! (...). E não conseguem perceber que isso faz toda a diferença (...). Se eu for pôr numa criança um penso como eu tenho com foguetões e com cores, é muito mais fácil eles deixarem pôr aquilo do que por um penso horrível daqueles normais que nós temos, não é? Qual é a piada daquilo? Não é nenhuma (...). Acho que o INEM também, enquanto instituição devia ser ensinado, digamos assim, que precisa de ver as crianças de outra forma».*

Relativamente à UMIPE, o número de ocorrências no geral tem aumentado significativamente, principalmente no norte do país.

[<Arquivos\\P2>](#) - § 3 referências codificadas

*Referência 1 - «Houve um aumento muito grande de saídas da UMIPE sobretudo a norte, no último mês (...) ali entre as 65 e as 70 saídas, que tivemos. E isto tem sido mais ou menos uma constante, há meses que se calhar 58, 55, 60, mas anda sempre ali nas 60 ou para cima de 60 saídas». Referência 2 - «(...) no último ano a norte, nós tivemos o dobro das saídas de Coimbra, Lisboa e Faro. Ou seja, Coimbra, Lisboa e Faro juntas tem menos saídas do que o Norte. Nós temos muitas saídas, muitas saídas mesmo».*

No caso dos idosos, os profissionais dão dicas para conseguirem transmitir de forma simples a medicação que fazem durante ocorrências. Esta sugestão é também transmitida aos pais de crianças com alguma alergia específica.

[<Arquivos\\T5>](#) - § 11 referências codificadas

*Referência 2 - «Mas nisso nós vamos dando dicas. “Olhe arranje um papelinho assim, vai tirar todas as coisinhas da caixa onde diz o nome e vai agrafar aqui ou colar todas por aqui abaixo e aqui ao lado vais escrever este número que eu vou dizer que está no seu cartão! Depois traz sempre isto na carteira». Referência 3 - «Todos os dias toneladas de cartões que a gente manda fazer, mas mesmo com as crianças também o fazemos. (...). (...) uma alergia a um medicamento é aquilo que tem que estar supervisionável».*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

São notórias dificuldades de comunicação no instituto, pois existem diferentes esclarecimentos que não chegam a todos os profissionais, para além de sofrerem de problemas de desinformação, pois recebem diariamente vários emails, dificultando a visualização de algum que possa ser mais importante.

[<Arquivos\\TI>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 1 - «(...) temos um grave problema de comunicação dentro do INEM e acredito que existam muitas coisas, até úteis, que não nos chegam (...). Eu recebo vinte, trinta emails por dia! Pode, por vezes, ter lá um email com informação importante e acaba por passar despercebido (...).»*

Os profissionais do INEM têm à sua disposição vários protocolos de atuação, estando o instituto a passar por uma fase de atualização referente ao curso dos TEPH.

[<Arquivos\\TI>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 4 - «(...) e ainda agora, estou a fazer uma espécie de atualização para o curso TEPH e vão ser 200 e tal horas, tendo em conta o que já está para trás (...). Nós temos vários protocolos, temos que cumprir aqueles protocolos, não dará para fugir muito e existem coisas e procedimentos que têm de ser perguntadas e feitos em determinados momentos».*

Há anos atrás, os registos que os profissionais tinham que fazer eram manualmente (não havia computadores). Neste momento os profissionais têm acesso ao Google até para uma questão de localização.

[<Arquivos\\T6>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 7 – «(...) aquilo tem uma ligação à internet e dá para aceder porque há muita coisa que fazemos online. Relatórios de turno e coisas do género. Nós temos acesso ao Google normal. Até mesmo para uma questão de localização. Nós temos georreferenciação, podemos pôr a navegar, mas muitas vezes dá-nos jeito ir ao Google para ver qualquer coisa, fazer qualquer ligação (...) e até para pesquisar a mais variadas coisas, porque às vezes mesmo nas ocorrências dá jeito para vermos coisas que nos possam surgir».*

Os profissionais devem sinalizar as crianças no caso de se depararem com algo estranho, para isso existe um espaço específico no iTEAMS.

[<Arquivos\\TI>](#) - § 9 referências codificadas

*Referência 9 - «(...) se nos depararmos com uma criança, que ainda não esteja sinalizada ou, se alguma coisa nos soar estranho, (...) temos um campo específico, em que colocamos a sinalização e o porquê de*

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

*termos sinalizado. Isso é logo no começo do ITeams. Acontece muito também com os idosos, por incumprimento terapêutico, por uma questão de salubridade poderá, também, ser utilizado para as crianças. Uma criança com acompanhamento de uma avó, que não tem, aparentemente, cognitivamente a capacidade para tomar conta dela, por exemplo, está só com a avó, mas a avó, também, já não tem propriamente capacidade para a criança, poderemos sinalizar, e devemos (...).*»

Quando as vítimas recusam o transporte do INEM, têm que assinar um documento (termo de responsabilidade), que neste momento já está disponível em diferentes idiomas.

[<Arquivos\\T3>](#) - § 1 referência codificada

*Referência 1 - «(...) e temos mesmo nas folhas de recusa, agora até já vêm com as várias línguas mais comuns (...).*»

Outra questão sentida pelos profissionais é a não continuidade dos seus procedimentos em ambiente hospitalar, o que faz com que muitas das vezes não sejam realizados esses procedimentos na rua pelos profissionais do INEM.

[<Arquivos\\T12>](#) - § 5 referências codificadas

*Referência 1 - «Há aqui outra questão que é também o seguimento que depois é dado ao transporte, porque nós fazemos uma primeira abordagem e corrigimos, o que pudermos corrigir, e depois muitas vezes acontece o transporte para a unidade hospitalar. A verdade é que muitas vezes, os nossos procedimentos, não existe aqui como se fosse uma ligação ou uma continuidade daquilo que é o que nós fazemos na rua para depois o meio hospitalar. (...) nós chegamos à triagem que é o local onde nós depois passamos a criança, passamos a informação toda, explicamos, contextualizamos o que é que aconteceu e acaba por ser feita a própria avaliação da dor e outro tipo de parâmetros, e muitas vezes acaba por ser feita novamente uma triagem e eu acho que isso leva muitas vezes a que na rua acabe por não ser feito.*»

Mesmo no próprio CODU, não é fácil lidar quando é uma criança que realiza a chamada, e normalmente quando acontece é porque é algo muito grave em que o adulto não está capaz. Muitas das vezes a criança não sabe fornecer a morada, o nome da rua, nem abrir a porta!

[<Arquivos\\T6>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 1 - «Nós no CODU se tivermos que lidar com uma criança ao telefone não é fácil, e há situações muito graves! Pois normalmente quando uma criança liga é porque a situação é muito grave. O cuidador com quem está, alguma coisa lhe aconteceu. Muitas vezes as crianças até são muito colaborantes e dizem-nos, mas muitas vezes pode acontecer o contrário (...).*» Referência 2 - «(...) às vezes é a criança saber a morada, saber onde está para nós podermos enviar ajuda. Isso aí é fundamental! Porque muitas vezes eles não sabem onde moram (...). Não sabem o nome da rua, não sabem abrir a porta (...).»

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

A maioria dos fluxos no CODU estão traduzidos em diferentes idiomas, o que facilita a abordagem dos profissionais telefonicamente.

[<Arquivos\T6>](#) - § 7 referências codificadas

*Referência 4 - «Nós no CODU o que nos facilita é que a maioria dos fluxos está traduzida (...)». Referência 5 - «(...) quando localizamos a chamada abre-nos uma caixa que tem os vários fluxos para nós entrarmos consoante a queixa principal. E em cima temos uma janela que tem o inglês, o francês, o espanhol e o alemão. Agora não sei se tem o alemão, normalmente é sempre o inglês... nós abrimos e o fluxo vai abrindo nessa língua e tem essas perguntas que nós devemos fazer nessa língua, o que nos ajuda imenso».*

### **3.3. Materiais facilitadores da Comunicação (Fase III)**

De seguida vão ser descritos os materiais construídos, nomeadamente a Prancha de Comunicação e o Cartão de Identificação Pediátrico.

#### **Pranchas de Comunicação**

Foram construídas 5 Pranchas Comunicativas, com o objetivo de apoiar a comunicação entre os profissionais de Emergência Médica Pré-hospitalar do INEM num atendimento de emergência pediátrica com a/as vítima/s pediátrica/s. As Pranchas Comunicativas consideram o idioma português e inglês, são de tamanho A4 e contêm um manual de instruções de apoio ao seu uso

Estão todas identificadas com o número respetivo no canto superior direito (existindo algumas constituídas por frente e verso, e algumas apenas frente). As partes frontais possuem signos pictográficos. Apenas a Prancha 1 e 5 possuem informações no seu verso, nomeadamente estratégias de comunicação a utilizar pelos profissionais (Prancha 1), e procedimentos de utilização a ter na utilização da Prancha 5.

O objetivo é serem plastificadas para que se tornem mais resistentes e de fácil higienização, podendo ser colocadas num suporte de triângulo para quando o profissional achar pertinente, com intuito de facilitar a sua atuação, conseguindo manter as suas “mãos desocupadas”.

Estão organizadas de acordo com as diferentes categorias que emergiram dos resultados, indo ao encontro e seguindo a ordem das diferentes fases do atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico. Foi tido em consideração a adaptação do vocabulário para a população pediátrica, para facilitar a compreensão de conceitos difíceis, principalmente os termos mais médicos. Selecionou-se vocabulário curto, direcionado para este contexto específico (de acordo com as especificidades deste tipo de atendimento (subcategoria 3.4. especificidades do tipo de atendimento), tendo novamente tido em consideração todas as fases anteriores da investigação), assim como a nomenclatura de procedimentos e motivos de acionamento pediátrico mais frequente (categoria 6: acionamento pediátrico).

Os símbolos estão organizados por diferentes cores (azul, verde, rosa e amarelo de acordo com as diferentes fases do atendimento), para facilitar na brevidade da consulta, utilização e compreensão. Os pictogramas de **cor azul** dizem respeito a *vocabulário a ser utilizado pelos profissionais*, pois têm como objetivo auxiliar os profissionais a **transmitir** informação importante às crianças, como também **recolher** informações pertinentes sobre a vítima e a ocorrência. Os símbolos de **cor verde** dizem respeito aos *procedimentos mais invasivos que os profissionais* possam ter que executar à vítima pediátrica. As imagens a **cor rosa**, dizem respeito a possíveis *respostas para auxiliar as crianças* nas suas explicações, assim como as imagens a **amarelo**. Sendo que os pictogramas a amarelo dizem respeito a “pessoas”, de acordo com a Escala de Fitzgerald (escala que se tentou seguir em todo o material).

### **Prancha Comunicativa 1:**

Está identificada com o número 1 no canto superior direito, o seu cabeçalho é de cor azul. É constituída por pictogramas para auxiliar os profissionais a recolher informação geral importante para a sua avaliação/intervenção (procedimento inicial que os profissionais do INEM têm quando chegam ao local, depois de avaliarem o local, situação e condições de segurança), assim como contém possíveis respostas (a amarelo e os símbolos pictográficos relacionados com o conceito “sim” e “não”), para auxiliar a criança na sua comunicação. Estes últimos (“sim/não”), são para auxiliar a comunicação quando os profissionais colocam questões simples. O símbolo referente ao conceito/questão “Tens dor?”, está realçado de forma diferente, pois caso a criança manifeste que sente dor, o

profissional deve passar para a Prancha Comunicativa 5 (Escala de Dor Pediátrica) (o profissional é alertado para esse procedimento no verso desta escala). No seu verso, inclui ainda algumas estratégias/dicas de comunicação importantes para a utilização deste material, assim como para estabelecer uma comunicação mais eficaz com a pediatria (subcategoria 3.3. Interação/abordagem à criança durante o atendimento), já que intervenção dos profissionais no atendimento à população pediátrica é delimitada por a implementação de diferentes estratégias.

