

Stefanie Azeredo Tomás

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

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2022

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

Stefanie Azeredo Tomás

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

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2022

©2022
Stefanie Azeredo Tomás
“TODOS OS DIREITOS RESERVADOS”

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 Doutora em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, sob orientação da Prof.^a Doutora Fátima Maia e coorientação da Prof.^a Doutora Maria da Conceição Manso.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A.....	3
Questionário online I	3
ANEXO B.....	12
Guião de Entrevista Semiestruturado	12
ANEXO C.....	18
Grelha de Registo (estágio de observação) [frente e verso]	18
ANEXO D	20
Pré-teste do Questionário online I	20
ANEXO E.....	23
Solicitação de autorização da realização do estudo ao INEM.....	23
ANEXO F.....	28
Consentimento informado dirigido aos profissionais do INEM.....	28
ANEXO G	30
Autorização do INEM para realização do estudo	30
ANEXO H	32
Solicitação da realização de Entrevistas Online semiestruturadas e Estágio de Obervação	32
ANEXO I.....	36
Informação enviada ao elemento do INEM indicado para acompanhar o decurso da investigação (Fase II).....	36
ANEXO J.....	39
Declaração de realização do Estágio de Observação.....	39

ANEXO K	41
Documento externo emitido pelo Departamento de Proteção de dados do INEM.....	41
ANEXO L.....	46
Pré-Teste do Guião de Entrevista	46
ANEXO M.....	53
Resposta da CE para a Fase I.....	53
ANEXO N	55
Resposta da CE para a Fase II	55
ANEXO O	57
Grelha Final do Processo de Codificação.....	57
ANEXO P.....	108
Pranchas de Comunicação	108
ANEXO Q	116
Cartão de Identificação Pediátrico [frente e verso - desdobrável].....	116
ANEXO R.....	121
Autorização ARASAAC.....	121
ANEXO S.....	126
Instruções de apoio ao uso dos materiais facilitadores: Pranchas de Comunicação	126
ANEXO T.....	133
Instruções de apoio ao uso dos materiais facilitadores: Cartão de Identificação Pediátrico	133
ANEXO U	136
Grelha de apreciação dos Materiais Facilitadores	136

ANEXO A

Questionário online I

"Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica"

O meu nome é Stefanie Azeredo Tomás e sou aluna do Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem na Universidade Fernando Pessoa no Porto. Após conclusão da minha dissertação de mestrado intitulada "A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)" realizada em conjunto com o vosso Instituto, encontro-me a realizar a tese de Doutoramento, sob orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Maria da Conceição Manso. Atualmente a eficácia da comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde é cada vez mais realçada e discutida, não só pela importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente, como pelo facto de aumentar a qualidade geral do atendimento.

Pretende-se com esta investigação, contribuir para a melhoria do processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde à população pediátrica, mais concretamente no âmbito da emergência pediátrica. Por esse motivo, solicita-se a colaboração no preenchimento do presente questionário no sentido de confirmar e reforçar as necessidades previamente identificadas pelos profissionais do INEM (o desenvolvimento desta investigação está delineado para responder às mesmas).

Ao iniciar o preenchimento do questionário está a dar assentimento para participar nesta investigação. O seu anonimato é garantido, bem como a confidencialidade das suas respostas.

AGRADEÇO

Para qualquer informação pode contactar-me pelo 18274@ufp.edu.pt ou através do nr. de telemóvel 967 385 502 (de preferência utilizando um nr. não identificado para manter o anonimato).

*Obrigatório

1. 1. Idade *

25/04/2021

"Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica"

2. 2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

(0) Feminino

(1) Masculino

Formação profissional

3. 3. Habilitações literárias (pode assinalar várias opções) *

Marcar tudo o que for aplicável.

(1) 12º ano

(2) Bacharelato

(3) Licenciatura

(4) Pós-graduação

(5) Mestrado

(6) Doutoramento

Outra: _____

4. 3.1. Especifique a(s) área (s) de formação (para cada resposta assinalada em cima) *

5. 4. Tem formação específica na área da comunicação relevante na sua prática profissional no INEM? *

Marcar apenas uma oval.

(0) Não

(1) Sim

25/04/2021

"Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica"

6. 4.1. Especifique onde obteve formação na área da comunicação: *

Pode assinalar várias opções

Marcar tudo o que for aplicável.

- (1) Formação base.
- (2) Formação fornecida pelo INEM.
- (3) Formação fornecida por outras entidades.
- (4) Não tenho formação na área da comunicação.

7. 4.2. Especifique a formação mencionada na questão anterior (para cada resposta acima assinalada, caso tenha respondido afirmativamente; caso a resposta tenha sido negativa passe para a questão seguinte):

8. 5. Em que medida considera necessário receber formação específica na área de comunicação em atendimento pediátrico? *

Marcar apenas uma oval.

- (1) Nada importante
- (2) Pouco importante
- (3) Moderadamente importante
- (4) Importante
- (5) Muito importante

Profissão

25/04/2021

"Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica"

9. 6. Profissão no INEM *

Marcar tudo o que for aplicável.

- (1) Enfermeiro
- (2) Psicólogo
- (3) Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

10. 7. Anos de experiência profissional no INEM: *

11. 8. Anos de experiência profissional noutros contextos: *

12. 9. Em que meio/s de emergência do INEM presta serviço? (Pode assinalar várias opções) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- (1) CODU
- (2) UMIPE
- (3) SIV
- (4) SHEM
- (5) SBV
- (6) VMER
- (7) TIP
- (8) MOTOCICLOS

Comunicação pediátrica

25/04/2021

"Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica"

13. 10. Para si, quais são as DIFICULDADES/DESAFIOS na comunicação com a(as) vítima(s) pediátrica(s)? (Pode assinalar várias opções) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- (1) Comunicação com a população pediátrica;
- (2) A dificuldade da criança se exprimir;
- (3) As crianças estarem assustadas, pela existência de maior agitação, por se tratar de um contexto de crise;
- (4) O elemento de referência da criança, na maioria das vezes, também estar assustado;
- (5) O facto dos profissionais serem pessoas estranhas à criança;
- (6) As crianças serem portadoras de patologia prévia à situação de emergência;
- (7) As crianças serem estrangeiras;
- (8) O atendimento a adolescentes (pelo facto de por vezes omitirem informações importantes para a conduta dos profissionais);

Outra: _____

14. 11. Para si, quais são as dificuldades/desafios de MAIOR SEVERIDADE na comunicação com a(as) vítima(as) pediátrica(as)? (Pode assinalar várias opções) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- (1) Comunicação com a população pediátrica;
- (2) Comunicação com crianças portadoras de patologia prévia à situação de emergência;
- (3) Comunicação com crianças estrangeiras;

Outra: _____

25/04/2021

"Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica"

15. 12. Para si, quais as necessidades MAIS PREMENTES que possam contribuir para melhorar a comunicação com a(as) vítima(as) pediátrica(as)? (Pode assinalar várias opções) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- (1) Material facilitador do processo de interação com a criança;
- (2) Material apelativo de fácil esterilização ou até descartável;
- (3) Adaptação do Manual Multilíngue à população pediátrica;
- (4) Formação específica na área pediátrica e suas especificidades;
- (5) Formação em Língua Gestual Portuguesa;
- (6) Existência de Guia orientador para os profissionais com estratégias e questões a ter em atenção na interação com a criança;

Outra: _____

25/04/2021

"Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica"

16. 13. Indique as ESTRATÉGIAS comunicativas que utiliza para facilitar a interação/comunicação com a(as) vítima(as) pediátrica(as)? (Pode assinalar várias opções) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- (0) NENHUMA
- (1) Recorrer ao elemento de referência da criança;
- (2) Tratar a criança pelo seu nome;
- (3) Criar empatia com a criança;
- (4) Colocar-se ao mesmo nível que a criança;
- (5) Adotar uma postura calma, serena e assertiva;
- (6) Ouvir a criança/mostrar disponibilidade;
- (7) Conversar com a criança durante a abordagem;
- (8) Adequar o discurso à criança (não infantilizar o discurso, não usar termos técnicos,...);
- (9) Respeitar o silêncio, dar tempo à criança;
- (10) Valorizar a comunicação não verbal (postura, gestos, apontar, desenho,...);
- (11) Não mentir à criança;
- (12) Esclarecer os procedimentos à criança para diminuir o efeito do desconhecido;
- (13) Confirmar se a criança está a perceber o que lhe é transmitido;
- (14) Integrar a criança na intervenção, fazendo com que se sinta parte ativa nos procedimentos;
- (15) Demonstrar ações nos profissionais e só depois propor aplicá-las nas crianças;
- (16) Colocar algumas questões para a criança decidir;
- (17) Usar estímulos auditivos e visuais para captar a atenção e em simultâneo distrair a criança;
- (18) Brincar com a criança/seguir o seu interesse;
- (19) Usar o telemóvel, Tablet e internet;
- (20) Usar material apelativo;

Outra: _____

25/04/2021

"Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica"

17. 14. Em que medida considera importante a existência de MATERIAL FÍSICO facilitador da interação/comunicação com a criança para a sua prática profissional? *

Marcar apenas uma oval.

- (1) Nada importante
- (2) Pouco importante
- (3) Moderadamente importante
- (4) Importante
- (5) Muito importante

18. 15. Sugestões: *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO B

Guião de Entrevista Semiestruturado

OBJETIVO: Efetuar uma caracterização de como ocorre o processo comunicativo neste tipo de atendimento, com elevado grau de profundidade.

TEMA: “Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica”.

Caracterização sociodemográfica do entrevistado

- Formação na área da comunicação pediátrica e suas especificidades
- Profissão no INEM
- Anos de experiência no INEM
- Meio/s de emergência/s onde presta serviço/s

UNIDADES DE ANÁLISE:

1. No **primeiro passo** do atendimento pediátrico (PREPARAÇÃO A CAMINHO DO LOCAL), quais são os procedimentos que costuma adotar? O que acontece?

[Antecipar: a abordagem à situação; o equipamento pediátrico necessário e av. física adaptada à idade da criança com a informação que é previamente enviada aos profissionais]

[Qual o vocabulário que vai ser utilizado (compreensão e expressão); O que poderia ser importante, para o poder auxiliar a vossa conduta, na antecipação da abordagem? Acha que poderia ser importante uma checklist com parâmetros comunicativos a ter em conta de acordo com a idade e/ou motivo de ocorrência (de modo a facilitar a abordagem da situação)? Outro tipo de material facilitador? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]

2. No **segundo passo** do atendimento pediátrico (AVALIAÇÃO DO LOCAL E SITUAÇÃO), como é efetuada essa avaliação?

[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); O que tem em conta para avaliar a interação entre família/criança ou cuidador/criança? Acha que haveria necessidade de algum material adicional para auxiliar a sua conduta nesta fase? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]

3. No **terceiro passo** do atendimento pediátrico (AVALIAÇÃO GERAL USANDO O TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICO (TAP)), como se desenvolve esta fase?

[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); Acha que haveria necessidade de algum material adicional para auxiliar a sua conduta nesta fase? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]

4. Durante o **exame primário** (também conhecido por ABCDE), pretende-se a avaliação dos seguintes componentes (via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição). Nesse sentido, como efetua a abordagem à criança em cada passo mencionado anteriormente?

[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); Acha que haveria necessidade de algum material adicional para auxiliar a sua conduta nesta fase? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?; Ainda durante o exame primário, na avaliação da disfunção neurológica, especificamente na **avaliação da dor** nas crianças, como procede? [Utiliza a escala de “faces”?

Se sim, em que idades e com que frequência? Acha que seria importante a sua adaptação para a população pediátrica com recurso a imagens infantis? Acha que seria necessário mais material apelativo para o auxiliar neste momento? Se sim, consegue dar exemplos?]

5. Durante o exame **secundário** (recolha de informação (CHAMU) + Observação sistematizada (exame feito da cabeça aos pés) + Sinais vitais), o objetivo é identificar as situações que não colocam a vida da vítima em perigo imediato, mas que se não forem corrigidas poderão agravar a situação. Nesse sentido, como efetua a abordagem à criança em cada passo deste exame? (CHAMU – C-circunstâncias do acidente; H-História anterior de doenças da vítima; A-alergias; M-medicação habitual; U-última refeição).
[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); Acha que haveria necessidade de algum material adicional para auxiliar a sua conduta nesta fase? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]
6. Durante o estabelecimento de **empatia** com a criança (para que a criança permita efetuar todas as avaliações necessárias e colaborar em todos os procedimentos necessários), o que faz e como faz para ganhar a sua confiança?
[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); acha que seria facilitador algum tipo de brinquedo (que até possa ser descartável), ou outro tipo de material para facilitar a aproximação? Se sim, qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]
7. Já teve experiência em atendimentos a vítimas pediátricas **estrangeiras**? Se sim, com que frequência? Nestes casos tem algum cuidado em especial? Explique por favor. Caso não tenha tido experiência, explique como seria a sua abordagem.
[Usa o **Manual Multilingue**? Se sim, explique de que forma, em que idades e com que frequência; se não explique porquê. Acha que seria necessário adaptar/alterar o mesmo para se ajustar mais a este tipo de população? (através de imagens, vocabulário específico consoante circunstância, etc.). Se sim, que alterações considera que sejam importantes efetuar? Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão)?
8. Acha que seria importante uma escala (através de imagens) para **avaliar emoções** na criança (no sentido de perceber como é que a criança se está a sentir naquele momento)?

[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização? De que material seria e tamanho? Caso tenha respondido negativamente, justifique]

9. Já teve experiência em atendimentos a vítimas **pediátricas portadoras de deficiência**, prévia à situação de emergência? Se sim, com que frequência e que cuidado/s adicional/ais tem? Explique por favor. Caso não tenha tido experiência, explique como seria a sua abordagem.

[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização? Caso tenha respondido negativamente, justifique. Sente que seria importante material facilitador nestes casos de menor casuística? Ex. Guião orientador da comunicação mediante fases de atendimento e patologias. Dê exemplos.]

10. A **formação específica** na área da comunicação na criança e suas especificidades seria importante para a sua conduta profissional? Se sim, que conteúdos gostava que fossem abordados? Se não, justifique.

11. Para si, a **formação em Língua Gestual Portuguesa** seria benéfica na abordagem pediátrica? O que gostava que fosse abordado?

[Se sim, poder usufruir de material adaptado para facilitar a comunicação e interação seria uma mais valia? Tem ideia como? Que vocabulário (compreensivo e expressivo) a adicionar? Para que momento de abordagem específico seria útil? Se não, justifique]

12. Uma vez que o Tablet faz parte dos vossos materiais de trabalho, acha que poder ter uma **aplicação/programa** direcionado para a população pediátrica seria uma mais valia?

[Se sim, diga o que poderia ser vantajoso adicionar (para que fases de atendimento e circunstâncias); Se não, justifique].

13. Seria importante para si ter um **Guião Orientador da Comunicação**, para facilitar a comunicação e/ou interação com uma vítima pediátrica? (Consoante a idade, fases de atendimento e motivos de atendimento).

[O que acha que seria vantajoso realçar neste material de apoio? Qual o vocabulário que seria importante utilizar (compreensivo e expressivo)].

14. A criança (no geral), fazer-se acompanhar por um **Cartão de Identificação** (onde constasse informação como alergias, medicação, meio preferencial de comunicação, (...)), poderia tornar a ocorrência mais imediata? Faria sentido para si este tipo de material de apoio?

[Se sim, que informação seria útil para si conter. Caso a resposta seja negativa, justifique].

15. De acordo com a sua experiência, quando o atendimento é realizado a crianças, quais os **motivos mais frequentes** de ocorrência e com que frequência acontecem?

16. Identifica alguma fase do processo de atendimento pediátrico como mais desafiadora? Se sim qual, justifique por favor.

17. Em que zona geográfica costuma intervir? Acha que as características ambientais influenciam as características das suas funções? Se sim, de que forma, justifique por favor.

18. No âmbito deste tema, gostaria de acrescentar algo a esta entrevista?

OBRIGADA pela sua colaboração!

ANEXO C

Grelha de Registo (estágio de observação) [frente e verso]

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

GRANDELA de registo_ estágio observacional

- **Caracterização** da vítima pediátrica

Idade: _____ Sexo: _____

Diagnóstico clínico prévio (caso de aplicação): _____

Motivo da ocorrência/Principal queixa (+ presença de cuidadores /elementos de referência para a criança caso existente; referência ao seu estado (caso se justifique)):

PASSOS do atendimento pediátrico e ITENS importantes a ter em conta no processo comunicativo	Descrição dos procedimentos (Fases + vocabulário utilizado (expressivo + compreensivo))	Uso de material adicional [SIM/NÃO - QUAL/ OBJETIVOS e PROCEDIMENTOS]	Estratégias implementadas (de conduta comunicativa) + Frequência de utilização	Observações adicionais
1) Preparação a caminho do local [Antecipar: a abordagem à situação; o equipamento pediátrico necessário e av. física adaptada à idade da criança]				
2) Avaliação do local e situação [O que tem em conta para avaliar a interação entre família/criança ou cuidador/criança?]				
3) Avaliação geral usando o triângulo de avaliação pediátrico (TAP) - av. visual observação em 10/15 segundos - estado fisiológico da criança crítico ou não. Problema do foro: respiratório, circulatório ou neurológico.				