#### **Prancha Comunicativa 2:**

Esta Prancha está identificada e o seu cabeçalho é também de cor azul. É elaborada com imagens referentes aos diferentes motivos/sintomatologias que possam ter levado ao acionamento do meio de emergência do INEM (baseando-se nos resultados emergidos na categoria 6 - acionamento pediátrico). Estes conceitos encontram-se a seguir ao pictograma “O que aconteceu?” (a azul), questão que deve ser efetuada pelo profissional.

#### **Prancha Comunicativa 3:**

Está identificada no canto superior direito, com cabeçalho a cor azul. Contém questões pertinentes para auxiliar os profissionais na recolha de informação que necessitam e que podem ser importantes para a sua conduta (azul). Como ainda detém a rosa possíveis respostas para que a criança possa escolher a opção que mais se enquadra (em relação à duração do motivo de acionamento (“há pouco tempo”, “horas” e/ou “semanas”) (questões que os profissionais questionam sempre em todos os acionamentos). Continua com símbolos referentes a procedimentos mais invasivos que podem ser realizados pelos profissionais (a verde) (categoria 3 – avaliação/intervenção da criança).

#### **Prancha Comunicativa 4:**

Contem algarismos e letras para auxiliar a criança em determinadas respostas, como por exemplo, para responder à questão da sua idade, ou morada. Contém ainda uma breve explicação dos acontecimentos que se vão suceder (“Vamos de ambulância”; “Vamos para o hospital”; “O médico vai ajudar-te!”).

### **Prancha Comunicativa 5 | ESCALA DE DOR Pediátrica:**

O seu cabeçalho é de cor laranja (uma vez que se destaca das restantes por ter sido construída especificamente para a dor). Tem como objetivo auxiliar a criança a quantificar a dor em três níveis diferentes, ou seja, “não tenho dor”, “tenho um bocadinho de dor” ou “tenho muita dor”, assim como auxiliar na sua localização (apontando para a parte do corpo em questão) (procedimentos realizados principalmente pelos enfermeiros e eventualmente pelos TEPH durante a categoria 3. Avaliação/intervenção da criança). Contém ainda um símbolo que diz respeito à palpação, ou seja, caso seja necessário confirmar a localização e quantificação de dor, o profissional deve apontar para o símbolo “Vou tocar-te!” e verbalizar em simultâneo o conceito, para que a criança perceba o que vai acontecer a seguir! No verso da prancha contém estratégias para auxiliar o profissional na sua utilização.

### **Cartão de Identificação Pediátrico**

O “Cartão de Identificação Pediátrico”, tem como objetivo INFORMAR o profissional de saúde sobre esclarecimentos que lhe são úteis para a sua conduta, auxiliando também a tornar o atendimento mais imediato, assim como APOIAR a comunicação entre o profissional do INEM e a vítima pediátrica. Foi construído essencialmente a pensar nas crianças com necessidades especiais (NE), contudo pode ser utilizado com qualquer criança.

O material é desdobrável (para que seja facilmente transportado pela criança na sua carteira), acabando por ficar do tamanho de um cartão de crédito (figura 9). Estará disponível no site do INEM para que a população em geral possa descarregar, imprimir, preencher e utilizar numa possível futura emergência médica pré-hospitalar. Estará disponível em português e inglês (para que possa também ser utilizado por crianças estrangeiras).

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica



Figura 8. Cartão de Identificação Pediátrico (desdobrável)

Um dos lados é **INFORMATIVO** aos profissionais, contendo as seguintes informações: dados importantes sobre a criança - “Sobre mim” (nome, data de nascimento, idioma, nº SNS, grupo sanguíneo); contactos de emergência a quem devem comunicar (nome, grau de parentesco e contactos telefónicos); e ainda outras informações importantes (pediatra/médico de família, medicação, meio preferencial de comunicação, condições clínicas existentes, alergias, desagradados/medos, gostos/preferências e outras informações) (indo ao encontro dos dados recolhidos nas fases anteriores).

O outro lado do documento, tem como objetivo **APOIAR** a comunicação, contendo símbolos para auxiliar uma comunicação mais imediata neste contexto, nomeadamente: pictogramas para os conceitos/questões “Sim” /” Não”, “Não sei”, “Pode repetir?”, “Tenho sede”, “Tenho fome”, “Tenho dor” e “Quero ir à casa de banho”. Contém ainda a “Escala de Dor” e instruções para facilitar a utilização do material.

## **CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

De seguida será apresentada a discussão dos resultados encontrados neste estudo, que será exposta de acordo com as questões de investigação delineadas para as respetivas fases da investigação. Desta forma, iniciar-se-á com as necessidades evidenciadas pelos profissionais relativamente ao atendimento pediátrico (fase I), seguindo-se de considerações relacionadas com os procedimentos associados a este tipo de atendimento e materiais facilitadores da comunicação que possam auxiliar neste contexto (fase II). Por último será efetuada a discussão relacionada com o material facilitador produzido para este contexto específico de prestação de cuidados de saúde (fase III).

Assim, neste capítulo considerou-se importante salientar a interpretação e reflexão sobre os dados obtidos, destacando-se relativamente aos dados quantitativos aqueles onde se verificaram diferenças estatísticas, bem como relativamente aos dados qualitativos aqueles que se apresentaram como mais relevantes, tendo por base a revisão bibliográfica efetuada e os resultados obtidos em diferentes estudos científicos realizados nesta área.

### **Questão 1 - Quais as necessidades relativamente ao atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?**

Esta investigação foi iniciada com a intenção de identificar as necessidades dos profissionais do INEM que possam estar em contacto direto com crianças num atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica. Desta forma, verificou-se que a maioria dos profissionais do INEM não possui formação nesta área da comunicação pediátrica e suas especificidades (57,9%), o que se encontra de acordo com diferentes estudos que realçam a escassez de conhecimentos por parte das equipas dos profissionais de saúde relativamente a estas questões (Dorsey et al., 2022; Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; Hemsley e Balandin, 2004; Stans et al., 2018; Thunberg et al., 2016; Yorkston et al., 2018). Este aspeto não é facilitador do processo de apoio, contribuindo para a brevidade do mesmo e condicionando a qualidade da ocorrência. Contudo a formação na área da comunicação pediátrica é compreendida como muito importante a importante por todos os profissionais (psicólogos, TEPH e enfermeiros) (Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; Stans et al., 2018). No entanto, os

enfermeiros reconhecem que esta é mais relevante do que os TEPH, talvez por terem maior grau de habilitações académicas e, por consequência, maior consciência da importância que a mesma possa ter na sua prática profissional. Estes resultados reforçam a necessidade e importância na instrução dos profissionais de saúde na área da comunicação na pediatria (Finke et al., 2008; Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; Hemsley e Balandin, 2014, 2004; Kennedy, 2015; Stans et al., 2018).

Relativamente às dificuldades/desafios na comunicação sentidas pelos profissionais, foi interessante identificar a dificuldade de “as crianças se encontrarem assustadas, pela existência de maior agitação, por se tratar de um contexto de crise” (identificado pelos enfermeiros (77,8%) e TEPH (71,1%)), em conjunto com a dificuldade que “a criança tem em se exprimir” realçada pelos psicólogos (75%). Todas estas dificuldades/desafios foram também nomeadas na literatura por diferentes autores como recorrentes nestas faixas etárias (Blackstone, 2015; Blackstone e Kalies, 2015; Diogo et al., 2016; Ribeiro et al., 2019; Valente et al., 2012a). Outras dificuldades/desafios ainda realçadas foram o facto do “Elemento de Referência da criança estar na maioria das vezes assustado” e os “profissionais serem pessoas estranhas” para as crianças. Estas dificuldades/desafios, são igualmente sentidas por outros autores nos seus estudos (Molina et al., 2007; Valente et al., 2012b).

Já em relação às *dificuldades/desafios de maior severidade*, é interessante entender que os resultados encontrados estão alinhados com a literatura no que se refere à comunicação com pacientes pediátricos ser por si só uma dificuldade para os profissionais de saúde (psicólogos, TEPH e enfermeiros), não só pelas características anatómicas que esta população apresenta, mas também pelas suas fragilidades (Blackstone e Kalies, 2015; Diogo et al., 2016; Mesko et al., 2011; Ribeiro et al., 2019; Thunberg et al., 2022, 2016; Valente et al., 2012b). Para além deste fator, é também evidenciado como dificuldade de maior severidade, a comunicação com crianças estrangeiras pelos enfermeiros, indo ao encontro de vários estudos. Quando as crianças não dominam a língua portuguesa falada e/ou escrita, assim como os profissionais a língua de origem da criança, é criada uma barreira comunicativa. Esta dificuldade comunicativa com as crianças estrangeiras é concordante com o referido por diversos autores, uma vez que, as dificuldades de compreensão e de expressão dificultam a interação e, por consequência, a qualidade do

atendimento (Bartlett et al., 2008; Blackstone, 2015; Chandrika, et al., 2007; Costello et al., 2015; Hunter-Adams e Rother, 2017).

Para além destas dificuldades os enfermeiros e os TEPH, apresentaram ainda como dificuldade de maior severidade o atendimento a crianças portadoras de patologia prévia à situação de emergência, o que também vai ao encontro do referenciado na literatura (Bartlett et al., 2008; Blackstone, 2015; Blackstone e Pressman, 2016; Costello et al., 2015; Gallegos et al., 2018; Hemsley et al., 2013). De acordo com Blackstone (2015), os profissionais evidenciam que a eficácia do atendimento nestas situações específicas é ainda mais dificultada, pois muitas das vezes a capacidade de expressão e de compreensão destas crianças está comprometida, acabando por criar uma barreira comunicativa com os profissionais. Assim, a conduta dos profissionais é também mais dificultada para chegar a um diagnóstico preciso (“ADA Business Brief: Communicating with People Who Are Deaf or Hard of Hearing in Hospital Settings,” n.d.; Blackstone, 2015; Costello et al., 2015), levando a que seja necessário despende mais tempo para a intervenção, como realçam Stans et al. (2018) e Yorkston et al. (2018). Este fator contribui também para a difícil gestão da prestação dos profissionais, uma vez que, o atendimento de emergência, como já referido, tem que ser rápido e objetivo (Blackstone e Kalies, 2015; Valente et al., 2012b). Desta forma, a intervenção tenderá a não ser tão eficaz, conduzindo a consequências negativas (Blackstone, 2018; Hurtig et al., 2019; Rao, 2018).

Efetuada a comparação entre os enfermeiros e TEPH, foi possível verificar que os enfermeiros sentem maior dificuldade em lidar com crianças estrangeiras, o que não seria esperado, considerando a possível influência da formação, pois estes apresentam habilitações literárias superiores aos TEPH. No entanto, quando comparados os meios de emergência e as dificuldades de maior severidade, foi possível verificar que nas ambulâncias SIV existe a referência a uma maior dificuldade na comunicação com crianças estrangeiras, do que com crianças portadoras de dificuldades comunicativas prévias à situação de emergência. Este fator poderá ser justificado, por este meio ser tripulado por um enfermeiro e um TEPH, indo ao encontro da dificuldade sentida pelos enfermeiros anteriormente.