4) Exame primário (ABCDE) 4.1. Airway (Via aérea) 4.2. Breathing (Respiração) 4.3. Circulation (Circulação) 4.4. Disability (Disfunção Neurológica) - Avaliação da dor 4.5. Exposure (exposição)				
4) Exame secundário [Recolha de informação (CHAMU) + Observação sistematizada (exame feito da cabeça aos pés) + Sinais vitais]				
5) Estabelecimento de empatia com a criança				
6) Utilização do Manual Multilíngue				

Informações adicionais [contexto onde a criança se encontra quando recebe este serviço; indicação da gravidade clínica da situação da criança (dados fornecidos pela equipa do INEM); Características ambientais (ruído, luminosidade, quantidade de pessoas ao redor...)]:

ANEXO D

Pré-teste do Questionário online I

O meu nome é Stefanie Azeredo Tomás e sou aluna do **Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem** na Universidade Fernando Pessoa no Porto. Após conclusão da minha dissertação de mestrado intitulada “A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”, realizada em conjunto com o vosso Instituto, encontro-me a realizar a tese de Doutoramento, sob orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Maria da Conceição Manso.

Atualmente a eficácia da comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde é cada vez mais realçada e discutida, não só pela importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente, como pelo facto de aumentar a qualidade geral do atendimento.

Pretende-se, com esta investigação, **contribuir para a melhoria do processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde à população pediátrica**, mais concretamente no âmbito da emergência pediátrica. Por esse motivo, solicita-se a colaboração no preenchimento do presente questionário no sentido de confirmar e reforçar as **necessidades previamente identificadas pelos profissionais do INEM**. Para tal, elaborou-se um questionário online, no sentido de confirmar e reforçar essas mesmas necessidades, sendo que o desenvolvimento desta investigação está delineado para responder às mesmas.

Solicito o preenchimento do questionário online para **VALIDAÇÃO** antes da sua aplicação., segue o link:

[\[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdMNvUnxZ2z3C1d1ePRo1N2au6MWf9VujBUTocyU1rmQ_IB4w/viewform?usp=pp_url\]](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdMNvUnxZ2z3C1d1ePRo1N2au6MWf9VujBUTocyU1rmQ_IB4w/viewform?usp=pp_url) , e o preenchimento da seguinte tabela, com o objetivo de verificar se a construção geral do mesmo se encontra adequada. Após concluir o preenchimento da tabela, solicito o seu envio para o seguinte email: 18274@ufp.edu.pt.

ASSINALE com uma **CRUZ (x)** nas respostas de SIM/NÃO e **DESCREVA** na coluna das ALTERAÇÕES:

Questões	Compreendeu a questão que lhe foi colocada? [a questão é clara? Tem conceitos de difícil compreensão?]		A questão faz sentido ?		Se respondeu NÃO nas colunas anteriores, que alteração sugere?
	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 3	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 3.1	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 4	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 4.1	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 4.2	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 5	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 6	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 7	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 8	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 9	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 10	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 11	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 12	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 13	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 14	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 15	Sim	Não	Sim	Não	

Acha o **tamanho** do questionário adequado? _____

Tem alguma **sugestão** para acrescentar ao questionado? _____

GRATA, pela sua colaboração!

Stefanie Azeredo Tomás

ANEXO E

Solicitação de autorização da realização do estudo ao INEM

stefanietomas@hotmail.com

De: Stefanie Tomás <stefanietomas@hotmail.com>
Enviado: 20 de novembro de 2018 18:21
Para: luis.meira@inem.pt
Cc: Psicologa Sonia Inem
Assunto: Pedido de autorização para realização de tese de Doutoramento
Anexos: Pedido de autorização estudo - INEM_20_NOv_18 pdf.pdf

Importância: Alta

Ex.^{mo} Senhor Presidente, do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM),

Dr. Luís Meira

O meu nome é Stefanie Azeredo Tomás, sou Terapeuta da Fala desde 2011 e desde então tenho vindo a trabalhar com crianças com problemas de comunicação.

Neste momento, após conclusão da minha dissertação de mestrado intitulada “A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)” realizada em conjunto com o vosso instituto, encontro-me a realizar a tese de Doutoramento no âmbito do 3º ciclo de estudos em Desenvolvimento e Perturbações de Linguagem da Universidade Fernando Pessoa no Porto, sob orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Maria da Conceição Manso.

Desta forma solicito a autorização para realização da tese de Doutoramento que segue em anexo com a respectiva explicação.

Agradeço a atenção dispensada e encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Stefanie Azeredo Tomás
Terapeuta da Fala



Ex.^{mo} Senhor Presidente, do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM),

Dr. Luís Meira

O meu nome é Stefanie Azeredo Tomás, sou Terapeuta da Fala desde 2011 e desde então tenho vindo a trabalhar com crianças com problemas de comunicação.

Neste momento, após conclusão da minha dissertação de mestrado intitulada “A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)” realizada em conjunto com o vosso instituto, encontro-me a realizar a tese de Doutoramento no âmbito do 3º ciclo de estudos em Desenvolvimento e Perturbações de Linguagem da Universidade Fernando Pessoa no Porto, sob orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Maria da Conceição Manso.

Atualmente, a eficácia da comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde é cada vez mais realçada e discutida, não só pela importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente, como pelo facto de aumentar a qualidade geral do atendimento. Pretendo, com esta investigação, contribuir para a melhoria do processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde à população pediátrica, mais concretamente no âmbito da emergência pediátrica e, por esse motivo, volto a solicitar a colaboração do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com o intuito também de dar resposta às necessidades identificadas na minha dissertação de mestrado. Para tal, pretendo efetuar um estudo estruturado em três fases, as quais descreverei de seguida, de modo sucinto.

A primeira fase, é referente à recolha das perceções dos profissionais do INEM, no sentido de confirmar as necessidades previamente encontradas no âmbito da dissertação de mestrado, com uma amostra alargada a nível nacional. Os dados serão recolhidos através de um questionário, sendo a amostra constituída por profissionais do INEM que possam estar em contacto direto com as vítimas pediátricas.

A segunda fase englobará a adaptação do Manual Multilingue de adultos para a faixa etária pediátrica, a criação de material pediátrico facilitador na



interação/intervenção dos atendimentos do INEM e a elaboração de um guião pediátrico de conduta comunicativa para auxiliar os profissionais na intervenção com as vítimas.

Na terceira fase da investigação prevê-se o desenvolvimento de um estudo piloto com implementação de várias ações como: formação na área da comunicação pediátrica e suas especificidades; apresentação ao mesmo grupo de profissionais dos materiais (quer o adaptado, quer aqueles que tenham sido desenvolvidos), bem como do guião de conduta comunicativa; monitorização da aplicação das estratégias anteriormente mencionadas pelos profissionais do INEM, através do preenchimento de uma grelha de registo criada para o efeito e de questionários que permitirão comparar perceções de profissionais relativamente à implementação das medidas anteriormente mencionadas, considerando três momentos de avaliação: um anterior à implementação das medidas, um posterior e outro passado 6 meses, confirmatório dos resultados obtidos após a implementação.

A recolha dos dados em toda a investigação será precedida da devida autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde e posterior autorização por parte do INEM. Após vossa autorização, serão solicitadas as autorizações dos participantes, com garantia do anonimato dos mesmos e da confidencialidade dos dados ao longo de toda a investigação.

Os objetivos definidos para a metodologia de investigação deste projeto são:

1. Confirmar as necessidades previamente encontradas (no âmbito da dissertação de mestrado) com uma amostra mais alargada a nível nacional;
2. Fornecer formação na área da comunicação pediátrica e suas especificidades abordando conteúdos e estratégias comunicativas com os profissionais do INEM que possam estar em contacto direto com vítimas pediátricas (principalmente crianças com dificuldades comunicativas prévias à situação da ocorrência);
3. Adaptar material já existente nesta instituição para a população pediátrica, nomeadamente o Manual Multilingue do INEM, contribuindo para uma maior adequação da sua apresentação e do vocabulário para esta faixa etária (formato digital a usar nos *tablets* - material ao dispor de todos os profissionais no INEM);



4. Elaborar material apelativo para interagir/intervir com as crianças, no formato físico (que possa ser descartável) e interativo no formato digital (a ser usado nos *tablets* destes profissionais);
5. Criar um guião pediátrico de conduta comunicativa, onde possam constar estratégias específicas facilitadoras do comportamento a adotar por profissionais do INEM na prestação dos cuidados médicos à população pediátrica;
6. Avaliar a implementação das ações anteriormente descritas, na perceção dos profissionais do INEM;
7. Melhorar o processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde à população pediátrica, no âmbito do INEM.

Solicito a autorização para a recolha da informação aos diferentes profissionais do INEM a nível nacional (continente) a prestar serviço em diferentes meios de emergência médica, como enfermeiros, técnicos de ambulâncias de emergência (TAE's) e psicólogos. O objetivo será aplicar o estudo ao maior número possível de participantes em Portugal continental.

Caso este pedido seja deferido será enviado um questionário aos diferentes participantes, bem como um documento para formalizar o consentimento informado. Saliento ainda que será salvaguardado o anonimato dos participantes assim como da instituição onde estes prestam serviço. Acrescento também que, tal como aconteceu na realização da minha dissertação de mestrado, toda a documentação e fases do processo serão partilhadas e articuladas com o Vosso tutor institucional destacado para acompanhar o mesmo.

Agradeço a atenção dispensada e encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do meu contacto:

Telemóvel: 967 385 502

Endereço eletrónico: 18274@ufp.pt

Com os melhores cumprimentos,

Stefanie Azeredo Tomás

ANEXO F

Consentimento informado dirigido aos profissionais do INEM

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo
**“Utilização de Facilitadores Comunicativos no Atendimento de Emergência
Pediátrica”**

Eu, _____ abaixo-assinado (nome completo)

_____,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo que serei incluído. Foi-me dada a oportunidade de efetuar as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consisto em participar no estudo em causa.

Data: ____ / ____ / 20 ____

Assinatura do participante no projeto:

O investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

ANEXO G

Autorização do INEM para realização do estudo

08/09/2020

Email – Stefanie Tomás – Outlook

FW: Pedido de autorização para realização de tese de Doutoramento

Sonia Celeste Pereira da Cunha Campos <sonia.cunha@inem.pt>

Qua, 29/07/2020 14:46

Para: stefanietomas@hotmail.com <stefanietomas@hotmail.com>

Cara Stefanie Tomás,

Na expectativa de a encontrar bem.

Na sequência do cumprimento de todos os procedimentos solicitados pelo INEM, serve o presente para informar a **autorização de acesso a dados para efeitos de investigação, no âmbito do plano de estudos do Doutoramento.**

Mais reitero a disponibilidade para procedermos ao planeamento da implementação da recolha dos dados propostos.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Cunha

Psicóloga - Responsável do Centro de Apoio Psicológico e de Intervenção em Crise



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, I.P.

Delegação Regional do Norte

Rua Dr. Alfredo Magalhães, 62, 4000-063 Porto, PORTUGAL

TEL +351 22 206 50 00 | EXT 22114 | TLM +351 915 268 465

sonia.cunha@inem.pt | <http://www.inem.pt>

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



SNS +
PROXIMIDADE

Os primeiros passos
do SNS do futuro
www.sns.gov.pt

ANEXO H

Solicitação da realização de Entrevistas Online semiestruturadas e Estágio de Obervação

stefanietomas@hotmail.com

De: Stefanie Tomás <stefanietomas@hotmail.com>
Enviado: 14 de outubro de 2021 14:51
Para: INEM
Cc: Fatima Maia; Conceicao Manso
Assunto: Solicitação de Estágio de Observação
Anexos: Solicitação de Estágio de Observação_documentos.pdf

Importância: Alta

Exmº responsável pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM),

O meu nome é Stefanie Azeredo Tomás, sou Terapeuta da Fala desde 2011 e desde então tenho vindo a trabalhar com crianças com problemas de comunicação. Efetuei a minha dissertação de mestrado intitulada “A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)” em conjunto com a vossa instituição.

Neste momento, com o objetivo de dar continuidade ao estudo anterior e poder responder às necessidades identificadas no mesmo, encontro-me a realizar a minha tese de Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem na Criança, na Universidade Fernando Pessoa no Porto, sob orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação pela Doutora Maria da Conceição Manso, em conjunto com a vossa instituição. O título do projeto de investigação é: “Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica”.

Assim, encontro-me a desenvolver a segunda fase do meu projeto de investigação (o estudo está estruturado em três fases). A primeira fase – realizada no período de outubro de 2018 a março de 2021 – concluída e cuja realização teve a vossa aprovação/ consentimento e da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (envio ambos em anexo), referente à recolha das perceções dos profissionais do INEM, no sentido de confirmar as necessidades previamente encontradas no âmbito da dissertação de mestrado, com uma amostra mais alargada a nível nacional.

A segunda fase – a qual me encontro a desenvolver, engloba a observação no terreno (estágio de observação com preenchimento de grelhas de registo e a realização de entrevistas semiestruturadas aos profissionais do INEM que possam estar em contacto com vítimas pediátricas, no sentido de poder ser efetuada uma caracterização de como ocorre o processo comunicativo neste tipo de atendimento, com um elevado grau de profundidade). Em simultâneo decorrerá a criação de um guião pediátrico de conduta comunicativa para

auxiliar os profissionais na intervenção com as vítimas pediátricas, acompanhado de material físico facilitador na interação/intervenção.

Deste modo, e com o conhecimento da Dr.^a Sónia Cunha (elemento nomeado pelo Conselho Diretivo do INEM para acompanhar o decurso da investigação), solicito a autorização para a realização do estágio de observação (envio em anexo o Formulário de Solicitação de Estágio), na Delegação Regional do Porto, entre o dia 15 a 19 de novembro, nos meios de emergência de Suporte Imediato de Vida (SIV) e nos meios de emergência de Suporte Básico de Vida (SBV). Optou-se por esta delegação, devido à casuística maior que tem relativamente a outras delegações e pela proximidade à área de residência da investigadora.

Agradeço muito a atenção dispensada e encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do meu contacto:

Telemóvel: 967 385 502

Endereço eletrónico: stefanietomas@hotmail.com

Com os melhores cumprimentos,

Stefanie Azeredo Tomás

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO

Identificação do Requiritante

Solicitação Individual Data da solicitação: _____

Nome: Stefanie Azeredo Tomás BI: 13287984

Data nascimento: 04.03.1987 Naturalidade: R. F. da Alemanha Nacionalidade: Portuguesa

Morada: Rua Viriato N.º: 424

Localidade: Cabanas de Viriato CP.: 3430-649 TT.: _____

Fax: _____ Tm.: 967385502 e-mail: stefanie.tomas@hotmail.com

Solicitação por uma Entidade Data da solicitação: _____

Denominação social: Universidade Fernando Pessoa N.I.P.C. _____

Morada: Praça do 9 de Abril N.º: 349

Localidade: Porto CP.: 4249-004 TT.: 225071300

Fax: _____ e-mail: _____

Actividade: _____ Serviço/ Curso: _____

Estágio pretendido

Méio / Local:	Tipologia:	Delegação Regional
<input type="checkbox"/> Héli	<input type="checkbox"/> Formativo	<input type="checkbox"/> D.R. de Lisboa
<input type="checkbox"/> CODU	<input type="checkbox"/> Profissional	<input checked="" type="checkbox"/> D.R. do Porto
<input type="checkbox"/> VMER	<input checked="" type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> D.R. de Coimbra
<input checked="" type="checkbox"/> SV	<input type="checkbox"/> Visita de estudo	<input type="checkbox"/> D.R. de Faro
<input checked="" type="checkbox"/> SEV	<input type="checkbox"/> Outro	
<input type="checkbox"/> UMIPE	Qual? _____	
<input type="checkbox"/> Outro		

Objectivos:

- Observar o atendimento de emergência pediátrica (estágio observacional) no sentido, de averiguar como ocorre o processo comunicativo neste tipo de atendimento e que materiais são utilizados, com um elevado grau de profundidade. (Investigação de estudo de Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem na infância).

Análise Formal e Técnica da solicitação

Análise Formal

Contém todos os elementos/ dados obrigatórios? Sim Não Cumpre os limites definidos? Sim Não

É formalmente possível a sua realização? Sim Não Porquê? _____

Data: _____ Assinatura: _____

Análise Técnica

Os objectivos enquadram-se nos objectivos do INEM? Sim Não Porquê? _____

Outros: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Decisão

Autorizado Não autorizado

Data: _____ Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO I

Informação enviada ao elemento do INEM indicado para acompanhar o decurso da investigação (Fase II)

stefanietomas@hotmail.com

De: Stefanie Tomás <stefanietomas@hotmail.com>
Enviado: 26 de outubro de 2021 23:21
Para: Psicologa Sonia Inem
Cc: Fatima Maia; Conceicao Manso
Assunto: Procedimentos e instrumentos FASE II
Anexos: Grelha de registo_estágio de observação_StefanieAzeredoTomás.pdf; GUIÃO de ENTREVISTA_StefanieAzeredoTomás.pdf

Importância: Alta

Boa noite Dr.ª Sónia, espero encontrá-la bem!

Conforme combinado telefonicamente, venho por este meio, solicitar a realização da FASE II do meu projeto de investigação (o estudo está estruturado em três fases), assim como, enviar os instrumentos de recolha de dados, a utilizar nesta fase.

A primeira fase - realizada no período de outubro de 2018 a março de 2021 – concluída e cuja realização teve a vossa aprovação/consentimento e da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, referente à recolha das perceções dos profissionais do INEM, no sentido de confirmar as necessidades previamente encontradas no âmbito da dissertação de mestrado, com uma amostra mais alargada a nível nacional.

A segunda fase – a qual me encontro a desenvolver, engloba a observação no terreno (estágio de observação com preenchimento de Grelhas de Registo) e a realização de Entrevistas semiestruturadas aos profissionais do INEM que possam estar em contacto com vítimas pediátricas, no sentido de poder ser efetuada uma caracterização de como ocorre o processo comunicativo neste tipo de atendimento, com um elevado grau de profundidade. Em simultâneo decorrerá a criação de um Guião Pediátrico de Conduta Comunicativa para auxiliar os profissionais na intervenção com as vítimas pediátricas, acompanhado de material físico facilitador na interação/intervenção.

Deste modo, solicito a sua permissão, para avançar com a realização das entrevistas semiestruturadas, aos profissionais de emergência médica que prestem serviços no INEM em Portugal Continental e que estejam em contacto direto com as vítimas pediátricas, nomeadamente enfermeiros, técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH) e psicólogos. Prevê-se, nesta fase, um contacto com um grupo de profissionais mais reduzido que o total nacional, quatro profissionais por categoria de cada Delegação Regional (Lisboa, Porto, Coimbra e Faro). De forma a que, seja mais facilitador, por motivo de distâncias e devido à situação pandémica mundial por qual atravessamos, as entrevistas serão efetuadas em **formato online**. Importante ainda realçar que, a realização das entrevistas online, contempla a execução do **Pré-teste do Guião de Entrevista**, seguindo-se de uma reflexão falada a três profissionais (um TEPH, um Enfermeiro e um Psicólogo). Salvaguardando que o Guião de Entrevista, poderá ser submetido a algum ajuste à posteriori. Caso seja necessária alguma alteração, irá ser enviado futuramente o instrumento final à Comissão

de Ética da Universidade Fernando Pessoa (CE-UIP) e ao INEM. Cópia do parecer da CE-UIP será posteriormente também enviado ao INEM, e apenas futuramente realizado o estudo.

Antes da aplicação das entrevistas, será explicado a cada participante os objetivos do estudo e assegurado o anonimato bem como a confidencialidade e anonimato da recolha da informação. As entrevistas serão realizadas apenas após a obtenção do consentimento informado por parte dos participantes e do consentimento relativamente aos registos de som/vídeo. As entrevistas serão gravadas em formato vídeo (entrevistas online) e posteriormente transcritas pela investigadora. Após a transcrição das entrevistas, as transcrições serão devolvidas aos entrevistados para que estes, caso assim o pretendam, possam ler e validar a sua informação.

Prevê-se que a recolha de dados (através do estágio de observação e a aplicação das entrevistas), decorrerá no período de 15 a 19 de novembro de 2021.

Agradeço muito a atenção dispensada e encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Um abraço,

Stefanie Azeredo Tomás

ANEXO J

Declaração de realização do Estágio de Observação



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Stefanie Azeredo Tomás**, com o Cartão do Cidadão nº 13287984, realizou os estágios, em meios INEM, abaixo discriminados.

Tipo	Meio	Data	Horário
Formativo : Académico	Ambulância de Emergência Médica	29.Dezembro.2021	14:00 - 20:00
	Ambulância de Suporte Imediato de Vida	4.Fevereiro.2022	14:00 - 20:00
		23.Janeiro.2022	8:00 - 20:00
		28.Dezembro.2021	14:00 - 20:00
Total de Horas			30

Centro de Formação da DR do Norte, 22 de Agosto de 2022

Assinado por: **MÁRCIO DANIEL DIAS DE ALMEIDA
ESILVA**
Num. de Identificação: 11475229
Data: 2022.08.22 11:29:53 -01'00'



ANEXO K

Documento externo emitido pelo Departamento de Proteção de dados do INEM



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Nos termos do artigo 9º do RGPD, os seguintes dados pessoais são considerados «sensíveis» e estão sujeitos a condições de tratamento específicas: dados pessoais que revelem a origem racial ou étnica, opiniões políticas e convicções religiosas ou filosóficas; filiação sindical; dados genéticos, dados biométricos tratados simplesmente para identificar um ser humano; **dados relacionados com a saúde**; dados relativos à vida sexual ou orientação sexual da pessoa.

O RGPD impõe com clareza que os dados genéticos deverão ser definidos como os dados pessoais relativos às características genéticas, hereditárias ou adquiridas, de uma pessoa singular que resultem da análise de uma amostra biológica da pessoa singular em causa, nomeadamente da análise de cromossomas, ácido desoxirribonucleico (ADN) ou ácido ribonucleico (ARN), ou da análise de um outro elemento que permita obter informações equivalentes.

E quanto aos dados de saúde, deverão ser considerados todos aqueles que forem relativos ao estado de saúde de um titular de dados que revelem informações sobre a sua saúde física ou mental no passado, no presente ou no futuro.

O que precede informações sobre a pessoa singular recolhidas durante a inscrição para a prestação de serviços de saúde, ou durante essa prestação, a essa pessoa singular; qualquer número, símbolo ou sinal particular atribuído a uma pessoa singular para a identificar de forma inequívoca para fins de cuidados de saúde; as informações obtidas a partir de análises ou exames de uma parte do corpo ou de uma substância corporal, incluindo a informação a partir de dados genéticos e amostras biológicas; e quaisquer informações sobre, por exemplo, uma doença, deficiência, um risco de doença, historial clínico, tratamento clínico ou estado fisiológico ou biomédico do titular de dados, independentemente da sua fonte, através de um médico ou outro profissional de saúde, um hospital, um dispositivo médico ou um teste de diagnóstico in vitro.

Ora, os dados sensíveis mereceram uma proteção específica, já que, são especialmente sensíveis do ponto de vista dos direitos e liberdades fundamentais, pois o seu tratamento pode implicar riscos significativos para o direito à reserva da vida privada. Como tal, o Regulamento consagra como regra geral que a sua recolha e/ou tratamento está proibida, (cfr. Art.º 9º do RGPD).

O RGPD fixa situações excecionais para as quais o tratamento de dados sensíveis é possível se for considerado necessário:

- para efeitos do cumprimento de obrigações e do exercício de direitos específicos do responsável pelo tratamento ou do titular dos dados em matéria de legislação laboral, de segurança social e de proteção social, na medida em que esse tratamento seja permitido pelo direito da União (por exemplo, para o processamento de salários, contratação de apólices obrigatórias de seguro de acidentes de trabalho);
- para proteger os interesses vitais de uma pessoa singular (até de terceiro, caso este esteja impossibilitado de dar o seu consentimento);
- no âmbito das suas atividades legítimas e mediante garantias adequadas, por uma fundação, associação ou outra organização sem fins lucrativos e que prossiga fins religiosos, sindicais políticos;



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



- dados que o seu titular tenha tornado público (como no caso do titular de dados ser um político, fazendo declarações através da comunicação social, ou se publicar em redes sociais abertas ao público, opiniões relativas às suas ideologias);
- à declaração, ao exercício ou à defesa de um direito num processo judicial ou através dos tribunais na sua função jurisdicional;
- por motivos de interesse público importante, com base no direito da União, devendo ser proporcional ao interesse ao objetivo visado, respeitar a essência do direito à proteção dos dados pessoais e prever medidas adequadas e específicas que acautelem os direitos fundamentais e os interesses do titular dos dados
- para fins de medicina preventiva ou do trabalho, diagnóstico médico, a prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou de ação social, ou gestão de sistemas e serviços de saúde, ou de ação social com base no direito da União, ou dos Estados-Membros, ou por força de um contrato com um profissional de saúde, sob reserva de sigilo profissional ou por pessoa sujeita ao dever de confidencialidade (por exemplo, no caso das organizações de higiene e segurança no trabalho que recolhem e tratam dados de saúde para emissão das fichas de aptidão; ou organizações que prestem serviços de saúde);
- por motivos de interesse público no domínio da saúde pública (por exemplo, no caso de estarmos perante a possibilidade de surtos de determinadas doenças de natureza contagiosa);
- para fins de arquivo de interesse público, para fins de investigação científica ou histórica para fins estatísticos, (cfr. Art.º 89º n.º 1) que deve ser proporcional ao objetivo visado, respeitar a essência do direito à proteção de dados pessoais e prever medidas adequadas e específicas para a defesa dos direitos fundamentais e dos interesses do titular dos dados.
- E, por fim, deixando um largo espectro de tratamento se o titular tiver dado o seu consentimento explícito para o tratamento desses dados pessoais para uma ou mais finalidades específicas.

O Regulamento define, assim, que as categorias especiais de dados pessoais que merecem uma proteção mais elevada só deverão ser objeto de tratamento para fins relacionados com a saúde quando tal for necessário para atingir os objetivos no interesse das pessoas singulares e da sociedade no seu todo, nomeadamente no contexto da gestão dos serviços e sistemas de saúde ou de ação social, incluindo o tratamento por parte da administração e das autoridades sanitárias centrais nacionais desses dados para efeitos de controlo da qualidade, informação de gestão e supervisão geral a nível nacional e local do sistema de saúde ou de ação social, assegurando a continuidade dos cuidados de saúde ou de ação social e da prestação de cuidados de saúde transfronteiras, ou para fins de segurança, monitorização e alerta em matéria de saúde, ou para fins de arquivo de interesse público, para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos baseados na legislação e que têm de cumprir um objetivo, assim como para os estudos realizados no interesse público no domínio da saúde pública.

O Regulamento veio estabelecer condições harmonizadas para o tratamento de categorias especiais de dados pessoais relativos à saúde, tendo em conta necessidades específicas, designadamente quando o tratamento desses dados for efetuado para determinadas finalidades ligadas à saúde por pessoas vinculadas a um dever de sigilo.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Considerando que o estágio foi previamente autorizado pelo CD do INEM, as questões supra terão certamente sido analisadas, cumpre agora analisar a grelha de registo de observação.

Duma primeira análise e considerando que os dados tratados pela aluna devem ser anonimizados, não me parece que a grelha agora enviada cumpra este requisito.

Dados pessoais que tenham sido descaracterizados, codificados ou pseudonimizados, mas que possam ser utilizados para reidentificar uma pessoa, continuam a ser dados pessoais e são abrangidos pelo âmbito de aplicação do RGPD.

Dados pessoais que tenham sido tornados anónimos, de modo a que a pessoa não seja ou deixe de ser identificável, deixam de ser considerados dados pessoais. Para que os dados sejam verdadeiramente anonimizados, a anonimização tem de ser irreversível.

Quando na grelha se coloca: Idade: ___ Sexo: ___ Nacionalidade: _____ Meio de emergência: _____, não me parece totalmente impossível identificar a vítima.

Se o socorro ocorrer numa terra pequena, meio de emergência SIV de Moncorvo, idade 4 anos, sexo feminino nacionalidade francesa. E que neste caso só existe uma criança que corresponde a estes requisitos. Não podemos considerar que os dados estão anonimizados.

Podem justificar que nos meios urbanos é mais difícil, talvez, mas não é impossível. Julgo que o meio de emergência poderá ser apenas SIV, mota, AEM, etc, mas mesmo assim temos que garantir a anonimização dos dados.

Terá que ser seguido o princípio da minimização previsto no RGPD, a empresa/organização deve recolher e tratar apenas os dados pessoais necessários para cumprir essa finalidade («minimização dos dados»).

Pelo exposto, considero que a grelha de registo de observação deve ser alterada, tendo em vista a anonimização dos dados pessoais.

Acresce ainda ao exposto, estarmos perante o tratamento de dados sensíveis de menores.

Quanto os titulares dos dados são menores, a verificação das condições aplicáveis ao consentimento enfrenta problemas mais complexos. Nos termos do disposto no artigo 122.º do Código Civil são menores todos aqueles que não tiverem ainda completado 18 anos de idade. Em razão da menoridade verificam-se restrições à capacidade de exercício pelos titulares diretamente dos seus direitos.

Conjugada a referida norma do Código Civil com o RGPD, os menores de 18 anos de idade não têm capacidade para dar o seu consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais. Essa restrição à capacidade de exercício é, nos termos do artigo 124.º do Código Civil, suprida pelo poder paternal e, subsidiariamente, pela tutela.

A preocupação do legislador comunitário com as crianças tem respaldo no considerando (38) do RGPD, que estabelece que estas “merecem proteção especial quanto aos seus dados, uma vez que podem estar menos cientes dos riscos, consequências e garantias em questão e dos seus direitos relacionados com o tratamento dos dados pessoais. Essa proteção específica deverá aplicar-se, nomeadamente, à utilização de dados pessoais de crianças para efeitos de comercialização ou de criação de perfis de personalidade ou de utilizador, bem como à recolha de dados pessoais em relação às crianças aquando da utilização de serviços disponibilizados diretamente às crianças”.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



É que numa primeira análise a esta situação aqui exposta (estágio de observação), não me parece compatível obter consentimento para tratamento de dados em situação de urgência/emergência. Pelo que reforço a ideia de os dados terem de ser tratados de forma anonimizada.

Quanto às entrevistas aos nossos profissionais, no momento em que consentem dar a entrevista, considera-se dado o consentimento, mas devem estar cientes qual a legitimidade e finalidade para que os seus dados irão ser tratados.

A grelha foi, entretanto, alterada, para cumprimento do supra exposto.

A nova grelha está de acordo com o solicitado, alerta-se apenas, para o campo observações onde se diz "contexto onde a criança se encontra quando recebe este serviço", não deve ser detalhado de forma a que possibilite qualquer identificação.

09 de dezembro de 2021

Rita Abreu Lima

Encarregada de Proteção de Dados

ANEXO L

Pré-Teste do Guião de Entrevista

O meu nome é Stefanie Azeredo Tomás e sou aluna do **Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem** na Universidade Fernando Pessoa no Porto. Após conclusão da minha dissertação de mestrado intitulada “A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”, realizada em conjunto com o vosso Instituto, encontro-me a realizar a tese de Doutoramento, sob orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Maria da Conceição Manso. O título do projeto de investigação é: “Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica”.

Atualmente a eficácia da comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde é cada vez mais realçada e discutida, não só pela importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente, como pelo facto de aumentar a qualidade geral do atendimento.

Pretende-se, com esta investigação, **contribuir para a melhoria do processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde à população pediátrica**, mais concretamente no âmbito da emergência pediátrica. Por esse motivo, solicita-se a colaboração na realização da seguinte entrevista, no sentido de poder ser efetuada uma caracterização de como ocorre o processo comunicativo neste tipo de atendimento, com um elevado grau de 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 (questões a cinza), caso haja essa necessidade. O guião foi submetido a um painel de peritos na área da comunicação pediátrica que validaram a sua pertinência. A construção do guião teve por base a revisão da literatura, bem como os dados obtidos na dissertação de mestrado da autora e confirmados, mais recentemente, na fase anterior (Fase I) do plano deste doutoramento. O objetivo com a recolha e tratamento dos resultados emergidos é auxiliar na criação de um guião pediátrico de conduta comunicativa para os profissionais do INEM utilizarem na intervenção com as vítimas pediátricas, acompanhado de material físico facilitador na interação/intervenção.

Assim solicito a leitura do Guião de Entrevista para **VALIDAÇÃO** antes da sua aplicação, e o preenchimento da seguinte tabela, com o objetivo de verificar se a construção geral do mesmo se encontra adequada. Após concluir o preenchimento da tabela, solicito o seu envio para o seguinte email: 18274@ufp.edu.pt.

Ao iniciar o preenchimento da tabela está a dar assentimento para participar nesta investigação. O seu anonimato é garantido, bem como a confidencialidade das suas respostas.

AGRADEÇO

Para qualquer informação pode contactar-me pelo 18274@ufp.edu.pt ou através do nr. de telemóvel 967 385 502 (de preferência utilizando um nr. não identificado para manter o anonimato).