No que se refere às *Necessidades mais prementes*, verificou-se que os profissionais salientaram a necessidade da existência de um Guião Orientador e Material Facilitador da Comunicação. Este resultado é concordante com a valorização do uso de facilitadores comunicativos para auxiliar os profissionais na sua conduta profissional (Davidoff, 2018; Gormley e Light, 2019; Hemsley e Balandin, 2014; Kristensen et al., 2018; McNaughton e Editor, 2021; Vessoyan et al., 2018; Wanzer et al., 2004). Ainda neste item verificou-se que os enfermeiros sentem maior necessidade do que os TEPH na adaptação do Manual Multilíngue, o que vai ao encontro da dificuldade sentida pelos enfermeiros na interação com as crianças estrangeiras. Ainda sobre as necessidades mais prementes, de acordo com todos os meios de emergência existentes no INEM, foram novamente evidenciadas a formação específica na área da pediatria, assim como a existência de um Guião orientador da Comunicação e material facilitador. Para além destes itens os profissionais ainda mencionaram a formação em LGP. Assim é importante a existência de recursos que facilitem a interação com as crianças (desde as sem patologia prévia à situação de emergência até às que possuem um diagnóstico prévio e às crianças estrangeiras). Os profissionais sentem falta de material que os auxilie nestas situações mais complexas, sendo material fundamental para melhorar a prestação dos profissionais, como reforçado na literatura (Blackstone e Kalies, 2015; Davidoff, 2018; Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; McNaughton e Editor, 2021; Stans et al., 2018; Yorkston et al., 2015a, 2015b).

Foi notório, de acordo com as respostas dos profissionais, a implementação de *Estratégias Comunicativas* para superarem as suas dificuldades, no sentido de melhorarem significativamente a qualidade do seu atendimento, como também realçam Rao (2018), Turner et al. (2016) e Yuksel & Unver (2016). Verifica-se assim que a utilização de estratégias é importante para envolver a criança e que se constitui como basilar para que seja possível a implementação dos procedimentos técnicos, nomeadamente a avaliação e intervenção, tal como mencionado por Dorsey et al. (2022), Gormley e Light (2019), e O'gara and Fairhurst (2004), mas cuja adoção nem sempre é simples, principalmente se as vítimas forem crianças vulneráveis a apresentarem dificuldades comunicativas (Blackstone, 2015; Stans et al., 2018).

Uma das estratégias fundamentais no atendimento pediátrico destacada pelos participantes nesta investigação, foi o “recurso ao elemento de referência da criança”, no sentido de facilitar/suportar a interação, promovendo a criação de empatia, como enfatizado noutros estudos (Burns et al., 2015; Diogo et al., 2016; Stans et al., 2018; Valente et al., 2012b). Esta estratégia, tal como referido por (Diogo et al., 2016; Dorsey et al., 2022), também nestes estudos foi reconhecida como sendo muitas vezes benéfica. No entanto, segundo Burns et al. (2016) a mesma pode acabar por desprezar a opinião/sintomas experienciados pela própria criança vítima da ocorrência, pelo que será necessário o desenvolvimento de uma sensibilidade acrescida por parte dos profissionais que prestam estes serviços. Para além dessa questão, existem situações em que os elementos de referência não estão presentes, dificultando a intervenção dos profissionais. Nessas situações, de acordo com os profissionais da amostra, a existência de recursos para facilitar a comunicação seria fundamental (Blackstone e Kalies, 2015; Diogo et al., 2016; McNaughton e Editor, 2021; Thunberg et al., 2022).

Numa análise mais detalhada verificou-se que os TEPH usam significativamente menos a estratégia “Tratar a criança pelo seu nome” do que os enfermeiros. Este facto pode eventualmente ser justificado pela existência de maior instrução académica por parte dos enfermeiros para o contacto com pacientes (uma vez que os TEPH não têm necessariamente de ter formação na área da saúde), sendo esta estratégia sentida como mais importante para os enfermeiros. Em suma, as estratégias comunicativas são fundamentais para melhorar a comunicação principalmente com pacientes vulneráveis, facilitando a interação, a comunicação e, por consequência, os resultados dos atos médicos tal como apontado na literatura relacionada, tendo os resultados obtidos reconhecido essa mesma necessidade (Handberg e Voss, 2018a; Hemsley e Balandin, 2014; McNaughton e Editor, 2021; Thunberg et al., 2022, 2016; Yorkston et al., 2015b).

Relativamente à importância da existência de material físico facilitador da interação/comunicação com a criança na prática profissional, é verificada pelos profissionais como importante a muito importante (Gormley e Light, 2019; Kuyler e Johnson, 2021; Pelosi e Nascimento, 2018; Stans et al., 2018).

Quando comparados estes dois últimos grupos (enfermeiros e técnicos), foi possível verificar que apesar de não existir diferença estatística (valor de  $p=0,074$ ), existe grande diferença entre as respostas na categoria de “importante”, sendo que os técnicos acham muito mais importante a presença de material físico do que os enfermeiros, o que pode ir ao encontro do nível de conhecimento ser superior, de acordo com a sua formação base, assim como devido ao tipo de ocorrências a que estes profissionais estão expostos. Os enfermeiros laboram em meios diferenciados e os TEPH não. Sendo que como foi possível verificar nos resultados obtidos, as ocorrências em meios não diferenciados são normalmente menos graves, havendo maior possibilidade de os profissionais interagirem com a criança devido ao nível de criticidade da ocorrência ser inferior (ao contrário dos meios SIV e VMER) (INEM, 2022, 2013).

Contudo não foram encontradas diferenças estatísticas entre os meios de emergência médica e a importância da existência de material físico, apesar do valor de “p” estar muito próximo do nível de significado quando comparado o “moderadamente importante ou ainda menos importante” com o “muito importante” ( $p=0,067$ ) nos veículos de emergência SHEM. O mesmo se verifica com os meios de emergências VMER. Esta diferença identificada no meio SHEM pode ser justificada pelas próprias características do próprio meio, ou seja, por ser um meio não muito complexo em termos de resposta à ocorrência (a sua dimensão não facilita o transporte de materiais facilitadores). Já as VMER’s, pelas características das suas ocorrências. Sendo ocorrências normalmente com um nível de criticidade grave, existem questões que se sobrepõem à comunicação, nomeadamente a vida humana (Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; Stans et al., 2018).

**Questão 2 - Como se desenrola o processo de atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica em Portugal, com especial atenção aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?**

A segunda fase iniciou com a intenção de compreender, com carácter mais aprofundado, como se desenrola o processo de atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica no INEM de acordo com as diferentes profissões.

Salienta-se que os resultados obtidos de um modo geral reforçaram os indicados na fase I desta investigação, e vão ao encontro do descrito na literatura relacionada, bem como de achados noutros estudos dentro desta temática.

Os resultados demonstram que este atendimento é bastante imprevisível, não sendo os seus procedimentos estáticos, e são acompanhados por diversas fragilidades. Esta imprevisibilidade é sentida logo no início das ocorrências pediátricas, ou seja, quando a informação da ocorrência é transmitida aos profissionais através do CODU. A informação recebida não corresponde muitas vezes à realidade, podendo a situação ser mais ou menos gravosa (já que a informação recebida pelo CODU é recolhida por quem aciona a ocorrência). Este ponto realça a necessidade de a informação ser transmitida de forma clara para que o trabalho destes profissionais seja mais rápido e adequado possível (Beukelman e Light, 2020; Hurtig et al., 2019). Este atendimento é ainda considerado imprevisível pelas características que estas faixas etárias acarretam, principalmente quando relacionadas a este tipo de contexto. Sendo estas dificuldades sentidas logo no primeiro procedimento deste atendimento, ou seja, na preparação a caminho do local da ocorrência. É ainda importante uma boa comunicação entre os profissionais de saúde, com clareza nas funções a desempenhar por cada profissional, para que o atendimento seja o mais adequado possível, resultando em melhores resultados (Andrade et al., 2018; Thunberg et al., 2022; Valente et al., 2012b, 2012a).

Para além da avaliação à própria vítima pediátrica, é ainda fundamental os profissionais avaliarem outros aspetos envolventes à mesma, como o local, a situação e as condições de segurança existentes para poderem atuar, para que não seja colocada mais nenhuma vida humana em risco. Estes procedimentos realçam a necessidade desta avaliação ser realizada de forma holística, não só à vítima, mas a todo o meio envolvente à mesma (Alcântara et al., 2016; Khan et al., 2018; Valente et al., 2012a).

Em relação à avaliação da criança propriamente dita, todos os procedimentos específicos de cada profissão, são importantes para dissolver as necessidades que a criança apresenta. Destacando-se a intervenção dos psicólogos, que para além da sua prestação direta com a população pediátrica, ainda podem fornecer auxílio aos restantes colegas, através da transmissão de estratégias, evidenciando a importância de uma abordagem

multidisciplinar também nestes contextos (Blackstone, 2015; Downey e Happ, 2013; Silva et al., 2017; Valente et al., 2012a).

Conseguiu-se então compreender que os profissionais sentem diversas *dificuldades* neste tipo de atendimento, devido ao próprio contexto de crise, que cria obstáculos na criação de um vínculo empático com a criança, pois está associado ao sofrimento, desconhecimento e à dor, para além de as crianças estarem em contacto com pessoas de farda e desconhecidas para elas. A própria rapidez e a fugacidade (o tempo das intervenções é reduzido), destas intervenções não abonam a favor para uma interação harmoniosa entre os profissionais e as crianças (Blackstone e Kalies, 2015, 2015; Diogo et al., 2016, 2015; Gormley e Light, 2019; Kristensen et al., 2018; Oslund, 2017; Valente et al., 2012b).

Portanto, o simples facto de se tratar de uma criança por si só, já causa dificuldades a estes profissionais, pois como analisado anteriormente, encaram estas situações de forma negativa, como reforçado por diversos autores (Blackstone et al., 2015a; Diogo et al., 2016, 2015; Ribeiro et al., 2019), fazendo parte dos grupos vulneráveis a evidenciar dificuldades comunicativas nestes contextos.

O facto de os Elementos de Referência muitas das vezes se encontrarem ansiosos também não facilita a abordagem, pois frequentemente os profissionais para além de terem a vítima pediátrica para intervir, têm ainda o/os adulto/s presente/s (Molina et al., 2007).

Desta forma, é compreensível o quanto será desafiador o transporte das vítimas pediátricas até à unidade hospitalar, principalmente quando estas são de longa duração, pois é uma tarefa árdua manter uma criança tranquila (principalmente quando esta se encontra debilitada) durante muito tempo (ainda mais quando os próprios pais se encontram agitados). Assim como no caso de crianças com NE, pois poderão ter dificuldades de mobilidade e posicionamentos específicos (Gallegos et al., 2018).

Realçando novamente a pertinência da existência de ferramentas que possam não só auxiliar em termos comunicativos, mas também distrair a criança, mantendo-a mais tranquila (Thunberg et al., 2022, 2016), principalmente quando é necessário efetuar procedimentos mais invasivos.

Por isso, a inexistência de materiais facilitadores da comunicação/abordagem/interação é uma dificuldade para os profissionais (Gormley e Light, 2019; Kristensen et al., 2018), assim como a falta de formação nesta área, ainda mais evidente pela baixa casuística da mesma (Blackstone et al., 2015a, 2015b; Burns et al., 2018; Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; Morris et al., 2013; Stans et al., 2018; Yorkston et al., 2018).