GUIÃO DE ENTREVISTA

Caracterização sociodemográfica do entrevistado

- Formação na área da comunicação pediátrica e suas especificidades

- Profissão no INEM

- Anos de experiência no INEM

- Meio/s de emergência/s onde presta serviço/s

UNIDADES DE ANÁLISE:

1. No **primeiro passo** do atendimento pediátrico (**PREPARAÇÃO A CAMINHO DO LOCAL**), quais são os procedimentos que costuma adotar? O que acontece?
[Antecipar: a abordagem à situação; o equipamento pediátrico necessário e av. física adaptada à idade da criança com a informação que é previamente enviada aos profissionais]
[Qual o vocabulário que vai ser utilizado (compreensão e expressão); O que poderia ser importante, para o poder auxiliar a vossa conduta, na antecipação da abordagem? Acha que poderia ser importante uma checklist com parâmetros comunicativos a ter em conta de acordo com a idade e/ou motivo de ocorrência (de modo a facilitar a abordagem da situação)? Outro tipo de material facilitador? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]

2. No **segundo passo** do atendimento pediátrico (**AValiação DO LOCAL E SITUAÇÃO**), como é efetuada essa avaliação?
[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); O que tem em conta para avaliar a interação entre família/criança ou cuidador/criança? Acha que haveria necessidade de algum material adicional para auxiliar a sua conduta nesta fase? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]

3. No **terceiro passo** do atendimento pediátrico (**AValiação GERAL USANDO O TRIÂNGULO DE AValiação PEDIÁTRICO (TAP)**), como se desenvolve esta fase?
[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); Acha que haveria necessidade de algum material adicional para auxiliar a sua conduta nesta fase? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]

4. Durante o **exame primário** (também conhecido por ABCDE), pretende-se a avaliação dos seguintes componentes (via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição). Nesse sentido, como efetua a abordagem à criança em cada passo mencionado anteriormente?
[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); Acha que haveria necessidade de algum material adicional para auxiliar a sua conduta nesta fase? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?; Ainda durante o exame primário, na avaliação da disfunção neurológica, especificamente na **avaliação da dor** nas crianças, como procede? [Utiliza a escala de “faces”? Se sim, em que idades e com que frequência? Acha que seria importante a sua adaptação para a população pediátrica com recurso a imagens infantis? Acha que seria necessário mais material apelativo para o auxiliar neste momento? Se sim, consegue dar exemplos?]
5. Durante o **exame secundário** (recolha de informação (CHAMU) + Observação sistematizada (exame feito da cabeça aos pés) + Sinais vitais), o objetivo é identificar as situações que não colocam a vida da vítima em perigo imediato, mas que se não forem corrigidas poderão agravar a situação. Nesse sentido, como efetua a abordagem à criança em cada passo deste exame? (CHAMU – C-circunstâncias do acidente; H-História anterior de doenças da vítima; A-alergias; M-medicação habitual; U-última refeição).
[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); Acha que haveria necessidade de algum material adicional para auxiliar a sua conduta nesta fase? Qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]
6. Durante o estabelecimento de **empatia** com a criança (para que a criança permita efetuar todas as avaliações necessárias e colaborar em todos os procedimentos necessários), o que faz e como faz para ganhar a sua confiança?
[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); acha que seria facilitador algum tipo de brinquedo (que até possa ser descartável), ou outro tipo de material para facilitar a aproximação? Se sim, qual? Com que objetivo? Alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização?]
7. Já teve experiência em atendimentos a vítimas pediátricas **estrangeiras**? Se sim, com que frequência? Nestes casos tem algum cuidado em especial? Explique por favor. Caso não tenha tido experiência, explique como seria a sua abordagem.
[Usa o **Manual Multilingue**? Se sim, explique de que forma, em que idades e com que frequência; se não explique porquê. Acha que seria necessário adaptar/alterar o mesmo para se ajustar mais a este tipo de população? (através de imagens, vocabulário específico consoante circunstância, etc.). Se sim, que alterações considera que sejam importantes efetuar? Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão)?

8. Acha que seria importante uma escala (através de imagens) para **avaliar emoções** na criança (no sentido de perceber como é que a criança se está a sentir naquele momento)?

[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização? De que material seria e tamanho? Caso tenha respondido negativamente, justifique]

9. Já teve experiência em atendimentos a vítimas **pediátricas portadoras de deficiência**, prévia à situação de emergência? Se sim, com que frequência e que cuidado/s adicional/ais tem? Explique por favor. Caso não tenha tido experiência, explique como seria a sua abordagem.

[Qual o vocabulário mais utilizado (compreensão e expressão); alguma outra estratégia implementada em função da conduta comunicativa a adotar? Frequência de utilização? Caso tenha respondido negativamente, justifique. Sente que seria importante material facilitador nestes casos de menor casuística? Ex. Guião orientador da comunicação mediante fases de atendimento e patologias. Dê exemplos.]

10. A **formação específica** na área da comunicação na criança e suas especificidades seria importante para a sua conduta profissional? Se sim, que conteúdos gostava que fossem abordados? Se não, justifique.

11. Para si, a **formação em Língua Gestual Portuguesa** seria benéfica na abordagem pediátrica? O que gostava que fosse abordado?

[Se sim, poder usufruir de material adaptado para facilitar a comunicação e interação seria uma mais valia? Tem ideia como? Que vocabulário (compreensivo e expressivo) a adicionar? Para que momento de abordagem específico seria útil? Se não, justifique]

12. Uma vez que o Tablet faz parte dos vossos materiais de trabalho, acha que poder ter uma **aplicação/programa** direcionado para a população pediátrica seria uma mais valia?

[Se sim, diga o que poderia ser vantajoso adicionar (para que fases de atendimento e circunstâncias); Se não, justifique].

13. Seria importante para si ter um **Guião Orientador da Comunicação**, para facilitar a comunicação e/ou interação com uma vítima pediátrica? (Consoante a idade, fases de atendimento e motivos de atendimento).

[O que acha que seria vantajoso realçar neste material de apoio? Qual o vocabulário que seria importante utilizar (compreensivo e expressivo)].

14. A criança (no geral), fazer-se acompanhar por um **Cartão de Identificação** (onde constasse informação como alergias, medicação, meio preferencial de comunicação, (...)), poderia tornar a ocorrência mais imediata? Faria sentido para si este tipo de material de apoio?

[Se sim, que informação seria útil para si conter. Caso a resposta seja negativa, justifique].

15. De acordo com a sua experiência, quando o atendimento é realizado a crianças, quais os **motivos mais frequentes** de ocorrência e com que frequência acontecem?

16. Identifica alguma fase do processo de atendimento pediátrico como mais desafiadora? Se sim qual, justifique por favor.

17. No âmbito deste tema, gostaria de acrescentar algo a esta entrevista?

OBRIGADA pela sua colaboração!

ASSINALE com uma **CRUZ (x)** nas respostas de SIM/NÃO e **DESCREVA** na coluna das ALTERAÇÕES:

Questões	Compreendeu a questão que lhe foi colocada? [a questão é clara? Tem conceitos de difícil compreensão?]		A questão faz sentido?		Se respondeu NÃO nas colunas anteriores, que alteração sugere?
	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 1	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 2	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 3	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 4	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 5	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 6	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 7	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 8	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 9	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 10	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 11	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 12	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 13	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 14	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 15	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 16	Sim	Não	Sim	Não	
Questão 17	Sim	Não	Sim	Não	

Acha o **tamanho** da entrevista adequada? _____

Tem alguma **sugestão** para acrescentar à entrevista? _____

GRATA, pela sua colaboração!

Stefanie Azeredo Tomás

ANEXO M

Resposta da CE para a Fase I



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/PLS – 97/20-2	22 de Dezembro de 2020

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de reapreciar a documentação referente à fase I do projeto de Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, de Stefanie Azeredo Tomás, intitulado "Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica", considera nada haver a opor ao mesmo, uma vez que os requisitos para a emissão de um parecer positivo definitivo foram cumpridos.

Recorda-se, contudo que o presente parecer se aplica apenas à fase I do projeto, sendo necessária uma nova submissão para as fases seguintes.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

FPF - 502 021 420 - Reg. Comércio nº 26 (Secção nº 14) do Comércio de Lisboa

REGIÃO A - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4330 - F. +351 22 507 4037 - E. DaSa@ufp.pt
T. +351 22 509 6371 - geral@ufp.pt UNIDADE de Porto de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Balthazar - 4990-018 Porto de Lima-Portugal - T. +351 256 741 026 - F. +351 256 741 432 - geral@ufp.pt

ANEXO N

Resposta da CE para a Fase II



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/PLS – 97/20-4	22 de Dezembro de 2021

Exma. Senhora Professor Doutora,

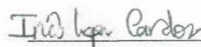
A Comissão e Ética avaliou a ressubmissão do projeto submetido por Stefanie Azeredo Tomás, intitulado "Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pediátrica", no âmbito do Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem - Especialidade Perturbações da Linguagem na Criança.

A ressubmissão do projeto apresenta todas as alterações solicitadas em parecer de 26 de Novembro 2021.

Logo, a Comissão de Ética não tem nada a opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Inês Lopes Cardoso



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC. 502 057 602 - Reg. Comercial nº.26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (REITORIA) - [FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA] - [FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS]

Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt

[FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE] Rua Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal

T. +351 22 509 6371 - geral@ess.fernandopessoa.pt

ANEXO O

Grelha Final do Processo de Codificação

	Unidade de Registo	Código codificador 1	Código codificador 2	Acordo (S/N)
1	Pronto, as condições de segurança é o primeiro passo que nós temos que verificar sempre em qualquer ocorrência, pode haver algum tipo de situação que nos traz insegurança, por exemplo uns pais agitados, uns pais que começam a dizer logo “tanto tempo que demoraram para chegar aqui, se tivesse que morrer já morria”. Isso é o mínimo, não é? Ouvimos muitas vezes, não só com crianças, mas com adultos também, mas outro tipo de situações que aparentam estar agressivo ou algo do género, não é? Temos sempre que ter atenção nisso, ou outra situação em que haja um animal, haja alguma coisa que esteja lá a interferir e temos que verificar sempre se há segurança para nós abordarmos, neste caso a criança.	2.1	2.1	S
2	Eu vou-lhe explicar mais ou menos pelas idades. 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.	3.3	3.3	S
3	Se nós somos acionados é porque vamos ao local. Se nos passam a chamada aí nós..., ou seja, porque cada situação destas, por norma se tudo correr bem, de acordo com a linha que deve seguir. 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. Em crianças mais velhas, vá adolescentes também pode acontecer as crises psicóticas, a ideação suicida ou o risco iminente e aí sim, se nós tivermos que ir ao local também são especificidades diferentes, mais de acordo com a patologia, do que propriamente com a idade e a etapa de desenvolvimento, neste caso.	3.2	3.2	S
4	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	5.1	5.1	S

	deficiência..., já há algum tempo!			
5	Não. Específico mesmo da pediatria, não. Claro que nós quando fazemos o nosso curso inicial, tripulante de ambulância de socorro, fazemos sempre, 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.	9.1	9.1	S
6	Nunca tinha pensado sobre isso, mas faz-me algum sentido, não é? Imaginar esses bonecos que eu estou a falar, não é? Estes desenhos que eu tenho estado a falar em forma digital sim. Acho que faz sentido, não é? 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.	10.5	10.5	S
7	Por exemplo, posso lhe contar uma ocorrência, que também não foi comigo, mas achei engraçado. Já há umas pulseiras com QR Code e na altura, era um adulto, era um motociclista, mas eu lembro-me que estavam os dois colegas. Um não tinha noção, para que é que servia aquilo e o outro tinha, e fez a visualização com o seu telemóvel e estavam lá os dados todos do indivíduo inconsciente». (...) por isso, estava-lhe a falar do exemplo dos motociclistas que, habitualmente, são vítimas graves e inconscientes. Há aquela coisa de no capacete, ter a sua informação, que lhe falei também, foi um motociclista. Ou seja, já se nota no cidadão, essa preocupação, porque sabem que estão sozinhos e se acontecer alguma desgraça...	10.12	10.12	S
8	Acho que é muito oportuno e faz todo o sentido essa realização de estudo, por isso desde já parabéns Stefanie. (...) também queria dar os parabéns pelo estudo, é um estudo, é um tema muito pertinente!	11	11	S
9	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 base 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, mas seria para usar... E aí seria plastificar no sentido de permitir o uso mais do que uma vez (...).	10.8	10.8	S

10	Eu trabalhei em Inglaterra e lá ou temos cédula para pediatria ou temos cédula para adultos. A diferença que eu senti é que a Inglaterra, portanto 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 está sempre lixado. Peço desculpa do termo. E a Inglaterra não é assim. Tanto o médico como o não médico está tudo no mesmo barco. Porquê? Porque 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 aquele senhor, aquele obstetra do bebé sem rosto, foi processado, foi expulso da ordem dos médicos e o ministério da saúde obrigaram-no a voltar a inserir na ordem dos médicos. E depois de negociações ele acabou por se reformar. Mas enquanto assim for, isto nunca vai a lado nenhum.	12	12	S
11	Eu já fiz formação em linguagem para perceber o choro do bebé. Em termos de comunicação para com a criança não.	9.2	9.2	S
12	(...) aquilo que nós tentamos, que eu me lembre, o processo de adaptação vai ser diferente, se calhar, vou tentar obter validação por parte do cuidador. Normalmente, dos pais e fazer dele uma ferramenta tremenda. Que 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, não é? É impossível depois avaliarmos a alteração. Então aquilo que acontece é ver ali o binómio cuidador criança muito, está bem? Valido muito aquilo que eles percecionam, e tento validar depois com o pai ou com a mãe ou o elemento de referência. Eu dou um exemplo, sei lá, chego à parte da avaliação no C... não sei, de repente, vejo um abdómen distendido. Pergunto ao cuidador se aquilo é normal estar assim distendido, estar assim um bocadinho duro. Tem a ver com isso. Ou seja, aquele binómio cuidador criança ainda se torna mais evidente!	5.2	5.2	S
13	Sim, sim. E o Alentejo é igual, isto depois para cima é tudo igual. Se calhar, onde eles podem ter mais ambulâncias, talvez são nas zonas centrais, Lisboa e Porto. Pelo menos em Lisboa têm: Lisboa um, Lisboa dois, Lisboa três. Mas aqui não, aqui maioritariamente,	7.1	7.1	S

	estão quê? Quatro ou cinco ambulâncias INEM, de uma forma geral no Algarve.			
14	Eu acho que nós em termos de procedimentos e, portanto, a trabalhar no pré-hospitalar, temos de trabalhar de forma sempre muito ágil e muito rápida (...). Muito prático, muito direto. Porque nós na área do pré-hospitalar somos muito isto. Isto é uma área que pelas características do nosso atendimento, nós estamos muito pouco tempo com as pessoas e, portanto, se for preciso estamos com uma pessoa durante meia hora/uma hora e depois seguimos em frente, e vamos fazer, vamos prestar socorro a outra pessoa.	7.2	7.2	S
15	(...) 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. São os psicólogos que vêm dar essa formação e os conteúdos....	9.1	9.1	S
16	(...) mas a malta faz toda as suas luvinhas com coraçõezinhos, bonecos. Luvas temos em todas as ambulâncias. Depois 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.	3.3	3.3.	S
17	Ajuda na comunicação..., eu acho que com um brinquedo daqueles descartáveis, ou uma coisinha simples que a criança pudesse dar continuidade e levá-lo, acho que sim, porque nós acabamos por mostrar, mas no final de contas temos que retirar. Nós até costumamos dizer que “olha empresta o brinquedo para dar para as outras crianças?”. Tentamos ir um bocado por aqui. É óbvio que se for um brinquedo que a criança possa ter continuidade até mesmo para ela é bom, porque ela vai ver aquela situação, como uma situação positiva e não negativa. E quando vier uma ambulância, vai ver o quê? Uma ambulância posso ter direito a um brinde. Na cabeça dela provavelmente poderá despertar isso.	10.5	10.5	S
18	Por exemplo uma dor, a pessoa não está tão queixosa, ou por exemplo, o que eu noto muito noutras localidades é que as pessoas não querem dar tanto trabalho à ambulância e se calhar até se deslocam já para o início da rua, para não dar tanto trabalho, já têm ali as coisas mais preparadas, ou por exemplo nós precisamos de ajuda para transportar a vítima e as pessoas disponibilizam-se logo para ajudar, incluindo a própria vítima que quer logo ir a andar...	7.1	7.1	S

19	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 e entregamos a criança. Efetivamente tudo o resto são momentos de stresse e de ansiedade, que são permanentes!	3.3	8	N
20	A maior parte até das ocorrências que envolvem crianças felizmente são coisas que não têm tanta gravidade.	6.2	6.2	S
21	Sim eu por força da minha experiência de animação com crianças, eu faço modelagem de balões e, portanto, eu às vezes tenho uma bomba pequenina quando me lembro, porque é muito raro. Tenho a bomba disponível e, portanto, faço uns bonecos em balão para eles, quando não tenho, uso luvas que é daqueles truques que é conhecidíssimo na área da saúde. Consigo fazer alguns bonecos diferentes, consigo fazer um elefante, consigo fazer uma boneca e acabo por aproveitar isso também ali para quebrar um bocadinho o gelo. As crianças mais desconfiadas depois acabam por aceitar e olham para mim como o gajo porreiro que lhe arranjou ali um bonequinho para irem apertando e irem se entretendo.	3.3	3.3	S
22	Claro que a nível de avaliação não faço a avaliação completa como faço num adulto. Avalio o que é, qual é o motivo da chamada e o que é que aconteceu. E consoante o que aconteceu então é que eu vou, vamos decidir. O que é que avaliamos e o que é que não necessitamos de avaliar. Como por exemplo, 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, não é?	3.4	3.4	S
23	Em último recurso usamos o Google Tradutor, não é? Temos que nos desenrascar!	4.2	4.2	S
24	Usar um tom de voz calmo, sereno, dentro do possível, identificarmo-nos, tentar recrutá-la para o nosso lado, digamos assim.	3.3	3.3	S
25	(...) achávamos que fazia falta alguma formação, qualquer coisa direcionada para esse tipo de crianças [com NEE]. E não só para crianças, porque eu por exemplo, fui buscar uma rapariga com 32 anos que tem uma deficiência profunda e se formos a ver temos que fazer o mesmo tratamento como se fosse uma criança, não é?	5.3	9.3	N
26	(...) acho é fundamental termos ferramentas que nos auxiliem a retirar dados e, até mesmo, a ganhar a confiança das crianças..., vai fazer	10.1	5.3	N

	toda a diferença, do que vão ser os nossos cuidados e o nosso tratamento.			
27	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.	9.2	9.2	S
28	Claro que sim, acho que sim. Acho que inclusive era capaz de ser minimizadora de má comunicação. Algumas vezes nesta questão de, sei lá, a nossa tendência face a uma situação dessas eu sei que há colegas, por exemplo, que não dominam o inglês e pelo que fazem agarram no telemóvel vão ao <i>Google translator</i> , podem surgir erros..., do ponto de vista fonético, não surge a mesma coisa, aquilo que acontece é que há ali barreiras pois são muito difíceis de ultrapassar e a imagem e a comunicação acaba por não ser muito eficaz. E acredito que a utilização desse manual, inclusive podem existir crianças que podem não ter essa disponibilidade, vamos imaginar uma criança que está em plano duro, não vai conseguir ler o manual. Mas se calhar do ponto de vista visual acaba por ser muito facilitador. Eu acho que, do ponto de vista visual, eles estão deitados, mas nós de cima conseguimos facilmente estabelecer então essa comunicação, não é?	10.1	10.1	S
29	E ele já não ter tanto medo e já não estar tão receoso [o brinquedo também iria facilitar numa eventual próxima ocorrência].	10.5	10.5	S
30	Eu penso que sim. Para além daquilo que é a fâcias 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.	10.1	10.1	S
31	Sim acho, um guião com linhas gerais orientadoras o mais abrangente possível e eventualmente enquadrando determinadas patologias: os autistas, os surdos mudos, os invisuais, por aí em diante! Acho que sim. Tudo isso acaba por facilitar o nosso trabalho, a envolvência, a situação com a vítima.	10.7	10.7	S

32	<p>Sim, sim sem dúvida! Nota-se grande diferença da abordagem que as pessoas têm connosco e do cuidado que têm connosco. Quando nós trabalhamos ali para a zona do A., S., por aí fora, a zona mais interior, a abordagem é diferente daquela que nós temos aqui no meio da cidade de Coimbra! Tudo bem que as pessoas são simpáticas e tal, mas é totalmente diferente no interior do que aqui no meio da cidade e isso nota-se muita a diferença. As pessoas são muito mais simpáticas connosco, 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. Não é que tenham mais mimo nem carinho. 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.</p>	7.1	7.1	S
33	<p>Sim, sim aqui no Algarve é normalíssimo... [risos]. Depende é sazonal. Se for no verão existe uma grande taxa de saídas para estrangeiros, no inverno é maioritariamente portugueses. Só 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 aí uns, três, quatro meses que eu fui para uma criança, daquilo que me lembro. Não é muito frequente. Agora, no inverno.</p>	4.1	4.1	S
34	<p>Impecável... e agora quando está a falar é ótimo ver também esse suporte do outro lado...pode ser material...tátil..., mas e eu na minha cabeça mais informática até já estava a ver no ecrã todo do...porque há várias escalas...de faces...há outra que é a IASP que é mais de adulto...há várias escalas de faces..., mas até já estava a ver em termos físicos e na própria aplicação que a criança até lá fosse colocar o dedito...</p>	10.6	10.6	S
35	<p>(...) tentando pegar nisso e na sua sugestão..., mas quando chegar ao hospital se calhar vai continuar com o mesmo problema, eventualmente poderíamos ter umas cópias para deixar associadas à criança nessas situações [deixar cópias de pranchas comunicativas].</p>	10.8	10.8	S
36	<p>(...) tento não usar muito os diminutivos, ou tentar não utilizar aquele tipo de fala muito específica, que às vezes, se usa com as crianças, tento ter uma linguagem normal e sou mais objetivo.</p>	3.3	3.3	S

37	Acho que outro material útil já que estamos na onda das sugestões, eu acho super útil mesmo, termos lápis de cera e papel, nem sempre as crianças têm. Eu não digo lápis de cor porque isso tem bico e o bico parte e aí é mais uma coisa que tem que se ter. Mas acho que lápis de cera pode facilitar muito. Por exemplo, eu fui no outro dia e até com adultos. Fui para uma situação com um adulto esquizofrênico que tinha uma idade mental cerca de seis anos, sete e ele enquanto falou comigo, ele estava na casa dele, portanto a casa dele estava toda cheia de desenhos dele, ele tinha cinquenta anos e para aí aos trinta, não aos vinte e sete vinte e oito fui diagnosticado. Até lá era pintor e a partir daí começou a decair a capacidade cognitiva dele e então no tempo em que ele esteve a falar comigo, de cada vez que falávamos era para aí uns cinco minutos de cada vez, ele fazia desenhos com aguarelas. E ele fez, sem exagero, em cinco minutos três aguarelas exatamente iguais. Foi espetacular. O traço dele, uma coisa extraordinária, mas era uma coisa muito simples. Era até me lembro, era uma paisagem que era a ponte 25 de abril, o Cristo Rei e umas ondas, mas era exatamente igual e enquanto ele tinha aquilo, ele estava satisfeito, falava comigo. Quando acabava o papel tinha que ir buscar mais, parava. Portanto não precisamos lá está. Sabemos que temos que nos focar, mas acho que o seu material, se existir, acho que pode ser útil para muito mais do que crianças!	10.5	10.5	S
38	Mas olhe sinceramente, não sei não, não consigo imaginar o problema que ia ser, ia ser um problema com toda a certeza! [imaginando um atendimento a uma criança com NEE não-verbal]	5.3	5.3	S
39	E eles até acham muita piada à ambulância, a tudo o que lá está dentro. 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 e eles vão começando a ganhar confiança.	3.3	3.3	S
40	Era isso que eu estava a pensar, nas situações em que, portanto, a criança até pode estar com o pai, o pai ou a mãe sente-se mal e ela não ter grande forma de comunicar e depois ter este cartão. Obviamente, sendo nós a distribuir, isto só pode acontecer num contexto de uma ocorrência e certamente será facilitadora para ocorrências futuras, não é? Porque ela poderá ter o cartão com ela e é facilitador. Ou poderá	10.9	10.9	S

	<p>também ficar disponível, isso é uma questão que depois Stefanie, 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 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 ou até não estar disponível para falar o pai ou a mãe e a criança..., e uma forma de interagir com a criança seria assim. Claro que depois também competia aos pais, era competência dos pais dar isto à criança, explicar-lhe como usar, obviamente. 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.</p>			
41	<p>(...) as formações na minha opinião 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. Até porque é preferível fazermos mais formações espalhadas, se calhar pelo ano ou irmos abordar aqui temáticas diferentes por exemplo, também, não é? Até porquê? Porque e como percebeu isso, nos estágios que fez, a casuística de serviço por exemplo em pediatria é muito baixa e isso para nós acaba por criar também algum desconforto, eu mesmo assim consigo ir trabalhando com crianças ao longo do ano.</p>	9.3	9.3	S
42	<p>Pronto, as condições de segurança é o primeiro passo que nós temos que verificar sempre em qualquer ocorrência, pode haver algum tipo de situação que nos traz insegurança, por exemplo uns pais agitados, uns pais que começam a dizer logo “tanto tempo que demoraram para chegar aqui, se tivesse que morrer já morria”.</p>	2.1	2.1	S

	Isso é o mínimo, não é? Ouvimos muitas vezes, não só com crianças, mas com adultos também, mas outro tipo de situações que aparentam estar agressivo ou algo do gênero, não é? Temos sempre que ter atenção nisso, ou outra situação em que haja um animal, haja alguma coisa que esteja lá a interferir e temos que verificar sempre se há segurança para nós abordarmos, neste caso a criança.			
43	A abordagem à criança assim, seria muito mais fácil do que nós não sabermos nada sobre ela, sim! E às vezes os pais podem não estar presentes, isso até pode ser na escola, e na própria escola não saberem os antecedentes que a criança tem, como alergias...[relativamente a ser pertinente a existência do Cartão de Identificação Pediátrico]	10.9	10.9	S
44	Adulto, se tive foi um ou outro caso, mas nada de especial. Acho que os adultos, acaba por ser um bocadinho mais fácil, mesmo não tendo conhecimento de linguagem gestual, acaba por ser mais fácil comunicar.	5.4	12	N
45	Porque quando nós fazemos por exemplo um aconselhamento na notificação de morte, uma das coisas que nós dizemos é: vamos dando informação aos poucos, portanto, aquela informação tem de ser dada, e vamos dar de acordo também com as necessidades que elas têm de saber naquele momento. E vamos dar tempo para que façam as perguntas e elas fazem perguntas. Não são é sempre as perguntas que as pessoas estavam à espera que elas fizessem. Eu já tive uma criança a perguntar algo ao pai, quando o pai deu a notícia da morte do tio, ela depois começou a fazer uma cara de: “eu estou a pensar aqui uma coisa, espera aí que eu já te digo”. O pai disse que o tio já não ia voltar porque ia ter com o avô. E ela disse: então, mas espera lá, tu disseste-me que o avô tinha ido numa viagem e agora estás-me a dizer que o meu tio vai ter com o avô e que não vai voltar? Tu estás-me a dizer que o avô também não vai voltar? Temos aqui um trabalho! E teve que se desenrascar.... E a criança perguntou e então e agora quem é que fica com o quarto tio? E, são estas coisas que eu digo, eles são sempre, sempre inesperados [realçando a imprevisibilidade dos atendimentos pediátricos, com o exemplo da notificação de morte]	3.4	3.4	S
46	Sim, acho que sim Stefanie. Podia ser até muito interessante pela possibilidade de ser até mais interativo, tínhamos que ter sempre um	10.1	10.1	S

	segundo plano físico, no caso de o computador ficar sem bateria ou ter um problema qualquer e depois ficarmos ali descalços sem poder recorrer à informação.			
47	<p>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 percepção de que ela teve daquilo que aconteceu. E, portanto, embora haja um fio orientador, ou seja, uma intervenção orientadora, obviamente ela tem que muitas vezes, ser ajustada àquilo que são as necessidades das nossas vítimas, sobretudo das nossas crianças, vítimas pediátricas e, portanto, a avaliação que nós fazemos, depois depende muito da percepção que ela tem, do que aconteceu e também das reações que possa estar a ter e também daquilo que são as necessidades. E, às vezes há por exemplo até necessidades de encaminhamento, por exemplo, a criança podia estar só e lembro-me de uma situação até em específico, que estava só com a mãe e até foi esta criança de dez anos que deu o alerta para o 112, e que, portanto, quando nós chegámos ela não tinha ainda familiares no local e, portanto, foi necessário contactar familiares. O pai estava no estrangeiro a trabalhar e, portanto, houve esta necessidade de articular aqui com quem é que a criança iria ficar e pronto esta avaliação é feita no local, às vezes já temos, já sabemos esta informação a caminho do local, outras vezes a informação que nos chega é distorcida, porque são os contactantes que a dão e às vezes naquele momento de aflição acabam por dar alguma informação distorcida, ou então vamos a contar com uma coisa e até temos outra. Portanto é sempre necessário avaliar, vamos recolhendo informação que nos permite já ter ou preparar a nossa intervenção, mas claro que depois no local é que conseguimos ter uma percepção e avaliar tudo em concreto. Mas passa muito por isto. Por avaliar aquilo que é, se criança já tem percepção daquilo que aconteceu em concreto. Se dependendo da situação e agora estou aqui a falar no abstrato, porque depende da situação que encontraremos, não é? Mas a percepção que ela tem do acontecimento, depois as reações que possa evidenciar, aquilo que são as necessidades dela naquele momento e depois</p>	3.3	2	N

	face a isso, orientamos também a nossa intervenção.			
48	Zona norte e Coimbra também. Porque nós muitas vezes vamos para a zona de Coimbra, e muitas vezes Coimbra vem para o norte, portanto depende depois se UMIPE da área, se está, ou se não está empenhada e se estiver tem que ir UMIPE mais próxima. E, portanto, nós intervimos em toda a zona norte e quando digo toda a zona norte, é toda a zona norte. Aqui há tempos numa noite, fiz seiscentos quilómetros, entre a meia-noite e as oito da manhã, portanto entre intervenções é muito quilómetro percorrido e sobretudo é esta zona. Claro que depois há aquelas situações de exceção em que é necessário empenhar várias UMIPE's, podemos ser chamados todos para qualquer ponto do país. Ou duas ou três UMIPE's para qualquer ponto do país. Mas 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 sim, mas vai havendo esta articulação e esta resposta conjunta sobretudo as UMIPE's mais próximas que vão cobrindo a área uma da outra.	3.2	3.2	S
49	Estava aqui a pensar até quando há bocadinho quando falamos daquelas questões, eu estava a dizer que por exemplo ter imagens ilustrativas de alguns procedimentos mais invasivos, até por exemplo facilitaria também, ter até uns vídeos que a criança pudesse ver de outras crianças por exemplo, a ser também por exemplo avaliada a TA, ou então a ter que ser puncionadas, não é? 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 é? Não sei. Não sei até que ponto é que isto seria ou não facilitador, mas poder-se-ia testar e perceber se poderia ser. Vendo outra criança a ter o mesmo procedimento e a reagir de forma normal, poderia ajudar ou poderia na antecipação da abordagem. Sobretudo porque nós devemos sempre explicar à criança aquilo que vamos fazer, não é? Para elas, não só antecipar aquilo que vai ser feito, mas também para tentar obter a colaboração delas. E aqui, por exemplo onde há as dificuldades de comunicação, poderia ser facilitador, por exemplo ter um vídeo que demonstrasse aquilo que o técnico ou o médico, ou enfermeiro vai	10.10	10.10	S

	fazer. E aqui 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.			
50	Sim, sim parece-me perfeitamente plausível. Estou-me a lembrar de um programa na internet que faz isso muito giro, que transforma mensagens escritas em pictogramas! Por acaso estávamos a falar disso e lembrei-me..., só vendo aqui nos meus atalhos, nas minhas cábulas..., mas a ideia que me estava a dizer de transformar o Multilinguas em pictogramas parece-me bem, parece-me interessante, parece-me gira e exequível. Script, diz-lhe alguma coisa?	10.4	10.4	S
51	A minha experiência são as convulsões, dispneia, ou quando normalmente é tosse/febre e ficam com dispneia, e as convulsões febris. Mas claro, pequenos acidentes e acidentes domésticos, não é? Quedas..., quedas de bicicleta de estarem a brincar, portanto são essas, pelo menos o que eu tenho (...).	6.2	6.2	S
52	(...) essa parte de termos coisas físicas e de olharmos rapidamente e nos lembrarmos ajuda muito. Tudo isso que me está a dizer eu acho importante sim!	10.1	10.1	S
53	(...) se não for necessário vou evitar ao máximo, mas por exemplo 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! Se a mãe lá tem <i>paracetamol</i> e ele consegue tomar, se tomou antes... podemos descartar tudo o que são contra-indicações de alergias, é logo das primeiras coisas que eu faço aqui, se estiver desconfortável ou tiver uma lesão que eu esteja a ver que tem que lhe estar a provocar dor! (...) é ser mais invasiva na questão do conforto se for preciso é um <i>paracetamol</i> , é um <i>bruffen</i> , é o que for, mas antes é começarmos já por aí! Que é para depois conseguirmos gerir melhor!	3.4	3.4	S
54	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 naquilo (...).	3.4	3.4	S
55	É muito sobreponível, se nós estivermos a falar em bombeiros, a avaliação primária e secundária tem que ser muito bem balizadas, certo? Sobretudo porque estamos a falar de colegas que não têm o nosso nível de prática	3.4	3.4	S