As dificuldades poderão ser ainda mais notórias quando se trata de situações específicas como adolescentes, crianças com NE e/ou estrangeiras, pelas barreiras comunicativas que se estabelecem. A eficácia comunicativa é ainda mais dificultada nestas situações (Bartlett et al., 2008; Blackstone, 2015; Blackstone et al., 2015a; Burns et al., 2018; Chandrika, et al., 2007; Ogbogu et al., 2022; Waters e Asbill, 2013). O próprio facto de não se privilegiar a díade da comunicação (profissional de saúde - paciente), mais notório ainda nestes casos de exceção, pode também levar a barreiras na comunicação (Dorsey et al., 2022).

A própria transmissão de más notícias, com a notificação de morte, é encarada como uma dificuldade severa por estes profissionais, nomeadamente quando a mesma tem que ser realizada a adolescentes (devido ao nível de compreensão que têm), ou quando a própria vítima é uma criança, pois são situações muito sensíveis que alteram o estado emocional dos profissionais de saúde (Cintra et al., 2022; Gesser et al., 2021).

Assim como o atendimento pediátrico é mais desafiador para os profissionais, a comunicação com as vítimas pediátricas é balizada por diversas estratégias que facilitam a criação da relação empática, a aproximação, e por consequência a sua intervenção (principalmente quando existe necessidade de executar procedimentos mais invasivos), com o objetivo de ultrapassar algumas dificuldades evidenciadas anteriormente (Bell e Condren, 2016; Center for Health Care Strategies, 2013; Costa e Morais, 2017; Diogo et al., 2015; Dorsey et al., 2022; Gormley e Light, 2019; Hemsley e Balandin, 2014; O'gara

e Fairhurst, 2004; Oslund, 2017; Ribeiro et al., 2019; Stans et al., 2018; Stock et al., 2012; Valente et al., 2012b; Wanzer et al., 2004).

Quando a comunicação é realizada a vítimas estrangeiras, o desafio ao profissional é superior, principalmente se o mesmo não dominar a língua materna da criança. A barreira linguística foi também referida como um obstáculo para os profissionais de saúde em diversos estudos (Bartlett et al., 2008; Blackstone et al., 2015b; Chandrika, et al., 2007; Ogbogu et al., 2022), uma vez que vão existir dificuldades de expressão e compreensão da informação, para além das questões culturais que podem estar associadas (Blackstone, 2015; Ogbogu et al., 2022; Waters e Asbill, 2013).

Outro desafio acrescido para os profissionais é quando o atendimento é realizado a crianças com NE, uma vez que também nestas situações são criadas barreiras comunicativas durante o atendimento pré-hospitalar (Blackstone et al., 2015a; Blackstone e Pressman, 2016; Costello et al., 2015). Nestes atendimentos, a estratégia de utilizar o elemento de referência da criança para facilitar a comunicação ainda é mais evidente (Diogo et al., 2016; Dorsey et al., 2022; Valente et al., 2012b), contudo o facto de se privilegiar a tríade de comunicação que se estabelece nestes contextos (profissional de saúde-pais-filho), em vez da díade (profissional de saúde-paciente), não beneficia as vontades/necessidades da própria criança, demonstrando a necessidade da existência de facilitadores comunicativos para uma comunicação mais eficaz (Dorsey et al., 2022).

A necessidade de formação na área pediátrica no geral é novamente realçada, para que os profissionais se sintam mais firmes nas suas intervenções (Dorsey et al., 2022; Hemsley e Balandin, 2014; Pina et al., 2020). Destacando como conteúdos pertinentes a comunicação na criança no geral, assim como as suas especificidades, ou seja, crianças estrangeiras e com NE (pois são as maiores dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde). Tendo sido igualmente destacada a formação em LGP, como algo concernente, uma vez que não se sentem preparados para auxiliar neste tipo de situações (Blackstone et al., 2015a; Blackstone e Kalies, 2015; Burns et al., 2018; Chandrika, et al., 2007; Diogo et al., 2016; Ogbogu et al., 2022; Ribeiro et al., 2019; Thunberg et al., 2022).

Foi possível compreender que apesar de a casuística para a pediatria ser baixa, os motivos mais frequentes de acionamento pediátrico são: dispneia, crises convulsivas febris e trauma (causado por quedas e muito frequente nas escolas). Enquanto nos adolescentes são as intoxicações alcoólicas e crises de ansiedade. Na UMIPE o motivo mais frequente de acionamento referido é a “notificação de morte”, e menos frequente violência e/ou abuso sexual, indo ao encontro dos autores Valente et al. (2012b).

A fase mais desafiadora é sem dúvida a inicial, até os profissionais conseguirem estabelecer a relação empática com a criança e compreender verdadeiramente o motivo de acionamento através da sua avaliação visual (através do triângulo de avaliação pediátrico - TAP) (Valente et al., 2012a). Estas dificuldades são sentidas por todas as questões que a tornam mais desafiadora, pelas características que as crianças apresentam (Blackstone e Kalies, 2015; Ribeiro et al., 2019; Thunberg et al., 2022), decorrentes do próprio contexto (Blackstone e Kalies, 2015; Gormley e Light, 2019; Kristensen et al., 2018; Oslund, 2017) e pela imprevisibilidade deste tipo de atendimento (Blackstone e Kalies, 2015; Ribeiro et al., 2019; Valente et al., 2012b), para além da questão da informação recebida pelo CODU poder não corresponder exatamente à realidade, necessitando, estes profissionais, como já referido de clareza na informação (Hurtig et al., 2019, 2018).

No que diz respeito às áreas de intervenção do instituto os profissionais realçaram que o INEM assegura uma pequena parte de toda a emergência pré-hospitalar, sendo necessário o estabelecimento de parcerias com os parceiros do SIEM (ambulâncias PEM) (INEM, 2022).

As UMIPE asseguram as ocorrências de acordo com a DR a que pertencem, sendo que se o meio não estiver disponível, será acionada a UMIPE livre mais próxima. Podendo ainda este meio ser acionado para qualquer local quando se trata de situações de exceção, indo ao encontro do descrito pelo (INEM, 2017).

No que diz respeito às condições de apoio das prestações de emergência destes profissionais, foi possível compreender que existem diversos fatores que vão influenciar a conduta dos profissionais. Regra geral, sentem que existem diferenças entre os meios

rurais e não rurais, nomeadamente nas características da própria população que são muitas das vezes mais resilientes e apenas acionam os meios quando realmente é necessário (Blackstone, 2015; Vieira et al., 2020). São normalmente pessoas mais simpáticas com os profissionais acabando por dar maior importância a estes serviços, muito provavelmente por terem dificuldades no seu acesso, aceitando de forma mais serena as informações prestadas pelos profissionais (o próprio acolhimento da equipa costuma ser mais caloroso) (Vieira et al., 2020). Os profissionais sentem necessidade de se adaptar às características dos diversos contextos, incluindo linguisticamente (podem necessitar de adaptar a linguagem à pessoa e ao contexto por dificuldades de literacia, regionalismos, crenças religiosas, exposição a realidades diferentes, entre outras). O mesmo é sentido nas crianças pertencentes aos meios rurais, uma vez que, experienciam outro tipo de experiências (Blackstone, 2015; Center for Health Care Strategies, 2013; Nielsen-Bohlman et al., 2004; Ogbogu et al., 2022; Stock et al., 2012; Waters e Asbill, 2013). A própria notificação de morte é muitas vezes encarada de outra forma por estas populações, assim como pelas crianças, que muitas vezes estão mais expostas a funerais, a ir à catequese e até a conhecer os bombeiros locais, acabando contudo por ser um procedimento dos mais desafiadores para os profissionais (Souza et al., 2018; Valente et al., 2012b). Muitas vezes as condições para se conseguir aceder a estas localizações mais rurais é também difícil/desafiador para os profissionais (ex. interior do país), em que os transportes hospitalares normalmente têm uma durabilidade muito superior comparativamente aos espaços urbanos, indo ao encontro dos estudos de Silva et al., (2018) e Vieira et al. (2020), onde realçam que os serviços de saúde normalmente se encontram a distâncias enormes, assim como a dificuldade que esta população tem em se deslocar pelas limitações de transporte que muitas vezes existem.

Contudo estas diferenças socioeconómicas, culturais, geográficas e até de formação/educação, também são notórias em meios urbanos, sendo cada vez mais evidente nos dias de hoje (ex. zonas/bairros específicos de Lisboa) (Ogbogu et al., 2022; Silva et al., 2018; Stock et al., 2012; Waters e Asbill, 2013).

As próprias barreiras físicas (casas pequenas, com divisões minúsculas; ruas estreitas; carros estacionados, vários degraus, entre outros), são evidenciadas pelos profissionais e realçadas por (Santos et al., 2020).

Existem também diferenças notórias em termos regionais, de região para região, sendo umas mais turísticas do que outras, umas com mais e outras com menos indústria, umas com mais poder de construção do que outras, zonas com mais autoestradas do que outras, que também vão influenciar o tipo de ocorrência com maior probabilidade de existir nessas regiões (Silva et al., 2018).

Outro fator que influencia as condições de apoio, diz respeito ao facto de os profissionais laborarem sempre com as mesmas equipas, ou se laboram em diferentes meios e locais e por isso existe necessidade dos seus colegas de turno serem frequentemente diferentes. Neste último caso (quando o profissional está exposto a diferentes profissionais), é importante terem especial atenção à comunicação, para que consigam trabalhar em sintonia, facilitando a diferenciação do atendimento, mesmo quando estes são de áreas distintas, indo ao encontro dos autores (Blackstone et al., 2015a; Dingley et al., 2008).

**Questão 3 - Que materiais podem constituir-se como facilitadores da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?**

A Fase II, continuou com a intenção de identificar quais os materiais facilitadores já existentes neste contexto (na emergência pediátrica pré-hospitalar no INEM), assim como, identificar que materiais/estratégias facilitadores possam ser necessários para facilitar a abordagem e interação na pediatria.

O facto de os profissionais não terem materiais pediátricos facilitadores da abordagem/interação com a criança é outro fator que contribui para a difícil gestão deste atendimento. Seria expectável a presença de materiais pediátricos facilitadores para auxiliar os profissionais no atendimento à criança no geral, com ainda maior importância nos casos menos frequentes como as crianças estrangeiras e com NE, como reforçam (Blackstone e Kalies, 2015; Costa e Morais, 2017; Diogo et al., 2016; Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; McNaughton e Editor, 2021; Ribeiro et al., 2019; Thunberg et al., 2022).

Os profissionais tentam prestar o serviço mais adequado possível de acordo com a conjuntura que têm, tornando-o ainda mais complexo, e por isso, por vezes, recorrem a materiais que os mesmos adquirem a título particular para facilitar a sua abordagem (Diogo et al., 2016, 2015; Ribeiro et al., 2019) (ex. pensos rápidos com ilustrações infantis, fazer um boneco (“balão”) com as luvas de látex, acessórios lúdicos como narizes vermelhos (...)).

As razões mencionadas pelos diferentes autores anteriores, foram confirmadas com as respostas que os profissionais forneceram em relação à necessidade de materiais facilitadores para a comunicação/abordagem/interação com a criança. Tendo os profissionais salientado que todos os materiais apresentados são pertinentes para a sua conduta profissional, indo ao encontro também de diversos estudos mencionados (Blackstone e Kalies, 2015; Diogo et al., 2016, 2015; Donaldson et al., 2021; McNaughton e Editor, 2021; Ribeiro et al., 2019; Thunberg et al., 2022).