	<p>quer de conhecimento. A realidade é que nós em SIV e VMER, nós fazemos avaliação primária e secundária em simultâneo. Porque enquanto nós falamos num TAT e num TAS, uma avaliação primária implica..., por exemplo vamos qualificar a frequência respiratória e vamos qualificar a frequência cardíaca. Quando nós estamos em contextos de equipa como são as nossas, nós fazemos avaliação primária secundária em simultâneo. E aí está, por exemplo, uma exposição que está prevista numa avaliação secundária. Numa criança ninguém consegue ver um padrão ventilatório, sem a expor, porque a criança habitualmente usa no mínimo um body/um baby-grow e mais uma camisola e um casaco. Por isso nós temos que fazer a exposição para fazer um TICLS bem feito e estamos no TAP pediátrico. Eu vou ter que lhe tirar um casaco. Isto para dizer que não me faz, nem me faria sentido espectavelmente que fosse diferente, não é? Para a intervenção, porque em pediatria é quase impossível não o fazer em simultâneo.</p>			
56	<p>(...) mas eu penso que da mesma forma, poderíamos ter acesso também a este tipo de informação que no fundo não nos vai pesar, não é? Quando eu digo não vai “pesar”, não vai pesar as nossas costas. Vai apenas ocupar espaço na memória de um computador. Portanto, cabe-me a mim utilizar aquilo ou não.</p>	10.1	10.1	S
57	<p>(...) mexendo nas mãos da mãe ou do pai ou nas minhas (as crianças acham graça também que as mãos têm outra cor por causa das luvas). Foi uma vantagem tremenda que nós tivemos dentro do INEM, foi finalmente deixarmos as luvas de látex e passámos para as luvas de Nitrilo que são coloridas. E as crianças acham muita graça (...) mas são mais apelativas por causa da cor, aliás nós aqui utilizamos luvas azuis, mas há uma variedade enorme de cores para luvas (...).</p>	3.3	10.12	N
58	<p>Eu recordo numa altura, eu só tinha que introduzir uma sonda nasogástrica. Só tinha que fazer isso, mas aquela criança já tinha um historial tão grande, de trauma pela nasogástrica, que eu tive um tempo a dizer que ia ser diferente. Mas claro que não ia ser diferente, ia ser igual. Demorou tanto, que, basicamente, no fim foi ele que se auto entubou, foi ele que pôs no nariz, foi ele próprio que o fez, mas isto demora tempo.</p>	5.3	3.4	N
59	<p>Olhe a minha opinião pessoal é que sim que faz todo o sentido. Aliás quando nós</p>	10.7	10.7	S

	avançamos para o desconhecido, aliás tudo o que foge àquilo que é a nossa a vivência normal, é sempre complicado conseguir gerir, e de conseguir levar avante o nosso trabalho, e obviamente que tudo o que for estratégias facilitadoras serão uma mais valia, e obviamente que nos ajudarão no nosso trabalho por assim dizer, e sim vejo essa possibilidade como uma mais valia claro que sim [relativamente ao Guião Orientador da Comunicação]			
60	(...) 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 (...). (...) tentando aproximar da linguagem uma linguagem carinhosa...sempre com o máximo possível eu e a minha equipa...eu ou algum elemento da minha equipa...ou quem esteja por ali!	3.3	3.3	S
61	É assim, nós cada vez que caí uma ficha e vemos a idade..., sempre inferior a doze anos entramos sempre em pânico um bocadinho! Porque é aquela coisa de dizer vamos para uma criança, não é? E às vezes é sempre complicado, porquê? Porque nós temos que pensar na criança, temos que pensar nos pais, temos que pensar em muita gente não é só na vítima!	3.4	8	N
62	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. Sim, também há zonas que ficam distantes e a própria estrada não é favorável, mas nunca demora tanto como nas SIV's do interior.	7.1	8	N
63	Sim, tipo o cartão dos motards, que tem lá a informação toda. Sim sobretudo, quando nós vamos buscar a instituições e escolas, sobretudo isso.	10.9	10.9	S
64	A nossa formação base em pediatria é muito pobre, muito pobre mesmo. Eu acho que 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	9.3	9.3	S

	situações, e tem muito a ver com aquilo que eu lhe estava a dizer. Ok, no livro escrevem: tens que avaliar a tensão arterial..., pronto. Então e como é que eu avalio ali uma vítima pediátrica? Essa é a parte que não nos ensinam, não é? E esse é o não à vontade na avaliação da vítima pediátrica. Portanto eu acho sinceramente que tudo isso e tudo aquilo que falámos devia fazer parte da nossa formação base em pediatria.			
65	Não, 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 [avaliação secundária]	3.4	3.4	S
66	(...) 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 (...).	10.5	10.5	S
67	Uma das coisas que a gente tenta sempre descartar é isto. Algum hematoma..., imaginemos que a gente sai para convulsão. Chegamos e é uma criança que tem marcas de dedos nos braços, ou que tem alguns hematomas na face? Isto é dar-nos um alerta. Não é? A verdade é, podemos fazer de conta que não vemos! Mas o nosso direito até mesmo como cidadão e tudo, não faz a gente descartar essas hipóteses. Mas é sempre complicado, tudo o que tem pais, é muito complicado.	3.5	3.5	S
68	Nós por exemplo, ainda no outro dia fomos para a situação de um braço e nós apesar de pormos uma tala e fazermos aquelas coisas todas, 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, mas não somos todos iguais, não é? (...).	3.4	3.4	S
69	Então, 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.	8	8	S
70	Depois do acionamento, normalmente, nós temos determinada situação, e no fundo é tentar estabelecer estratégias da situação. Claro que nós sabemos que depois ao chegar ao local muitas vezes não é o que vai acontecer, não tem a ver com o que nós acabamos por estabelecer. No entanto, é isto	1.1	1.1	S

	que se faz, nós acabamos por falar em equipa, portanto quando chegarmos ao local, se fizermos isto, vamos tentar fazer assim, se e fizermos aquilo vamos tentar fazer assim. Basicamente é isto.			
71	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, eu costumo usar muito, muito esta expressão. É aquela fotografia que nós tiramos (tipo aquelas máquinas instantâneas), e vamos ver imediatamente como é que aquilo ficou. E na realidade o triângulo de avaliação pediátrico 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 (...).	3.4	3.4	S
72	(...) porque independentemente de tudo e por muito que uma pessoa tenha experiência e tenha estudos na área, eu acho que ninguém consegue sair para uma criança sem uma taquicardia, não é? Uma taquicardia sinusal, mas eu acho que é completamente impossível. Mas pronto, eu acredito que também haja pessoas mais à vontade naturalmente, e com o estudo e com a prática acabará por haver. Agora, eu acho que ninguém consegue pôr o coração de parte no que toca a vítimas pediátricas e acaba sempre por haver aquele “nervoso miudinho”, porque até mesmo quando as coisas estão todas bem pode haver alguma coisa que tenha corrido mal e há N situações dessas. Portanto, eu acho que nos faz sempre ter assim alguma cautela e acabam sempre por ser saídas muito complexas.	3.4	8	N
73	Claro, até existem as próprias barreiras físicas. Sim, com terceiros e quartos andares, por exemplo, sem elevador, em que as casas têm muitas escadas, depois cheias de vasos, que acaba por dificultar a passagem, até sem nada. Sim, há muitas barreiras físicas desse género e depois, tentamos alertar. Os próprios móveis, uma casa que a gente mal passa. 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.	2.1	2.1	S
74	Com base na informação recolhida antes de sairmos da base, não é? Que é sempre naturalmente limitada, mas com a informação	1.2	1.2	S

	que temos, 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.			
75	Viseu é SIV de Tondela. Agora tem a SIV São Pedro do Sul. A de São Pedro do Sul tem cerca de um ano e meio.	7.1	7.1	S
76	Sim, muito! Porque nós temos assim uma base muito superficial relativamente à pediatria geral, não é? E depois se nós pudéssemos ter algumas informações adicionais de quem já tem experiência em lidar com essa situação..., se a criança for autista...ter cuidado com isto ou aquilo, evitar isto ou aquilo e para outro tipo de situações pediátricas igual, claro que sim! Seria sempre uma mais valia essa informação adicional [relativamente ao Guião Orientador da Comunicação].	10.7	10.7	S
77	(...) tem que ser uma linguagem muito simples..., estou aqui a pensar, uma imagem onde os nossos procedimentos estivessem colocados em imagens, onde houvessem bonecos que estivessem a passar pelo mesmo. Estariam bonecos ou pessoas, sei lá! 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 [vocabulário a ter em conta no Manual Multilingue].	10.4	10.4	S
78	Trauma. Trauma, sem dúvida. Eu acho que é trauma e também se verifica muito (mas mais o trauma), as convulsões. Principalmente é isto que nós apanhamos, e estou a tentar recordar-me das chamadas. Acontece muito o trauma, essencialmente, ou então claro 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.	6.2	6.2	S
79	Eu sou fã de <i>checklists</i> e sou fã de formação, portanto, toda e qualquer formação, para mim, é sempre bem-vinda. Acho que até formações sobre o mesmo tema..., repetir o mesmo tema..., e até lecionadas por pessoas diferentes, permitem sempre aprender qualquer coisa. Portanto, acho que faz todo o sentido, sem dúvida.	9.1	9.1	S

80	Do ponto de vista comunicacional, vou ser sincero, acabo por não pensar muito nisso. É, do meu ponto de vista, a minha preocupação, provavelmente será errada, tem a ver com o plano clínico. Sei que o plano clínico se complementa muito com a comunicação, não é? A comunicação tem que ser bidirecional e muitas das vezes o feedback que nós temos que obter com a criança, nomeadamente, em questões de dor, de sintomatologia, nós vamos buscar essa informação à criança. Mas, eu pessoalmente, acabo por estar muito mais focado naquele contexto clínico propriamente dito. Depois, quando chego ao local, aí sim... promovo uma adaptação em relação à comunicação.	3.3	1.2	N
81	Eu de facto sugeri essa! Mas não consegui, porque qualquer avaliação é melhor do que nenhuma avaliação. E se sentisse mais confortável em ir com essa excelente! Era no benefício da criança. Contudo 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, como é que eu hei-de dizer, nós podemos colocar no registo, mas não é torna a dor tão visível como uma escala de 0 a 10, ou seja visível para quem? Para quem está no CODU que 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 a partir daí! Portanto eu posso dizer que na escala de faces esta a sorrir ou a chorar, ele não me vai validar por aí!	10.6	10.6	S
82	(...) agora há situações como as pediátricas que muitas das vezes nós não sabemos o que fazer. E são sempre situações muito pontuais o que torna ainda tudo muito mais stressante, há muito mais stress, envolve aquela ansiedade que a própria pessoa tem, há o ambiente que envolve a criança. Portanto, é capaz de serem situações que por vezes poderão parecer mais simples, mas são situações que se calhar são mais complexas.	3.4	8	N
83	Stefanie eu não acho eu tenho a plena certeza! À semelhança da parte biomédica que falamos há pouco, 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 conseguiremos fazer um	10.2	10.2	S

	refresh ali rapidamente de qual será a forma mais ajustada, isso só poderá ajudar! E dar maior segurança à equipa na abordagem! Daí, volto atrás e termos uma checklist..., ter algo que nos oriente e ajuste na abordagem, será sempre bem-vindo e uma mais valia.			
84	Gosto que, se for possível, que a criança esteja ao colo do pai ou da mãe. Aquele que ela preferir (...).	3.4	3.4	S
85	(...) 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.	10.1	10.1	S
86	Exato, eu acho que aí é que poderia é uma das grandes potencialidades, por exemplo [sugestão de poder descrever a parte da comunicação no próprio iTEAMS].	10.10	10.10	S
87	Sim nós temos sempre o cuidado, portanto, normalmente 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. Normalmente, nestes casos são os pais, 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 na altura e, portanto, passa muito por esse feedback que nós vamos beber deles, porque infelizmente muito deles, prontos não têm a capacidade de comunicação, não é? São pessoas que até 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.	5.2	5.2	S
88	A maior parte das crianças nem sabe o que é uma ligadura. Não sabe o que é uma tala. E a gente às vezes usa assim aqueles vocabulários - “Olha é uma tábua!”.	3.3	12	N
89	Eu dificilmente..., 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	10.3	10.3	S

	dor, se é uma dor moderada, severa, leve... Nunca usei a quantificação.			
90	Acho que sim. Agora não consigo a contextualizar, mas tenho a ideia, já foi há muito tempo de estar a comunicar com uma criança em inglês. Crianças estrangeiras? Muito pouca frequência. É o que eu digo, eu tenho uma ideia de ter de estar a falar com uma criança, seguramente não foi uma coisa grave que, infelizmente, fica muito calcado na nossa memória, são as situações mais graves. Felizmente não deve ter sido, mas eu lembro-me de..., nós estamos numa zona muito turística. Nós aqui na zona do Douro, Lamego, Régua, daí também esta facilidade em falar inglês! De facto, aqui fala-se muito... para dar indicações, muitas das vezes também, inclusive, a fazer serviços com muitos ingleses por causa dos barcos. Aqui há muitos barcos próximos...muitos estrangeiros e então acaba por haver essa facilidade. Muito pouco frequente atender crianças estrangeiras.	4.1	4.1	S
91	Uso muito aquilo que está à mão e aquilo que o ambiente me vai fornecendo, se for preciso no transporte de ambulância a criança é que controla o toque das sirenes. Portanto se quiser tocar sirenes tocamos. Se não quiser não tocamos. Se quiser tocar uma vez, toca uma vez. Nós mandamos no motorista. Portanto o meu companheiro técnico emergência 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 o motorista tem que tocar sirenes o motorista, tem que tocar sirenes. Vamos fazendo aqui, ocupando aqui o tempo distraindo aquilo que são as principais queixas e criando aqui alguma aproximação que nos permite depois fazer uma avaliação mais correta.	3.3	3.3	S
92	Quando vamos para a pediatria, vamos falando com o colega sobre a ocorrência para a qual vamos, não é? Dependendo da gravidade, vamos mais tranquilos ou não, e pronto falamos um bocadinho sobre o procedimento consoante a tipologia do serviço, não é? Claro que quando são quedas nas escolas está tudo bem, por isso vamos mais tranquilos, mas quando vamos para uma PCR, uma convulsão, as coisas já não são as mesmas, já não é a mesma situação, não é?	1.1	3.4	N
93	Eu noto tanto da área geográfica, como a nível ambiental, como a nível social, como a nível de fatores externos. Ou seja, nós aqui em Lisboa somos uma cidade que eu acho que tem	7.1	2	N

	<p>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 foi totalmente desacreditado e maltratado até por pessoas de outro nível social, não é? Eu não faço esse estigma, mas tento perceber que a nível social, mas isto a nível de toda a conjuntura social. Temos que perceber para onde é que vamos? Em quem é que vamos intervir? Temos de ter a perceção que pode ser apenas uma criança ou pode haver mais e nós temos de perceber se aquilo é um fator em cadeia ou não, ou só pontual daquela criança (...).</p>			
94	<p>(...) um quadro de hemorragia de uma criança de três anos e achei-a com excelente vitalidade, a brincar, sem qualquer alteração dos parâmetros vitais. Tinha apenas feito um vômito alimentar raiado de sangue, mas nada de especial, sem qualquer outra alteração, e não havia necessidade de ir para o hospital. Falei com os pais e expliquei alguns sinais de alerta. Falei com o CODU e ficou tudo acordado. Os pais assinaram a folha de recusa e a criança ficou em casa. (...).</p>	2.1	3.4	N
95	<p>a caminho do local, nós vamos pensar: criança doente...temos habitualmente a idade, é nos dada na ativação e pela idade nós percebemos se é uma criança bebé, se é um lactente, se é um recém-nascido, se é já um jovem, portanto isso é fundamental termos a noção da idade. Porque depois se for uma criança, um lactente até a 1 ano de idade, ou de 1 ano até ali aos 4/5, nós temos um conjunto do protocolos e fármacos que já levamos em mente, em termos de cálculos.</p>	1.1	1.1	S
96	<p>Depois também já me aconteceu, mas isso é a barreira linguística que é crianças que falam língua gestual e, portanto, nós não falamos língua gestual, mas isso também nos acontece nos adultos e aí sim numa criança surda é difícil a comunicação (...).</p>	5.4	5.4	S
97	<p>Não, nós temos acesso à internet. 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 <i>Google</i> normal. Até mesmo para uma questão de localização. Nós temos georreferenciação, podemos pôr a navegar,</p>	7.2	12	N

	mas muitas vezes dá-nos jeito ir ao <i>Google</i> para ver qualquer coisa, fazer qualquer ligação, nós temos acesso à internet e até para pesquisar a mais variadas coisas, porque às vezes mesmo nas ocorrências dá jeito para vermos coisas que nos possam surgir.			
98	(...) também depende das situações, não podemos andar com tudo, mas a maioria das vezes sim e se calhar era mais simples no ITeams, do que fisicamente andar com um livro.	10.10	10.10	S
99	Dos mais frequentes posso dar-lhe três: queda com TCE, dispneia e convulsão. São os mais frequentes. Os três mais frequentes.	6.2	6.2	S
100	Todos! Eu sou adepta da formação e acho que nós tripulantes de ambulância não escolhemos o tipo de atendimento que nos vai aparecer, portanto toda a informação e formação que nos for dada é sempre uma mais-valia para a própria pessoa que estamos a socorrer. Mas pessoalmente se for uma vítima pediátrica então é sempre muito mais difícil chegar até eles, por isso qualquer ajuda é sempre bem-vinda!	9.3	9.3	S
101	(...) porque, eu costumo 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..., em adulto já há aqui um chip que parece que ultrapassa. E é o protocolo mais fácil de todos. Em termos técnicos é o mais fácil de todos, mas é a tal coisa, depois muda aqui o chip e isso já altera muito (...).	3.4	3.4	S
102	(...) e depois, estar muito atenta, principalmente, ao risco de haver abusos, de haver maus tratos, ou seja, não pode ser chapa cinco, achar que a pessoa que está com a criança é o melhor cuidador. Eu pelo menos, esta foi uma das coisas que mais me ficou, foi cuidar desconfiando.	3.5	3.5	S
103	Eu tenho a certeza que ele não é do tempo do COVID [necessidade adaptação de vocabulário para o Manual Multilingue]. Efetivamente isso implicaria garantidamente pelo menos essas. Não tem questões adequadas à tosse, febre, tiveste em contacto com positivos..., pronto.	10.4	10.4	S
104	A nível comportamental, a malta aqui do Oeste, os miúdos daqui são mais rijos..., eu	7.1	7.1	S

	acho que tem a ver também com a própria sociedade. 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. Mas acho que é, mais a nível comportamental, até.			
105	Mas, 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.	12	7.2	N
106	Estas crianças nós não procuramos distraí-las, não é? Enquanto nós quando estamos a falar de um tipo de atuação de uma ambulância queremos distraí-las..., aqui nós não procuramos tanto a distração da criança, mas procuramos mais a informação da criança e depois a sua proteção, mas não tanto a distração (não querendo dizer que também não possa ser um dos nossos objetivos, mas minor). Até porque depois já caberá à família fazê-lo de acordo com aquilo que são as rotinas delas, para que regressem às suas rotinas.	3.4	3.4	S
107	(...) não falar muito alto; colocar-nos ao nível da vítima (...). Trato-os por tu, olha diz-me isto, diz-me aquilo, pronto e, tento criar ali alguma ligação, porque as crianças gostam de sentir que existe uma ligação..., acabamos por fazer isto quase de forma instintiva.	3.3	3.3	S
108	Temos o computador e depois 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. [Fluxos CODU]	3.1	1.1	N
109	Então diríamos assim a abordagem da criança e esta avaliação é sempre da responsabilidade do <i>team leader</i> [No caso das SIV é o enfermeiro].	3.1	3.1	S
110	Sim, sim é facilitador! Lá está..., agora só estamos formatados por causa da pandemia..., era 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.	10.10	10.10	S

111	Mas sim essas ferramentas acho que seriam importantes.	10.1	10.1	S
112	Sim, acho que é o nosso desconhecimento varia de doença para doença, varia de problema cognitivo para problema cognitivo e, claro, uma criança com autismo reage desta maneira se eu chegar assim, uma criança com paralisia reage de outra forma. Por isso muitas vezes os cuidadores são os nossos facilitadores. 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. Sim, sim. Os protocolos não serem direcionados apenas para tratar a parte física [referente ao Guião de Conduta Comunicativa]	10.7	10.7	S
113	(...) se estivermos em casa, estamos no espaço da criança podemos pô-la no quarto de brincar, dar-lhe algum brinquedo e tentar perceber com ele o que é que ele mais gosta. Isto são tudo estratégias que permitem entrar um bocadinho no mundo deles. E, fazendo isso, conseguimos ter muito mais deles. Ou seja, acaba por ir também um bocadinho em função daquilo que é a nossa “oferta”, daquilo que podemos usar em função das necessidades.	3.3	3.3	S
114	Mas durante o transporte nós vamos tentando adivinhar mais ou menos o que é que se poderá passar no local. Claro que às vezes não acontece, não é a mesma coisa. Eu pessoalmente nunca tive nenhum caso extremo, de extrema gravidade. Tive coisas mais simples. Mas claro que pensamos sempre que pode acontecer o pior, independentemente do que nos disseram no acionamento. Vamos tentado fazer um filme do que pode acontecer. É mais ou menos isso.	1.1	1.1	S
115	É assim, eu acho que não é tão discutido porque nós intrinsecamente já temos, não é? Inconscientemente já vamos fazendo esse exercício. Eu acho que é um bocadinho por aí, porque sabemos que se é uma criança à partida vamos ter que ter um comportamento completamente diferente a todos os níveis... não é que nós discutamos tanto isso a caminho da ocorrência, mas eu penso que isso já nos é inerente, já está intrínseco. Já vamos pensando um bocadinho... claro que a abordagem vai ser completamente diferente.	1.2	1.2	S
116	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	10.11	9.3	N

	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!			
117	Eu aí sou totalmente refém dos pais, totalmente. Porque os pais são os melhores cuidadores deles. Eles sabem tudo o que é vão fazer. Eu apenas digo a eles: “eu preciso disto!”; “Eu preciso de o levar até à ambulância!”. Qual é a forma melhor de levar? Eu já tive um pai como a criança tetraplégica que agarrou tudo na cadeirinha específica, que agarrou na criança e vamos só descer aqui as rampas e está na ambulância. E tive outro que agarrou nela ao colo e seguiu dali para fora. Ou seja, mas não sou eu que vou agarrar nela assim ao colo, de qualquer forma para a levar! Mas peço muito a eles qual é a melhor forma de fazer isto, vocês que estão habituados.	5.2	3.1	N
118	(...) mas sim, isto de falar com os colegas e aquela ideia do Power BI, de saber quem são os colegas com mais ocorrências também seria interessante para si. 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, não é? Imagine seis meses ou um ano, depois é ver quem são os utilizadores, que estão lá. Mas é uma sugestão. Ou seja, o objetivo é identificar operacionais com mais ocorrências pediátricas.	3.1	3.1	S
119	(...) o que eu também faço sempre é explicar e dizer que nunca vou mentir e que há coisas que se calhar eu não consigo explicar a cem por cento, mas que quando eu não souber, eu vou dizer que não sei. Não lhe vou mentir, não lhe vou ocultar informação (...).	3.3	3.3	S
120	Sim. Por acaso nunca tinha pensado, até com esse dispositivo que nós temos agora disponível, nunca tinha pensado nisso. Claro que às vezes numa parte se calhar prática, depois nós temos que fazer a parte do registo, temos que estar sobre essa parte, poderia ser algo que não seja constante. Mas se calhar, numa fase inicial ou ter uma aplicação que fosse possível a criança interagir, sem dúvida que era engraçado. Portanto era mais uma barreira que se calhar era quebrada, não é? Porque eles têm uma propensão quase imediata para a tecnologia e se calhar se fosse uma aplicação interativa que explicasse lá está, o que a Stefanie pensa fazer numa folha, no trabalho, sim se tivesse uma aplicação onde fosse possível interagir e perceber, e que a	10.10	10.10	S

	criança fosse validando o que está a sentir ou que o que estava a acontecer, era interessante, sem dúvida.			
121	Eu fui duas vezes seguidas à mesma criança e só na segunda vez é que eu suspeitei de maus tratos! A primeira vez pode ser acidente e nós sabemos que as crianças estão muito propensas a acidentes! Numa primeira vez, nem sequer coloquei essa hipótese, mas na segunda vez é que...aí já me soaram os sinos todos! E essas situações são difíceis...se já é difícil comunicar com todas...na criança doente...então na criança vítimas de maus tratos...é que depois socorro-me dos pais e os pais são os agressores...é muito difícil! Por vezes os pais não estão ajustados e então temos que os retirar e tentar mesmo a comunicação com a criança. E ficamos completamente sem pé, sem chão, sem apoio.	3.5	3.5	S
122	Não, por acaso não, nem na UMIPE, na intervenção na rua, nem via CAPIC. Não, que eu me recorde em nenhuma das minhas ocorrências, portanto de socorro, independentemente do papel em que esteja, nunca tive nenhuma situação envolvendo vítimas estrangeiras.	4.1	4.1	S
123	Acho que sim e até acho curioso essa situação [relativamente à ideia da existência de um brinquedo]. Sim, eu acho que sim, acho que sim, porque as crianças vendo algo novo, que seja do interesse delas, da idade delas, neste caso acho que vai criar ainda mais um voto de confiança para connosco, para conseguirmos interagir mais com ela.	10.5	10.5	S
124	A notificação de morte lá está, não somos nós que fazemos à criança.	8	3.2	N
125	Mas a nossa aproximação e o principal papel que nós temos nestas situações, é nós compreendermos como é que as crianças normalmente reagem em determinadas situações, arranjar ferramentas para podermos inicialmente perceber isto, e depois o que fazemos.	3.3	3.3	S
126	Na pediatria, sem dúvida que é a morte inesperada de um familiar ou pessoa próxima, não tenho qualquer dúvida que é dos mais prioritários (...).	8	3.2	N
127	E 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 é? Não sabem o nome da rua, não sabem abrir a porta, e é uma das coisas que eu tento inculcar ao meu filho é tentar dizer-lhe onde é que ele está, onde é que ele	3.4	12	N

	mora. Ele é pequenino e ainda não consegue, ainda não sabe, mas é mesmo importante que os filhos saibam [Em certas ocasiões a criança pode não ser a vítima e ser ela quem faz o acionamento da ocorrência].			
128	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. Depende da criança voltamos sempre ao mesmo, voltamos sempre ao mesmo.	10.10	10.10	S
129	Sim é mais desafiadora dos dez anos para baixo. Eu costumo dizer que tudo o que seja acima dos seis, sete anos para cima estamos a falar de um peso quase trinta quilos. É com dez anos, trinta quilos. Para mim é mais fácil porquê? Porque a nível de doses, a nível de comunicação, a criança tem uma perceção 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. Aí sim, é sempre desafiante por causa disto tudo, isso quanto mais baixa for a idade maior é o desafio, neste caso. E não é só a nível de doses, é tudo, é tudo. Acesso, tudo, é o mundo, é o mundo, a sério!	3.3	8	N
130	Eu penso que sim poderá ser útil, porque obviamente que existe um padrão que podemos seguir através de uma <i>checklist</i> , como disse. Que terá os seus ajustes consoante aquilo que nós estamos a ter. Um fluxograma que nos indique caminho a seguir. Que depois disso, valerá o que valerá porque se a criança não estiver para nos aturar é o que é. Obviamente que sim, que esse fluxograma 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! Mas se obviamente houvesse algo mais específico, porque como diz e bem, direcionado para a comunicação a coisa seria com certeza bastante mais facilitadora daquilo que é a nossa interação, claro que sim!	10.2	10.2	S
131	E pediatria é isto, é ter a consciência que não há respostas certas, nem há respostas erradas,	3.4	3.4	S

	não é? Há é caminhos mais facilitadores do que outros.			
132	Encontra o foco que é isto que tu tens que te preocupar quando lá chegares. Essa parte de termos coisas físicas e de olharmos rapidamente e nos lembrarmos ajuda muito [realçando a pertinência de material facilitador principalmente em situações mais graves].	10.1	10.1	S
133	Quer dizer, frequente 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.	6.1	6.1	S
134	(...) e espero que realmente se consiga fazer chegar aqui algumas ferramentas porque acho que são essenciais. E parabéns porque fico contente já não é a primeira vez, mas 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. Portanto, 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. Talvez por força da vontade de realmente ajudar o outro, não é? Com ou sem condições alguém há-de ir lá e ir ajudar. No entanto, é importante este tipo de estudos, são muito importantes porque vão-nos colocando no panorama, nem que seja no panorama académico para começarmos devagarinho a ir sedimentando aquilo que é o pré-hospitalar. Eu acho que acima de tudo, tenho que também agradecer porque isso também é muito importante está bem? Obrigado!	11	11	S
135	E eu tenho uma sensibilidade também, para ir observando várias coisas ao mesmo tempo. Nomeadamente os casos de maus tratos. Às vezes os maus tratos acontecem, não é? E estão escondidos por causa da roupa. Por isso, eu quando nós estamos a fazer a avaliação secundária, também é uma coisa mais minuciosa, tento sempre lembrar-me dessas situações.	3.5	3.5	S
136	Mas eu penso que nós, em termos de articulação com as entidades locais e tudo isso nós conseguimos de alguma forma pedir o	5.2	5.2	S

	suporte, assim como podemos pedir nas línguas, não é? Por exemplo se eu estiver numa situação com uma família alemã e eu não sei falar alemão e eles não falam outra língua, não é? Num contexto como este, é nos possível articular com as entidades locais e considerar a possibilidade de pedir um tradutor por exemplo. Pronto acredito que o mesmo seja possível para a linguagem gestual.			
137	Sim, isso sim, facilitava muito, porque normalmente, é, pronto, as alergias e a medicação é aquilo que nós precisamos realmente de saber e depois a forma de comunicar sim ... acho que era facilitador [cartão de identificação pediátrico].	10.9	10.9	S
138	Sim. Isso é como em tudo, se eu for a um lar, estão lá os dados todos da pessoa numa folha, não preciso de fazer perguntas. Se a criança tiver o mesmo, não vou precisar de fazer grandes perguntas, não é? E seria mais rápido, sim. Se calhar, podia ajudar até quando temos pais com uma escolaridade mais baixa que possam ter dificuldade, às vezes, em pronunciar o nome dos fármacos ou em dizer o nome da patologia... se tudo isso estivesse escrito, seria ouro sobre azul, para nós, é muito mais fácil.	10.9	10.9	S
139	É assim, nós aqui a nível de CAPIC são duas coisas completamente diferentes, o tipo de abordagem que é feito no CAPIC e o tipo de abordagem que é feito nas ambulâncias. No CAPIC, nós por norma, a comunicação com as crianças é feita pelos adultos dependendo da situação que é. É óbvio que podemos ter uma criança agressiva ou podemos ter uma outra situação, mas por norma quando nós vamos e que encontramos crianças, serão situações por exemplo de mortes inesperadas e esta comunicação é feita pela própria família, não é? É facilitada pela própria família. Claro que nós, mediante a gestão do que são os nossos conhecimentos, a nossa formação na atuação nestas circunstâncias, nós vamos então tentar ajudar a família, nessas notificações.	3.2	7.2	N
140	Eu costumo dizer sempre que costumo pessoalizar as coisas. Nós não devemos pessoalizar, mas aquilo que eu costumo dizer é: "olha eu já tive 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...	3.3	3.3	S
141	(...) na crise psicótica todas as regras, válidas para as crises psicóticas aplicam-se, por	3.3	3.3	S

	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 àquilo que a pessoa nos vai dando.			
142	<p>Todos os dias toneladas de cartões que a gente manda fazer, mas mesmo com as crianças também o fazemos. Isto é dizemos. Normalmente dizemos aos pais olhe, mas é bom que você traga isto na carteira. Por exemplo, as alergias, se for uma alergia alimentar pronto mais ou menos. Depende da alergia, mas uma alergia a um medicamento é aquilo que tem que estar supervisível. [Os profissionais dão dicas aos pais para que coloquem informações importantes sobre a criança na carteira, como por exemplo, sobre medicação e alergias que possa ter]</p>	10.12	10.12	S
143	<p>Sim para direcionar logo numa situação em que nós temos que tirar alguma dúvida lá está, nós recorremos ao quê? À nossa ferramenta que é o telemóvel. Mas imaginemos, que por algum motivo eu não o tenho! É sempre prático ter aqui no ITeams, uma aplicação que possa rapidamente, quando eu estou a fazer os registos, epá tenho dúvida acerca disto. E está ali rapidamente, a resposta, à dúvida que eu tenho. É sempre facilitador!</p>	10.10	10.10	S
144	<p>Mas a estratégia, a estratégia é a mesma. (...) mas a nossa abordagem é a mesma, ou seja, estrangeira, ou não estrangeira, a abordagem é a mesma. A conversa é que pode mudar. Olha gostas de Portugal? Não gostas de Portugal? A abordagem e a forma de conversa é que pode mudar.</p>	4.2	4.2	S
145	<p>Acho que focámos aqui vários aspetos importantes que se conseguirem ser operacionalizados acho que podem ser muito úteis...será muito útil.</p>	10.1	11	N
146	<p>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 [Guião de Conduta Comunicativa]</p>	10.7	10.7	S
147	<p>Em termos de atendimento, portanto acaba por ser igual a qualquer cidadão a nível nacional. Agora depois existem algumas particularidades, até comunicacionais, por exemplo aqui a zona do Minho, tudo o que é</p>	2.1	4.2	N