De seguida são discriminados os materiais facilitadores para a comunicação abordados com os profissionais do INEM, verificando-se concordância relativamente à necessidade e valorização dos mesmos entre os resultados obtidos no presente estudo e o mencionado na literatura bem como em achados noutros estudos relacionados:

Como a própria *avaliação da dor/emoção* para os profissionais é sentida como mais desafiadora na pediatria, é importante para estes a existência de “*escalas*” para facilitar a criança a quantificar a mesma, principalmente no caso de crianças mais pequenas, o que também é evidenciado por (Blackstone e Kalies, 2015; Thunberg et al., 2016).

A “*adaptação do Manual Multilingue*” através de pictogramas para a população pediátrica foi outro facilitador comunicativo definido como pertinente para este contexto, pois seria um facilitador para ultrapassar as barreiras linguísticas com as crianças e famílias estrangeiras, assim como poderia facilitar a ultrapassar barreiras comunicativas com a restante pediatria (Blackstone et al., 2015a, 2011; Blackstone e Kalies, 2015; McNaughton e Editor, 2021; Ogbogu et al., 2022; Thunberg et al., 2022).

A existência de “*brinquedos/materiais infantis apelativos*” para os mesmos, são realçados como fundamentais nos contextos pediátricos, com intuito não só de facilitar a abordagem mas também para diminuir traumas e medos, transformando as situações dolorosas em aspetos mais positivos para a criança (Costa e Morais, 2017; Diogo et al., 2016, 2015; Ribeiro et al., 2019) . A pertinência da existência deste material foi evidenciada como importante para os profissionais do INEM, pelos mesmos motivos descritos anteriormente.

Poder ter uma “*Checklist com Parâmetros Comunicativos*” a ter em conta e/ou “*Guião Orientador da Comunicação*”, ambos foram tidos como necessários e essenciais para estes profissionais (funcionando de forma idêntica aos protocolos de atuação que estes já têm - a abordagem no INEM é balizada por protocolos), uma vez que, funcionariam como um “fio condutor” para a sua abordagem, já que a abordagem a estas faixas etárias é sentida como difícil e desafiadora, não tendo os profissionais de forma recorrente noção da melhor postura a adotar (Gormley e Light, 2019; Stans et al., 2018; Stock et al., 2012).

O uso de um “*Cartão de Identificação Pediátrico*”, viria a facilitar a recolha de informação necessária pelos profissionais nas ocorrências infantis, principalmente nos casos de exceção como as crianças com NE, auxiliando também na brevidade do serviço, podendo ainda auxiliar no apoio à comunicação através de pictogramas (pois contém também uma prancha de comunicação como já evidenciado no enquadramento teórico) (Blackstone et al., 2015a; Gormley e Light, 2019; Klein e Joy, 2020; Pelosi e Nascimento, 2018).

As “*Pranchas de Comunicação*” seriam um recurso valioso para auxiliar os profissionais do INEM em ambiente hospitalar auxiliando no só a abordagem com as crianças, mas até com adultos com dificuldades comunicativas (Davidoff, 2018; Klein e Joy, 2020; McNaughton e Editor, 2021; Thunberg et al., 2022).

A existência de Pranchas Comunicativas em formato digital tem tido um impacto bastante positivo em diferentes estudos de acordo com a opinião de diferentes profissionais de saúde e até pacientes (Klein e Joy, 2020; Pelosi e Nascimento, 2018), comparativamente às pranchas em formato físico, indo ao encontro dos dados recolhidos pelos profissionais do INEM, que manifestaram que a existência de “*material facilitador em formato digital*” seria uma mais valia, principalmente se estivesse inserido no software que estes têm para registo das ocorrências (iTEAMS). Contudo devido à fase pandémica pela qual o mundo está a atravessar atualmente, e sendo estes profissionais de primeira linha, a questão da própria desinfeção também foi tida em consideração, sendo o tablet de fácil higienização (procedimento que atualmente até já praticam) como evidenciado também (Miranda et al., 2021).

**Questão 4 - De acordo com a informação recolhida nas fases anteriores qual o material facilitador da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico a construir?**

A investigação terminou com a Fase III, ou seja, com a criação de material facilitador.

De acordo com os profissionais do INEM e com diversos autores em diferentes estudos, qualquer material mencionado anteriormente seria facilitador para este contexto de atuação com a população pediátrica. Contudo procedeu-se à criação de uma “Prancha de Comunicação”, uma vez que é um dos vários exemplos de CAA mais funcional e pertinente para apoiar a comunicação, podendo também existir em formato digital, indo ao encontro das opiniões dos profissionais entrevistados (Klein e Joy, 2020; Miranda et al., 2021; Pelosi e Nascimento, 2018; Thunberg et al., 2022). Relativamente ao “Cartão de Identificação Pediátrico”, optou-se pela sua construção por ter tido um número de referências mais elevado durante as entrevistas e por ter sido realçado no enquadramento teórico, uma vez que, pode ser facilitador para os atendimentos considerados pelos profissionais e diferentes autores como os mais desafiadores, ou seja, crianças com NE e/ou crianças estrangeiras, facilitando a que o atendimento pediátrico seja mais rápido e objetivo (Blackstone et al., 2015a; Burns et al., 2018; Ogbodu et al., 2022; Thunberg et al., 2022; Valente et al., 2012b).

Sendo o acesso à comunicação um direito de todos, inclusivamente das crianças, ambos os materiais foram construídos com base na CAA, devido aos vários benefícios que esta acarreta no desenvolvimento da comunicação (Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018; Kristensen et al., 2018), especialmente nos casos em que a comunicação está comprometida (crianças vulneráveis a evidenciar dificuldades comunicativas) (ASHA, 2022; Blackstone, 2015; Ogbodu et al., 2022), uma vez que possibilita a participação da criança na intervenção (seguindo as suas vontades e desejos) (Altschuler, 2012; Naughton, 2018; Thunberg et al., 2016). A CAA auxilia tanto na expressão, como na compreensão da comunicação, facilitando as crianças a transmitir informação aos profissionais, assim como facilita os profissionais a antecipar os seus procedimentos, orientando as crianças a os aceitar de melhor forma, no decorrer de um atendimento de emergência pré-hospitalar (ASHA, 2022e; Davidoff, 2018; Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018; Kristensen et al., 2018). Sendo que é também objetivo, auxiliar vítimas de diferentes faixas etárias e níveis de comprometimento linguístico, indo ao encontro da diversidade de ocorrências e faixas etárias incluídas dentro da faixa etária da pediatria no atendimento deste instituto (ASHA, 2022e; Davidoff, 2018).

Os próprios serviços de prestação de cuidados de saúde, devem estar habilitados à comunicação, já que esta (como evidenciado anteriormente), constitui um direito das vítimas, realçando a necessidade da existência destes materiais nestes contextos, de forma a facilitar a acessibilidade aos serviços de saúde (Mesko et al., 2011; Thunberg et al., 2016; Vessoyan et al., 2018).

Estas ferramentas devem então, auxiliar as vítimas pediátricas nos diferentes momentos do atendimento de emergência pediátrica pré-hospitalar, tendo também um papel importante no auxílio da identificação e quantificação da dor (procedimentos tão penosos de avaliar nas vítimas pediátricas, principalmente as que pertencem aos grupos mais vulneráveis), indo ao encontro das necessidades mencionadas pelos profissionais do INEM, e literatura analisada (Blackstone e Kalies, 2015; Diogo et al., 2016; McNaughton e Editor, 2021; Thunberg et al., 2022; Valente et al., 2012b).

Foi ainda possível compreender a existência de vários outros materiais baseados na CAA construídos com o objetivo de apoiar a comunicação na prestação de cuidados de saúde (realçado no enquadramento teórico), como por exemplo, a prancha de comunicação da “Paramedic & SEM Symbol Board”, a “First Responder Communication Boards”, do “Communication Passport - Accident and Emergency” ou até o “ICE Communication Cards”, nos quais a investigadora se baseou para o desenvolvimento destas novas ferramentas. A existência destes materiais, e os dados recolhidos nesta investigação realçam a pertinência destes dois materiais produzidos para o contexto da emergência pré-hospitalar pediátrica (Greenhouse Publications, 2022; NHS, 2022; WidgitHealth, 2022).

Os resultados reforçam a necessidade e importância constatada na realidade portuguesa da existência destes materiais neste contexto com esta faixa etária, o que vai ao encontro da literatura encontrada, legitimando robustamente o desenvolvimento destes materiais facilitadores da comunicação, assim como na instrução dos profissionais para a utilização dos mesmos (Dorsey et al., 2022; Hunter-Adams e Rother, 2017; Pina et al., 2020; Turner et al., 2016).

## **CAPÍTULO V - CONCLUSÃO**

A “Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica”, eis o título que pretendeu analisar como é realizado o atendimento pediátrico com elevado grau de profundidade, com o objetivo de contribuir para a melhoria do apoio prestado neste contexto específico de prestação de cuidados de saúde.

Assim, neste capítulo são apresentadas as principais conclusões desta investigação, as suas limitações, bem como sugestões e recomendações quer relacionadas com a realidade verificada no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica em Portugal, quer para estudos futuros relacionados com esta temática.

Recorda-se a partir daqui o percurso delineado, considerando as diferentes questões de investigação, salientando-se os principais resultados e conclusões obtidas.

**Questão 1 - Quais as necessidades relativamente ao atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?**

Os resultados permitiram um conhecimento aprofundado da complexidade do atendimento de emergência pediátrica. Essencialmente caracterizado como imprevisível e frágil, onde são identificadas diversas dificuldades e desafios por parte dos profissionais (Blackstone e Kalies, 2015; Ribeiro et al., 2019; Valente et al., 2012b). Para minimizar estas dificuldades os profissionais implementam várias estratégias, como por exemplo de distração e/ou de modificação do significado de dor (Dorsey et al., 2022; Gormley e Light, 2019; Hemsley e Balandin, 2014; Wanzer et al., 2004). Ainda assim existem dificuldades que permanecem, não existindo recursos facilitadores para a interação com a pediatria (O’gara e Fairhurst, 2004; Rao, 2018; Turner et al., 2016). Com o objetivo de atenuar estes obstáculos encontrados nestes atendimentos, os profissionais realçam a necessidade de formação específica na área da comunicação pediátrica e suas especificidades como algo importante a muito importante. Poderem ter formação mais pormenorizada nesta área será fundamental para estes profissionais, principalmente se for direcionada para as ocorrências menos frequentes, mas mais desafiadoras, como são o caso das crianças com

NE e estrangeiras. Concomitantemente, foi realçada também a necessidade de formação em LGP (Blackstone, 2015; Dorsey et al., 2022; Hemsley e Balandin, 2014; Pina et al., 2020).

A presença de materiais facilitadores da comunicação/abordagem à pediatria foi outra necessidade evidenciada para tornar este atendimento menos exigente e complexo. Como por exemplo, a existência de um Guião Orientador da Comunicação, a adaptação do Manual Multilingue, entre outros (Bell e Condren, 2016; Dorsey et al., 2022; Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b, 2018b; Klein e Joy, 2020; Kristensen et al., 2018; Oslund, 2017; Pelosi e Nascimento, 2018; Pina et al., 2020; Stans et al., 2018; Thunberg et al., 2022; Vessoyan et al., 2018).

**Questão 2 - Como se desenrola o processo de atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica em Portugal, com especial atenção aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?**

Os resultados obtidos, realçam a existência de procedimentos gerais inerentes a todos os profissionais entrevistados, assim como a existência de procedimentos mais específicos de acordo com as profissões dos profissionais (Valente et al., 2012a).

Os procedimentos gerais, dizem respeito à “preparação da ocorrência a caminho do local” e à “avaliação de outros aspetos” como a avaliação do local, da situação e das condições de segurança. Nos procedimentos específicos a abordagem dos enfermeiros e TEPH é idêntica, iniciando com a avaliação visual da criança, seguindo para a avaliação primária e secundária de acordo com a criticidade da ocorrência. Sendo que o que distingue estas atuações é a possibilidade de os enfermeiros poderem administrar fármacos sempre com a validação do médico regulador do CODU. Os psicólogos podem dar assistência por teleassistência e/ou no local da ocorrência, sempre que a situação assim o exigir (Valente et al., 2012a).

Todos os profissionais acabam por utilizar diversas estratégias (como já mencionado anteriormente), para facilitar a aproximação, a criação de empatia, e a intervenção propriamente dita, minimizando as diversas dificuldades a que estão expostos (Bell e Condren, 2016; Dorsey et al., 2022; Gormley e Light, 2019; Hemsley e Balandin, 2014; Oslund, 2017; Stans et al., 2018).

Quando o atendimento é dirigido a crianças estrangeiras e/ou com NE, as dificuldades e o stresse para o profissional elevam, pelas especificidades que possuem, razão pela qual os profissionais realçam estes dois temas como conteúdos pertinentes para formação (para além da necessidade de formação na pediatria em geral já que este atendimento é por si só mais exigente) (Blackstone, 2015; Blackstone e Kalies, 2015; Diogo et al., 2016; Ribeiro et al., 2019). Concomitantemente realçam a necessidade de formação em LGP como importante para a sua prática profissional, por não se encontrarem preparados para este atendimento, causado pela baixa casuística (Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; Stans et al., 2018).

Os motivos mais frequentes de ocorrências pediátricas são essencialmente traumas (quedas), muito frequente em escolas, como também dispneia, convulsões e febre. No caso dos adolescentes são as intoxicações alcoólicas e as crises de ansiedade (Valente et al., 2012b).

No caso da UMIPE, a notificação de morte inesperada é o mais frequente na pediatria, embora também aconteçam o abuso sexual e/ou violações (de forma menos frequente). No caso dos adolescentes, são frequentes as crises psicóticas, ideação suicida ou o risco eminente (Valente et al., 2012b).

A fase considerada mais desafiadora no atendimento pediátrica é sem dúvida a inicial, ou seja, até os profissionais conseguirem criar uma relação empática com a criança, e até conseguirem compreender de forma fidedigna o motivo da ocorrência, e grau de criticidade para estabilizar a criança (Valente et al., 2012b).

Relativamente às áreas de atuação, o INEM abrange todo o país a nível nacional (onde decorreu a presente investigação), contudo o instituto não conseguiria assegurar o pré-hospitalar em Portugal Continental se não elaborasse parcerias com os parceiros do SIEM (intituladas de ambulâncias PEM), para conseguir garantir uma maior cobertura de atuação (INEM, 2022, 2017, 2013).

Foi possível compreender que as condições de apoio a que os profissionais estão expostos, interferem nas características das suas funções. Principalmente pelas diferenças que são sentidas pelos mesmos entre os meios rurais e urbanos. O mesmo é sentido em determinados bairros/zonas citadinas. As diferenças focam-se essencialmente em diferenças socioeconómicas, de literacia, culturais, de educação e formação. Os próprios regionalismos das diferentes zonas do país também interferem com o trabalho destes profissionais (Bartlett et al., 2008; Blackstone, 2015; Blackstone et al., 2015a; Chandrika, et al., 2007; Engelke, 2016; Nielsen-Bohlman et al., 2004; Ogbogu et al., 2022; Vieira et al., 2020; Waters e Asbill, 2013).

É ainda realçado as distâncias longas que estes profissionais, por vezes têm de percorrer, principalmente para zonas mais rurais e interiores do país, em que a distância até à unidade hospitalar é elevada. Para além destas questões, os profissionais ainda realçam as diversificadas barreiras físicas com que se deparam durante as ocorrências, como habitações muito pequenas, com vários móveis, degraus e até vasos que não facilitam a passagem nem o transporte do utente até à célula sanitária. Assim como as próprias condições climatéricas, que influenciam a abordagem, sendo regra geral mais facilitador a abordagem em domicílio do que na rua (Gallegos et al., 2018; Silva et al., 2018; Vieira et al., 2020).

Normalmente nas grandes áreas urbanas ocorrem mais ocorrências, do que nas rurais. Assim como existem zonas mais propícias a atendimentos estrangeiros por se tratarem de zonas turísticas, como zonas com diversas diferenças culturais (ex. Alentejo; Lisboa, (...)) (Ogbogu et al., 2022; Vieira et al., 2020; Waters e Asbill, 2013).

O próprio lidar com a morte em meios rurais distingue-se dos não rurais. As crianças nos meios rurais normalmente estão mais familiarizadas com este tipo de situações, já que normalmente vão à catequese e até a funerais. Para além de existir maior probabilidade de conhecerem os bombeiros (Ogbogu et al., 2022; Vieira et al., 2020; Waters e Asbill, 2013).

O facto de existirem alguns profissionais a desempenharem funções em diferentes meios localizados em locais diferentes, faz com que seja importante ajustar a forma de atuação em equipa, influenciando na diferenciação nos cuidados (Andrade et al., 2018).

Em suma, estes profissionais devem estar preparados para as diversas imprevisibilidades que possam ocorrer, sendo ainda importante diferenciar três questões que influenciam a comunicação: o meio de emergência que presta o serviço, a criticidade da situação e o saber do profissional (Blackstone e Kalies, 2015; Valente et al., 2012b).

**Questão 3 - Que materiais podem constituir-se como facilitadores da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico em Portugal, no que se refere aos processos comunicativos que ocorrem neste contexto, de acordo com a perceção dos profissionais do INEM?**

Foi possível compreender a inexistência de materiais facilitadores da comunicação/abordagem para as vítimas no geral, como também para as vítimas pediátricas. Os profissionais para além dos materiais médicos propriamente ditos, que por vezes também usam, com o objetivo de facilitar a abordagem para com as vítimas pediátricas (ex. fazem um balão com as luvas de látex), podem ter algum material mais direcionado para as crianças, mas que é adotado pelos próprios em termos particulares e não através do instituto (ex. pensos rápidos com motivos infantis; acessórios lúdicos como narizes vermelhos, (...)), não existindo mais nenhum material específico para uso com a pediatria, nem para facilitar a comunicação, sendo este um aspeto importante a considerar sinalizado pela literatura (Costa e Morais, 2017; Dorsey et al., 2022; Rao, 2018; Ribeiro et al., 2019; Turner et al., 2016; Yuksel e Unver, 2016).

Desta forma, e realçando novamente o desafio e exigência destes atendimentos para os profissionais, todos os facilitadores comunicativos abordados foram considerados pertinentes para os profissionais. De todos os materiais referidos, salientam-se a existência de uma “Checklist com os Parâmetros Comunicativos a ter em conta”, uma “Escala para avaliação e localização da dor” na criança; a adaptação do “Manual Multilíngue para a pediatria”, a existência de um “brinquedo/material infantil apelativo”, um “Guião Orientador da Comunicação” e uma “Prancha de Comunicação”, principalmente benéfica se existisse também em formato digital. Para além destes materiais, foram ainda realçados como pertinentes para a utilização neste contexto, uma “Escala para avaliar as emoções e os medos”; a existência de um “Cartão de Identificação Pediátrico”, e que estes materiais estivessem igualmente adaptados para a LGP (Altschuler, 2021; Blackstone e Pressman, 2016; Davidoff, 2018; Gormley e Light, 2019; Handberg e Voss, 2018b; McNaughton e Editor, 2021; Pina et al., 2020; Stans et al., 2018; Vessoyan et al., 2018; Von Tetzchner e Martinsen, 2000).

**Questão 4 - De acordo com a informação recolhida nas fases anteriores qual o material facilitador da comunicação no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrico a construir?**

De acordo com os resultados recolhidos, qualquer um dos facilitadores comunicativos identificados anteriormente seria pertinente construir para auxiliar os profissionais neste contexto. Contudo, devido à limitação de tempo, decidiu-se realizar a construção de uma “Prancha de Comunicação”, uma vez que, é exequível dar resposta a diversas necessidades através da mesma. Desta forma está estruturada para possibilitar apoiar a comunicação, para o profissional recolher informação, perceber a sintomatologia da criança e poder informar/antecipar procedimentos. Salientando a extrema importância de nela estar incluída uma “Escala de quantificação e localização da dor”, material tão enfatizado pelos profissionais como uma mais valia para estes contextos, assim como é referido na própria literatura. O mesmo se verifica com a construção do “Cartão de Identificação Pediátrico”, que engloba igualmente uma “Escala de dor” e apoia a comunicação entre as vítimas pediátricas e os socorristas, indo ao encontro das situações sentidas como mais desafiadoras pelos profissionais (crianças com NE e/ou estrangeiras). Estando estes materiais por isso disponíveis em português e inglês (Klein e Joy, 2020; Pelosi e Nascimento, 2018).

Ao longo da execução desta investigação surgiram diferentes limitações/constrangimentos, que influenciaram os seus resultados e, por consequência, o seu desenrolamento. Estes constrangimentos dizem essencialmente respeito a questões de tempo para a realização da investigação, assim como aos participantes selecionados. Seria expectável poder testar o material facilitador construído, assim como fornecer formação na área da comunicação pediátrica e suas especificidades aos profissionais do INEM, e poder compreender através da realização de um estudo piloto, o efeito destas ações. Contudo, o mesmo não foi possível devido aos profissionais em questão, pertencerem aos profissionais de primeira linha no combate à COVID-19, pelo que alguns procedimentos planeados foram adiados, não permitindo a concretização destes últimos. Para além dessa situação, a amostra dos participantes que participaram no estudo, não engloba todos os profissionais que podem estar em contacto direto com as vítimas pediátricas, sendo o caso dos médicos. Como na maioria destes, a entidade patronal são os hospitais e não o INEM, por razões de tempo na resposta à solicitação de autorização dos profissionais para colaborar no estudo, não foi incluída esta área.

Ao longo de todo este processo houve uma reflexão sobre os resultados quantitativos e qualitativos obtidos, tendo-se conseguido atingir a finalidade desta investigação, ou seja, compreender os procedimentos em profundidade deste contexto e entender os materiais facilitadores da comunicação mais ajustados para o atendimento pediátrico, concedendo a voz aos diferentes profissionais do INEM.

Desta forma, tem-se a intenção de disponibilizar o Cartão de Identificação Pediátrico livremente através do site do INEM (ficando disponível no idioma português e inglês). Quanto às Pranchas Comunicativas (incluindo a Prancha de Avaliação e Localização da Dor), é propósito serem fornecidas ao INEM de modo a poderem ser utilizadas pelos seus profissionais neste contexto.

Nesse sentido, para além do contributo fornecido com a criação dos materiais facilitadores da comunicação, considera-se que esta investigação recolheu informação válida e robusta, com uma participação importante dos profissionais que se encontram no terreno e permitem com maior confiança identificar outras necessidades/ materiais facilitadores que poderão ser implementadas/construídos no futuro, considerando a especificidade deste contexto, tais como:

- Necessidade de existência de um material/brinquedo infantil apelativo;
- Adaptação do Manual Multilíngue para a população pediátrica;
- Existência de uma aplicação/programa no iTEAMS;
- Checklist com Parâmetros Comunicativos a ter em conta;
- Escala para av. emoções;
- Necessidade da construção de um Guião Orientador da Comunicação;
- Material facilitador e adaptado para a LGP;
- Fornecer formação na área da comunicação pediátrica e suas especificidades aos profissionais, de forma mais aprofundada e detalhada, abordando principalmente os casos mais desafiantes (crianças estrangeiras e com NE).

Como investigações futuras sugere-se um (1) estudo piloto para testar a eficácia dos materiais desenvolvidos e (2) um estudo que englobe a criação do Guião Orientador da Comunicação, com intuito de testar a sua eficácia neste contexto.

A título de conclusão importa referir que a elaboração desta investigação foi bastante desafiante para a investigadora, apesar de ter ficado muito agradada com o seu desfecho, pois foi possível ter experiências únicas e aumentar os seus conhecimentos numa área que lhe é muito especial e tão querida, a área da emergência médica pré-hospitalar. Desde há muito que ambicionava poder contribuir com uma participação importante na área da emergência pré-hospitalar pediátrica no INEM, pelo que se considera que valeu a pena a luta ao longo destes vários anos para ter conseguido chegar até aqui!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, I., Maia, F. e Meneses, R. (2019). Intervenção com comunicação aumentativa e alternativa na multideficiência e surdocegueira: revisão sistemática, *Distúrbios da Comunicação*, 31, pp. 394-410.
- Ahmed, H. (2020). Role of verbal and non-verbal communication of health care providers in general satisfaction with birth care: a cross-sectional study in government health settings of Erbil City, *Reproductive Health*, 17, pp.35.
- Alcântara, P. *et alli*. (2016). Efeito da interação com palhaços nos sinais vitais e na comunicação não verbal de crianças hospitalizadas. *Rev. Paul. Pediatr*, 34, pp. 432-438.
- Alex, S.M. (2020). Creating connections with people who are nonverbal. *Lead Live*.
- Altschuler, T. (2021). COVID-19 Escalates Patients' Need for Communication Aid. *Lead Live*.
- Amorim, R. (2011). Avaliação da criança com alteração da linguagem. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20, pp.174-176.
- Andrade, A., Couto, L. e Teodoro, M. (2018). A comunicação de equipe de saúde no tratamento de crianças que requerem cuidados especializados: uma revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, 11, pp.361-372.
- Araújo, M., Silva, M. e Puggina, A. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Rev. Esc. Enferm.*, 41, pp. 419-425.
- ASHA (2022). American Speech-Language-Hearing Association. [Em linha]. Disponível em < <https://www.asha.org/>> [Consultado em 08.04.22].
- ASHA (2022a). Distúrbios do som da fala: articulação e fonologia. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/articulation-and-phonology/>> [Consultado em 08.04.22].
- ASHA (2022b). Distúrbio de Comunicação Social. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/social-communication-disorder/>> [Consultado em 08.04.22].

- ASHA (2022c). Emergência tardia da linguagem. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/late-language-emergence/>> [Consultado em 08.04.22].
- ASHA (2022d). Distúrbios da Fluência. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/>> [Consultado em 08.04.22].
- ASHA (2022e). Distúrbios da voz. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/voice-disorders/>> [Consultado em 08.04.22].
- ASHA (2022f). Distúrbios da Linguagem Falada. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/spoken-language-disorders/>> [Consultado em 08.04.22].
- ASHA (2022g). Comunicação Aumentativa e Alternativa. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/>> [Consultado em 08.04.22].
- ASHA (1993). Definitions of Communication Disorders and Variations. [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/policy/rp1993-00208/>> [Consultado em 14.05.22].
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa, ed. Edições.
- Bartlett, G. *et alli*. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 178, pp.1555-1562.
- Bell, J. e Condren, M. (2016). Communication Strategies for Empowering and Protecting Children. *Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 21, pp.176-184.
- Benson, B.J. (2014). Domain of Competence: Interpersonal and Communication Skills. *Academic Pediatrics*, 14, pp.55-65.
- Beukelman, D. e Light, J. (2020). *Augmentative and alternative communication*. Baltimore, Maryland, Ed. Paul H Brookes.
- Beukelman, D. e Mirenda, P. (2013). *Augmentative & Alternative Communication - Supporting Children & Adults with Complex Communication Needs*. Baltimore, Maryland, Ed. Paul H Brookes.

- Blackstone, S. (2015). Issues and Challenges in Advancing Effective Patient-Provider Communication. *In: Blackstone, S., Beukelman, D. e Yorkston, K. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp. 9-35.
- Blackstone, S., Beukelman, D. e Yorkston, K. (2015a). *Patient - Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing.
- Blackstone, S., Beukelman, D. e Yorkston, K. (2015b). Making it happen: moving toward full implementation. *In: Blackstone, S., Beukelman, D. e Yorkston, K. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp. 303-320.
- Blackstone, S. e Kalies, J. (2015). Integrating Emergency and Disaster Resilience Into Your Everyday Practice. *In: Blackstone, S., Beukelman, D. e Yorkston, K. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp. 103-138.
- Blackstone, S., *et alli*. (2011). Converging Communication Vulnerabilities in Health Care: An Emerging Role for Speech-Language Pathologists and Audiologists. *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse*, 18, pp.3-11.
- Blackstone, S. (2018). What Does the Patient Want?, *The ASHA Leader*, 21(3), pp. 38-44.
- Blackstone, S., Pressman, H. (2016). Patient Communication in Health Care Settings: new Opportunities for Augmentative and Alternative Communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 32, pp.69-79.
- Boone, D., McFarlane, S. e Von Berg, S. (2010). *The Voice and voice therapy*. Boston, Allyn & Bacon.
- Bornman, J. e Tönsing, K. (2019). Augmentative and alternative Communication. *In: Landsberg, E., Kruger, D. e Swart, E. (Ed). Addressing barriers to learning: A South African perspective*, pp. 215-239.
- Brinkmann, S. e Kvale, S. (2014). *InterViews Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Burns, M., *et alli*. (2015). Asking the Stakeholders: Perspectives of Individuals With Aphasia, Their Family Members, and Physicians Regarding Communication in

- Medical Interactions. *American Journal of Speech Language Pathology*, 24, pp.341-357.
- Burns, M., Baylor, C. e Yorkston, K. (2018). Words of Preparation for Patients, *The ASHA Leader*, 21(3), pp.52-56.
- Center for Health Care Strategies (2013). Improving Oral Communication to Promote Health Literacy. [Em linha]. Disponível em <[https://www.chcs.org/media/Improving\\_Oral\\_Communication.pdf](https://www.chcs.org/media/Improving_Oral_Communication.pdf)> [Consultado em 14.05.22].
- Chandrika, D., *et alli.* (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 9(2), pp.60-67.
- Cintra, D., Dias, P. e Cunha, M. (2022). Comunicação de más notícias em emergências pediátricas: experiências dos profissionais no contexto pré-hospitalar. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36.
- Collier, B. (2006). The United Nations Convention on the Rights of Persons with disabilities, *Augmentative Communication News*, 20(3), pp.4-7.
- Costa, T., Morais, A. (2017). Artigo original a hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas, *Revista de Enfermagem*, 11(1), pp.358-367.
- Costello, J., Santiago, R. e Blackstone, S. (2015). Pediatric Acute and Intensive Care in Hospitals. In: Blackstone, S., Beukelman, D. e Yorkston, K. *Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp. 187-224.
- Couët, N. *et alli.* (2015). Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument, *Health Expectations*, 18, pp.542-561.
- Coutinho, C. (2015). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra, Ed. Almedina.
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade, *Educação Unisinos*, 12(1), pp.5-15.
- Cruz, C. e Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES 3, *Diagn Tratamento*, 21(3), pp. 106-8.

- Davidoff, B. (2018). AAC With Energy-Earlier, *The ASHA Leader*, 22(1), pp. 48-53.
- American Speech-Language-Hearing Association (1993). Definitions of Communication Disorders and Variations- [Em linha]. Disponível em <<https://www.asha.org/policy/rp1993-00208/>> [Consultado em 31.08.21].
- Dietz, A., *et alli.* (2012). AAC assessment and clinical-decision making: the impact of experience. *Augmentative and Alternative Communication*, 28, pp.148-159.
- Dingley, C., *et alli.* (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In: Henriksen, K., Battles, J.B., Keyes, M.A., Grady, M.L. (Ed.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, pp.1-25.
- Diogo, P., *et alli.* (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional / The Fears of Children in Pediatric Emergency Context: Nurse as Emotional Manager. *Pensar Enfermagem*, 20(2), pp.20-47.
- Diogo, P., *et alli.* (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, pp.43-41.
- Donaldson, A., Endeavor, C. e McCoy, J. (2021). “Everyone Deserves AAC”: Preliminary Study of the Experiences of Speaking Autistic Adults Who Use Augmentative and Alternative Communication. *Language Learning and Education*, 6 (2), pp.315-326.
- Dorsey, B., *et alli.* (2022). Communication Gaps Between Providers and Caregivers of Patients in a Pediatric Emergency Department, *Journal of Patient Experience*, 9, pp. 1-6.
- Downey, D. e Happ, M. (2013). The Need for Nurse Training to Promote Improved Patient-Provider Communication for Patients With Complex Communication Needs. *Perspect. Augmentative and Alternative Communication*, 22(2), pp.112-119.
- Duarte, R. (2022). Uso e conhecimento da comunicação aumentativa e alternativa. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 5, pp. 92-107.
- Elwyn, G., *et alli.* (2005). The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks, *Health Expectations*, 8(1), pp.34-42.

- Engelke, Z. (2016). Patient Education: Caring for Patients with Low Health Literacy, *Nursing Practice & Skill*, 65(4).
- Esteves, M. (2006). Análise de Conteúdo. In: Lima, Á., e Pacheco, J. (Ed.). *Fazer Investigação - Contributos Para a Elaboração de Dissertação e Teses*. Porto, Porto Editora, pp.105-126.
- Finke, E., Light, J. e Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication, *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), pp.2102-2115.
- Franco, E. (2015). Intervention in aphasia using the augmentative and alternative communication, *Revista CEFAC*, 17, pp.956-964.
- Gallegos, A., Prasad, V. e Lowe, C. (2018). Pediatric emergency transport: communication and coordination are key to improving outcomes, *Pediatric Emergency Medicine Practice*, 15, pp.1-20.
- Gesser, A., Santos, M., Gambetta, M. (2021). Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias / Spikes: a protocol for communicating bad news, *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, 7(11), pp.103334-103345.
- Gormley, J. e Light, J. (2019). Providing services to individuals with complex communication needs in the inpatient rehabilitation setting: The experiences and perspectives of speech-language pathologists, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28, pp.456-468.
- Greenhouse Publications. (2022). Greenhouse Publications. [Em linha]. Disponível em <<https://www.greenhousepub.com/fireco.html>> [Consultado em 20.08.22]
- Handberg, C. e Voss, A. (2018a). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals, *Journal of Clinical Nursing*, 27, pp.102-114.
- Hemsley, B. e Balandin, S. (2014). A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: informing new translational research, *Augmentative and Alternative Communication*, 30, pp.329-343.

- Hemsley, B. e Balandin, S. (2004). Without AAC: The Stories of Unpaid Carers of Adults with Cerebral Palsy and Complex Communication Needs in Hospital. *Augmentative and Alternative Communication*, 20, pp.243-258.
- Hemsley, B., *et alli*. (2013). Parents and children with cerebral palsy discuss communication needs in hospital, *Developmental Neurorehabilitation*, 16, pp.363-374.
- Hunter-Adams, J., Rother, H. (2017). A Qualitative study of language barriers between South African health care providers and cross-border migrants, *BMC Health Services Research*, 17.
- Hurtig, R., Alper, R. e Berkowitz, B. (2018). The Cost of Not Addressing the Communication Barriers Faced by Hospitalized Patients, *Perspect ASHA Spec Interest Groups*, 3(12), pp.99-112.
- Hurtig, R., *et alli*. (2019). Improving Patient Safety and Patient-Provider Communication, *Perspect ASHA Spec Interest Groups*, 4(5), pp.1017-1027.
- U.S: Department of Justice (2003). ADA Business Brief: Communicating with People Who Are Deaf or Hard of Hearing in Hospital Settings. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ada.gov/hospcombr.htm>> [Consultado em 06.03.21].
- INEM. [Em linha]. Disponível em <<https://www.inem.pt/>>. [Consultado em 06.04.22].
- INEM. (2017). Áreas de Atuação. [Em linha]. Disponível em <<https://www.inem.pt/2017/06/09/areas-de-intervencao/>> [Consultado em 19.08.22].
- INEM. (2013). *SIEM-Sistema Integrado de Emergência Médica*, Ed. INEM.
- Johnson, S., *et alli*. (2014). AAC Strategies for Individuals with Moderate to Severe Disabilities, *Education and Treatment of Children*, 37, pp.168-172.
- Ju, X., Yang, X. e Liu, X. (2021). A systematic review on voiceless patients' willingness to adopt high-technology augmentative and alternative communication in intensive care units, *Intensive and Critical Care Nursing*, 63.
- Kennedy, P. (2015). Advocacy for People with Speech Disabilities: Emergency Preparedness Resources, *Therapy Times*, 14, pp.15.

- Khan, A., *et alli.* (2018). Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study, *The BMJ*, 363.
- Klein, A. e Joy, R. (2020). Communication Board for Autism and Other Conditions [Em Linha]. Disponível em <<https://www.healthline.com/health/communication-board>> [Consultado em 08.12.22].
- Kristensen, L., *et alli.* (2018). Maintaining tools and approaches in communication with patients with aphasia? - Perceptions of staff in a multidisciplinary, sub-acute setting two years after, *Aphasiology*, 32, pp.81-82.
- Kuyler, A., Johnson, E. (2021). Patient and nurse content preferences for a communication board to facilitate dialogue in the intensive care unit, *Intensive and Critical Care Nursing*, 63.
- Lawrence, L. (2018). Tapping Into the 'Augmentative' of AAC, *The ASHA Leader*, 22(2).
- Léssard-Hebert, M., Goyette, G., Boutin, G. (2013). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Levinson, W., *et alli.* (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons, *JAMA*, 277(7), pp.553-559.
- Light, J., *et alli.* (1998). Augmentative and alternative communication to support receptive and expressive communication for people with autism, *Journal of Communication Disorders*, 31(2), pp.153-180.
- Lima, J. (2013). Por uma Análise de Conteúdo Mais Fiável, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), pp.7-29.
- Lund, S.K., *et alli.* (2017). Assessment With Children Who Need Augmentative and Alternative Communication (AAC): Clinical Decisions of AAC Specialists, *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 48, pp.56-68.
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45, pp.23-34.
- Matos, F. (2021). Modelo de melhoria no processo de comunicação em uma Instituição Federal de Ensino, *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 3, pp.22-51.

Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica

- McNaughton, D., Editor, G. e Phillips, C. (2021). *Assistive Technology Outcomes and Benefits*, Assistive Technology Industry Association.
- Mendes, R., Miskulin, R. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia, *Cadernos de Pesquisa*, 47, pp.1044-1066.
- Mesko, P., *et alli*. (2011). Use of picture communication aids to assess pain location in pediatric postoperative patients, *Journal of Perianesthesia Nursing*, 26, pp.395-404.
- Miranda, V., *et alli*. (2021). Comunicação Aumentativa e Alternativa e Habilidades de Linguagem de Crianças com Paralisia Cerebral: uma Revisão Sistemática, *Revista Brasileira de Educação Especial*, 27.
- Molina, R. (2007). Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar, *Escola Anna Nery*, 11 (3), pp.437-444.
- Morgado, J. (2012). *O estudo de caso na investigação em educação*. Santo Tirso, De Facto Editores.
- Morris, M., Dudgeon, B. e Yorkston, K. (2013). A qualitative study of adult AAC users' experiences communicating with medical providers. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8, pp.472-481.
- Naughton, C. A. (2018). Patient-Centered Communication, *Pharmacy*, 6(1).
- NHS Foundation Trust. (2022). Communication Passport Accident and Emergency. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.jik.com/CommunicationPassport-Accident-Emergency.pdf>> [Consultado 20.08.22].
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. e Kindig, D. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC, National Academies Press.
- O'gara, P. e Fairhurst, W. (2004). Therapeutic communication part 2: strategies that can enhance the quality of the emergency care consultation, *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), pp. 201-207.
- Ogbogu, P., *et alli*. (2022). Methods for Cross-Cultural Communication in Clinic Encounters, *The Journal of Allergy Clinical Immunology*, 10, pp. 893-900.

- O'Neill, T. e Wilkinson, K. (2020). Preliminary Investigation of the Perspectives of Parents of Children With Cerebral Palsy on the Supports, Challenges, and Realities of Integrating Augmentative and Alternative Communication Into Everyday Life, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29, pp.238-254.
- Oslund, M. (2017). Tips to Better Communicate With Patients. [Em Linha]. Disponível em <<https://leader.pubs.asha.org/doi/10.1044/tips-to-better-communicate-with-patients/full/>> [Consultado 12.05.22].
- Pelosi, M. e Nascimento, J. (2018). Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais/Use of alternative communication resources for hospital intervention: perception of patients and occupational therapists, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, pp.53-61.
- Pina, S., *et alli.* (2020). Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5).
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- Rao, P. (2018). Our Role in Effective Patient-Provider Communication, *The ASHA Leader*, 16(13), pp.17.
- Ribeiro, D., *et alli.* (2019). Atendimento de enfermagem na área de urgência e emergência pediátrica, *Revista Artigos*, 10.
- Santos, M., *et alli.* (2020). Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29 (2).
- Silva, E., *et alli.* (2018). Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa, *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 14(28), pp.1-12.
- Silva, C., *et alli.* (2017). Characterization of the communication resources used by patients in palliative care - an integrative review, *Revista CEFAC*, 19, pp. 879-888.
- Souza, G., *et alli.* (2018). Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 28(3).

- SPTF (2022). Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala [Em linha]. Disponível em <<https://sptf.org.pt/quem-somos/>> [Consultado em 08.04.22].
- Stans, S., *et alli.* (2018). Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study, *Health Expectations*, 21, pp- 848-857.
- Stock, A., Hill, A. e Babl, F. (2012). Practical communication guide for paediatric procedures, *Emergency Medicine Australasia*, 24, pp.641-646.
- Tantacharoenrat, C., *et alli.* (2018). Use of a User-Friendly Tablet Application to Communicate with Pediatric Patients on Mechanical Ventilators, *Aquichan*, 18(3), pp.275-286.
- The Joint Comission (2022). Metas Nacionais de Segurança do Paciente | A Comissão Conjunta [Em Linha]. Disponível em <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/> [Consultado em 03.04.22].
- Thunberg, G., Buchholz, M. e Nilsson, S. (2016). Strategies that assist children with communicative disability during hospital stay: Parents' perceptions and ideas, *Journal of Child Health Care*, 20, pp.224-233.
- Thunberg, G., *et alli.* (2022). Being heard - Supporting person-centred communication in paediatric care using augmentative and alternative communication as universal design: a position paper, *Nursing Inquiry*, 29(2).
- Tomás, S. (2017). *A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Topia, M. e Hocking, C. (2012). Enabling Development and Participation through Early Provision of Augmentative and Alternative Communication, *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), pp.24-30.
- Turner, J., *et alli.* (2016). Medical student use of communication elements and association with patient satisfaction: a prospective observational pilot study, *BMC Medical Education*, 16, p.150.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In: Silva, A.; e Pinto, J. *Metodologias Das Ciências Sociais*, 8ª edição. Porto, Afrontamento, pp.101-127.

- Valente, M., *et alli.* (2012a). Normas, emergências pediátricas e obstétricas - Manual TAS. [Em Linha]. Disponível em <<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emerg%C3%A2ncias-Pedi%C3%A1tricas-e-Obst%C3%A9tricas.pdf>> [Consultado em 18.05.22].
- Valente, M., *et ali.* (2012b). Abordagem à vítima: Manual TAS/TAT. [Em Linha]. Disponível em <<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>> [Consultado em 18.05.22].
- Vessoayan, K., *et alli.* (2018). Using eye-tracking technology for communication in Rett syndrome: perceptions of impact, *Augmentative and Alternative Communication*, 34, pp.230-241.
- Vieira, K., *et alli.* (2020). Cuidados cotidianos de urgência e emergência em comunidade rural, *Research Society and Development*, 9(9), pp. 1-17.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação, o processo de construção do Conhecimento*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Von Tetzchner, S. e Martinsen, H. (2000). *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa*. Porto, Porto Editora.
- Wang, Y., *et alli.* (2022). The Effects of Physicians' Communication and Empathy Ability on Physician–Patient Relationship from Physicians' and Patients' Perspectives, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, pp.1-12.
- Wanzer, M., Booth-Butterfield, M. e Gruber, K. (2004). Perceptions of Health Care Providers' Communication: Relationships Between Patient-Centered Communication and Satisfaction, *Health Communication*, 16, pp.363-384.
- Waters, A. e Asbill, L. (2013). Reflections on cultural humility – Given the complexity of multiculturalism, it is beneficial to understand cultural competency as a process rather than an end product. [Em Linha]. Disponível em <https://www.apa.org/pi/families/resources/newsletter/2013/08/cultural-humility> [Consultado em 09.05.22].
- WidgitHealth (2022). WidgitHealth. [Em Linha]. Disponível em <<https://widgit-health.com/products/index.htm>> [Consultado em 20.08.22].

- Yorkston, K., *et alli.* (2015a). Medical Education: Preparing Professionals to Enhance Communication Access in Health Care Settings. *In: Blackstone, S., Beukelman, D., Yorkston, K. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals.* San Diego, Plural Publishing, pp.37-71.
- Yorkston, K., *et alli.* (2015b). Enhancing Communication in Outpatient Medical Clinic Visits. *In: Blackstone, S., Beukelman, D., Yorkston, K. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals.* San Diego, Plural Publishing, pp.73-101.
- Yorkston, K., Baylor, C. e Burns, M. (2018). Simulating Patient Communication Strategies, *The ASHA Leader*, 21(3).
- Yuksel, C. e Unver, V. (2016). Use of Simulated Patient Method to Teach Communication With Deaf Patients in the Emergency Department, *Clinical Simulation in Nursing*, 12, pp.281-289.