	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 (...).			
148	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, não é? Acho que é sempre importante ter qualquer coisa. Porque, lá está, então a história dele com os desenhos é a estratégia que foi usada para distrair. Acho que sim, um brinquedo, um objeto, qualquer coisa que dê para eles se irem entretendo e eles gostam sempre de qualquer coisa nova.	10.5	10.5	S
149	Sim por norma sim. Às vezes não temos sempre esta conversa explícita, porque já tivemos antes, 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 própria às vezes vou a pensar o que é que seria importante, o que é que não seria porque sabemos que é pela etapa de desenvolvimento propriamente e não pelo pela idade em si e há coisas muito sensíveis por exemplo se for para um suicídio é diferente. Do que se vou para um acidente, escolher o que é que vamos comunicar, nós nunca comunicamos diretamente, ou seja, 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. Mas na prática aquilo que eu já tenho aprendido é sempre que eu chego a um local é diferente. Portanto vou planeando, 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.	1.2	1.2	S
150	Nunca contar com que aquela pessoa que está ali, que até se demonstra ser o principal cuidador, seja mesmo, não é? E na criança é muito fácil de perceber isso. Mais na criança crescida, na criança pequena não, porque ele não tem a noção do bem e do mal e aquela pessoa é o elo de ligação. Por isso, isso é uma coisa que, realmente, tenho bastante cuidado nas ocorrências, é perceber a história, 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. Ou seja, e nós como vamos muito para a emergência médica, perceber se a agudização do estado clínico da criança faz sentido com a história que me contam, porque nós temos que perguntar: O que é que fez? 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. E 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. E a negligência muitas vezes é passível pela falta de literacia. Isso na nossa sociedade ainda se vê, muito mesmo.	3,5	3,5	S
151	Aquilo que eu quero dizer é que teoricamente o INEM efetivamente pretende acabar totalmente com o papel e passar só registos online.	10.10	10.10	S
152	Até esses, quanto mais uma criança dita “normal” [concordando que até as crianças com NEE têm muita aptidão/gosto pelas novas tecnologias. Realçando a importância da existência de material digital].	10.1	10.1	S
153	Em crianças mais velhas, vá adolescentes também pode acontecer as crises psicóticas, a ideação suicida ou o risco iminente e aí sim (...).	3.3	3.3	S
154	E quem diz isso, diz por exemplo, uma suspeita de abuso. Nós percebemos naquela primeira foto, que algo ali não está a bater certo, na dúvida criamos um momento subtilmente em que não estejam presentes os progenitores para que nós possamos explorar esta questão. Para tirarmos esta nossa percepção, a nossa suspeita.	3.5	3.5	S
155	Eu achei interessante essa parte dos cartões, ela meteu os cartões, mas ela falou de outras coisas..., eu na altura lembrava-me mais! Ela falou de algumas coisas que não nos passa pela cabeça serem úteis, mas realmente quando ela começou a abordar aquilo é interessante. E era interessante meter aquilo nas ambulâncias nomeadamente os cartões com as figuras, era muito, muito bom! E como eu lhe disse há bocado em relação a essa série que eu vejo, a criança utilizava os cartões todos para se orientar durante o dia-a-dia para explicar	10.8	10.8	S

	exatamente o que é que ela faz durante o dia todo [Prancha de Comunicação]			
156	(...) quando estamos a falar de situações ocorridas no domicílio, por exemplo, é fácil porque muitas vezes a criança tem o seu peluche preferido ou tem este ou aquele brinquedo. E nós devemos facilitar que a criança leve alguma coisa, não é? Porque dá um sentido de maior segurança.	10.5	3.3	N
157	Recordo-me de uma situação de uma criança que estava extremamente ansiosa após a morte inesperada do pai, a criança sabia, já tinha conhecimento, já tinha sido notificada e o medo desta criança é que o coração dele também parasse de bater. Portanto e uma das coisas que fizemos, eu pedi para ir buscar o equipamento da mala de intervenção do TEPH e mostrei à criança que o coração dele estava a bater, não é? Foi uma forma que encontrei ali de o tranquilizar, envolvê-lo na exploração daquele objeto, desfocar da ansiedade dele e dos sintomas da ansiedade dele e conseguimos estabilizar a criança.	3.3	3.3	S
158	Sim. Eu não sou taxativo, mas sou fã das <i>checklists</i> , porque permitem-nos recordar coisas que não temos presentes no dia a dia. Posso dizer isto e, por exemplo, fazendo a comparação de quando estamos no helicóptero, os pilotos, mesmo voando três, quatro ou dez vezes por dia, antes de descolar, cumprem sempre uma <i>checklist, step by step</i> , e só depois damos início à missão. Portanto, acho que nós podemos até ter o protocolo decorado, mas, e especialmente em pediatria, que tem muita especificidade e em que temos tão poucas saídas, podermos ter uma <i>checklist</i> 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 <i>checklist</i> , que questões colocar à criança para responder), acho que faz todo o sentido estar. E eu sou fã das <i>checklist's</i> .	10.2	10.2	S
159	Aqui é o oposto, pronto, lá está, 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].	7.1	7.1	S
160	Eu acho que sim, porque neste momento começamos a ter muita população estrangeira fruto das migrações, não é? E infelizmente,	4.1	10.4	N

	depois cria aqui algumas dificuldades de comunicação o que é pena, porque depois também chegando ao hospital acho que também há essa dificuldade e às vezes ficam coisas por dizer que seriam mesmo muito importantes. Tudo aquilo que possa facilitar e que caiba numa coisa muito pequenina.			
161	Acho que sim, acho que era mais fácil até porque as crianças agora são muito tecnológicas, não é? E, portanto, eles acham sempre piada ao computador e nós também uma das coisas que fazemos é pôr vídeos de desenhos animados nos nossos próprios telemóveis para os entreter, não é? E, portanto, acho que sim! No computador até era mais fácil para eles, não para nós, mas para eles até porque o nosso computador é <i>toucht</i> , portanto eles até podiam carregar no boneco, sim poderia estar associado inclusive ao nosso programa o <i>iTEAMS</i> , não é? E quando fosse uma ocorrência pediátrica aquilo abrir tal como.... Eu costumo brincar e dizer que eles trazem um <i>chip</i> que nós não trazíamos..., um chip novo, quando eles nascem já vêm com um chip que nós na nossa geração o chip não vinha.	10.10	10.10	S
162	A abordagem propriamente da criança. Quando efetivamente temos essa foto cheirada e visual do local. Avançamos para uma avaliação clínica e o TAP pediátrico dá-nos uma avaliação clínica sumária da criança.	3.4	3.4	S
163	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, não é? E temos o lá o pai à beira ou a mãe e muitas vezes entram em stress e nada, não é? A gente bem vê no CODU quando fazemos perguntas e quando entram em stress é sim, sim, sim, sim, sim, e respondem a tudo que sim. Se tivéssemos algo físico, assim era completamente uma mais valia sem qualquer dúvida.	10.1	10.1	S
164	(...) porque uma criança que não fala e tudo isso ainda é mais difícil...	3.4	5.3	N
165	Só dizer que fico ansioso por esses materiais, porque acho que são, vão ser uma grande ajuda para todos os profissionais, incluindo nós também, não é? 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	11	11	S

	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. E que seja rápido, que tenha bons resultados e sobretudo que venham ferramentas daí rapidamente.			
166	acho 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.	10.1	10.1	S
167	Cuidados vamos ter sempre, não é? 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 [atendimento a crianças estrangeiras].	4.2	4.2	S
168	Sim fomos-lhe explicando, fomos diretos com ele, 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 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 ou alguma coisa, tentamos a perceber o que é que ele já sentiu e relacionar a partir daí.	3.3	3.3	S
169	Mas sim podia haver alguma coisa que nós pudéssemos oferecer à criança para ela relaxar, descontraír e distraír um bocadinho.	10.5	10.5	S
170	Não lhe consigo dar um número assim exato, se calhar falho ... não é propriamente baixo; mas 15 a 20 % dos transportes pediátricos, são transportes e intervenções pediátricas de crianças com algum tipo de deficiência.	5.1	5.1	S
171	(...) e pensar sempre na pior delas porque, 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, está tudo bem, e as crianças nisso são as coisas mais simples que há! É por isso que é sempre melhor pensar no pior, se não a gente chega lá e baixamos as armas depois!	1.1	3.4	N
172	Às vezes não paramos, nem almoçamos ou nem jantamos! Outros dias em que não há nada!	12	7.2	N

173	Stefanie deixe-me só dizer-lhe aqui uma coisa. Nós 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.	6.1	6.1	S
174	Geralmente aquilo que me parece é que há mais dificuldades, não é que seja da nossa parte, mas acho que é mais desafiador em termos gerais, quer para a família, quer para nós, quer para as outras entidades. Por exemplo, nós não fazemos notificação de morte. Nós aconselhamos e apoiamos na notificação de morte, a notificação de morte deve ser feita por um familiar próximo, ou seja, é necessário comunicar àquela criança que o pai morreu, portanto deve ser alguém próximo, ou mãe ou outra pessoa significativa a fazê-lo, não é?	3.4	8	N
175	(...) não descurando possíveis situações de violência doméstica que possam existir, para estarmos atentos entre equipa, para tentar perceber também essa parte.	3.5	3.5	S
176	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 dói-me aqui, no pé, na barriga!”. Sim, penso que sim, que seria mais uma ferramenta, que pudesse dar apoio.	10.1	10.1	S
177	Eu acho que é sempre uma mais valia. Agora tendo em conta que a casuística é reduzida, não é? Portanto pode não ser uma prioridade, se calhar. 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, não é? [material para crianças que usam LGP]	10.11	10.11	S
178	Há sempre alguém que acaba por servir de intérprete, tanto na escola, como por exemplo, aqui nós no Porto, temos uma ou duas escolas de surdos, por exemplo. Como é que comunicamos com eles? É extremamente complicado, mas existe sempre um auxiliar, um professor.	5.4	5.4	S
179	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 base 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	10.8	5.2	N

	coisa, mas seria para usar.... E aí seria plastificar no sentido de permitir o uso mais do que uma vez (...)			
180	E se me perguntar, a nossa dificuldade em termos de extra-hospitalar, é deixar esta evidência, em termos de registos? Por exemplo, 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. É, porque também tem a ver com a limitação do registo. Aquele caso, que eu lhe estava a contar, da equipa que acompanhou aquela criança, eu na altura estudei-o, e a minha maior dificuldade foi essa. Foi conseguir perceber, aquilo que eles me diziam, e aquilo que eles escreviam, porque não tinha nada a ver, uma coisa com a outra.	3.1	3.1	S
181	Não, não temos nenhum lugar específico para isso. [Na aplicação do iTEAMS não existe um lugar específico para colocar informação sobre a forma de comunicação da criança]	10.10	12	N
182	Dependeria também da idade da criança. Se fosse uma criança mais nova, quando digo mais nova, pequenina 3/4 anos, 5 anos. Muitas destas crianças comunicam de formas diferentes, não necessariamente falarmos com ela e, portanto, aí a aproximação, a nossa postura, a nossa colocação relativamente a ela, tentar perceber visualmente e através mesmo do triângulo pediátrico 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 e tem ali alguma capacidade de comunicação, aí sim iria tentar de alguma forma comunicar com ela. Nós hoje em dia temos..., se for mais velha por exemplo 10/12 anos e se tiverem em condições para isso, porque depois depende do estado da vítima, mas temos uma coisa fabulosa que se chama computador, e 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 <i>Google</i> e traduzia para mandarim na esperança de que a pessoa do outro lado me respondesse ou percebesse o que é que eu lhe estava a perguntar. Mas sim, eu, portanto criança mais nova tentaria cingir aquilo que era a minha comunicação a uma parte mais física de maior empatia, de maior aproximação na perspetiva de tentar ganhar a confiança, para	4.2	4.2	S

	poder prestar socorro e fazer o que era necessário..., crianças mais velhas, iria tentar focar mais na comunicação direta com ela, portanto na esperança de conseguir comunicar e perceber quais as queixas ou tento criar ali alguma ponte de comunicação. Agora especificamente, não consigo assim falar à primeira de que forma é que o faria [atendimento a crianças estrangeiras].			
183	Portanto, como é que está a criança. O que é que temos em termos de aparência, trabalho respiratório, tudo, portanto, se estamos perante uma vítima crítica ou não crítica. O TAP acaba por nos dar uma ideia rápida disso.	3.4	3.4	S
184	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.	10.5	10.5	S
185	É assim, só se for agora nesta fase da pandemia, que nós, o INEM, eu não sei se já tinha essa noção, mas o INEM tem equipas de enfermeiros dedicadas às colheitas de zangaratoas, para o teste COVID. Já tinha essa ideia? [Colheitas COVID]	3.1	12	N
186	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. Mas quer queiramos quer não, no meio hospitalar, a pediatria vai do zero anos até aos dezoito menos um, e a adolescência é equiparada ao adulto. Por isso, e como a maior casuística na pediatria é sem dúvida, a adolescência, ali dos treze aos dezassete anos, já há muita coisa aí dirigida.	6.1	6.1	S
187	Sim, 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 desconhecimento. Porque 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, sim a formação seria sempre uma determinante para complementar esta questão!	9.2	9.2	S
188	Procuro também na avaliação primária efetivamente saltar alguns passos se a situação o permitir. Se a criança não quiser, por exemplo oximetria. Se ela não quiser estar a meter aquilo no dedo, se não tiver polipneica, se não tiver sinais de esforço respiratório, se não tiver cianose, se não estiver o balancear da	3.3	3.3	S

	cabeça ou posição do fungador, se não tiver nada que antecipe uma dificuldade do ponto de vista do B, não vou estar a massacarar se não for...			
189	(...) o que nunca falha é apresentar-me. Digo sempre sou X, que sou psicóloga, que sou do INEM, consoante aqui a idade e a etapa de desenvolvimento também explico um bocadinho o que é o INEM às vezes de uma forma muito simples. 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 (...).	3.2	3.2	S
190	Ah e estou ansiosa por ver o resultado de todo o seu trabalho! 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, não é?	11	11	S
191	Eu trabalhei em Inglaterra e lá ou temos cédula para pediatria ou temos cédula para adultos.	12	3.4	N
192	(...) normalmente as vítimas pediátricas, regra geral ou não têm nada ou têm alguma coisa. Normalmente não há meio termo, não é? Ou são coisas muito ligeiras que quase nem precisavam de ir ao hospital, ou de ir lá uma ambulância, ou então são situações bem mais graves que já requerem de outro tipo de apoio.	6.2	3.4	N
193	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.	10.3	10.3	S
194	Por exemplo uma coisa tão simples quanto isto, muitas vezes no contexto rural ao contrário do que acontece no contexto urbano, há muitas crianças a frequentar a catequese por exemplo e, portanto, todos estes conceitos de morte e de crenças sobre a morte e de crenças de pós-morte, têm aqui outras características diferentes, não é? E que nós não vamos para desconstruir nada. Atenção. Eu acho é que é importante, nós termos esta sensibilidade para olhar para isto, perceber isto e ter respeito por isto.	2.1	7.1	N
195	A abordagem inicial. 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.	8	8	S

	Porque no fim de conseguirmos captar a atenção da criança, depois aí é tudo “mar sobre rosas”, já é muito mais fácil, mas acho que a abordagem inicial é a mais difícil.			
196	É assim, tudo o que for para facilitar acho que sim, teria que ser uma coisa realmente bem elaborada e nessa situação específica porque mesmo o manual multilíngue, poucas são as pessoas que utilizam. Temos a experiência do adulto está lá, foi feito propositadamente para isso, mas quase ninguém utiliza. Eu já tive casos de situações de vítimas adultas, não crianças, adultas chinesas, línguas completamente que eu não domino de nada, do zero. Qual é a forma que nós temos? Não vou procurar o manual multilíngue, não consigo aceder, não é nada prático e funcional aquilo, esqueça! Agora a nível pediátrico, concordo se for uma coisa elaborada com as imagens para a criança ir facilitar por aí, 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. Para o caso das crianças, as imagens, é diferente. Estamos a falar de uma situação diferente, se calhar bem trabalhado até tem a sua lógica e poderá ter utilidade. Boas imagens.	10.4	10.4	S
197	Agora acho que até conseguirmos carregar naquilo e alguém atender do outro lado, devíamos ter ali alguma coisa para poder comunicar! [Crianças a usar LGP].	10.11	10.11	S
198	Não é muito fácil a comunicação, porque eles próprios às vezes têm dificuldades de comunicação e nós também não conseguimos perceber. Sim, eu acho que é muito difícil para nós. Esses sim, 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.	1.2	1.2	S
199	Muitas das vezes os meus TEPH's pegam lá nos carrinhos e eu pego nas Barbies e tentamos fazer uma aproximação muito por género. Eu pessoalmente com os meus TEPH's trabalho isso com eles e dinamizo essa ação.	3.2	3.2	S
200	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. A ideia é boa. A ideia é boa. A ideia é cinco estrelas [cartão de identificação pediátrico].	10.9	10.9	S
201	Sim eventualmente! Nós agora, quando estivemos a receber os refugiados do Afeganistão uma das coisas que me foi colocada à disposição foram, efetivamente,	10.5	10.5	S

	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! Mas efetivamente sim, isso seria mais uma ferramenta que ajuda a estabelecer e a facilitar a comunicação com a criança.			
202	Já tive, mas era uma criança com dezassete anos e conseguia exprimir-se perfeitamente. Ele tinha outro síndrome, mas pronto...	5.1	5.1	S
203	(...) para já, são crianças que, quando estão acordadas, estão muito mais sossegadas - quando eu digo acordadas é quando não têm um problema sério -, estão muito mais sossegadas, não andam a correr de um lado para o outro, ou a empurrar cadeiras, como as nossas. E isso é raro acontecer. Elas estão ali ao lado dos pais, sossegadas, seja de que idade for. E, nesse aspeto, nós acabamos por ter muito mais facilidade em falar com elas, mesmo aquando de uma intervenção - e aqui refiro-me a intervenções invasivas, como colocar uma sonda nasogástrica, as crianças estrangeiras são muito mais recetivas e ficam muito mais tranquilas do que as crianças portuguesas que, muitas vezes, temos de agarrar.	4.1	4.1	S
204	Se a criança está mal não há como fingir. Está a chorar por exemplo, está mais ou está pouco reativa e quando nós chegamos e na nossa primeira abordagem que é o TAP, vimos uma criança pouco reativa neste caso hipotónica e isto é logo um sinal de alerta para nós que a situação efetivamente é grave.	2.1	3.1	N
205	Na altura o que nós usávamos... 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. Posso-lhe depois partilhar fotos, se quiser, embora que isso tenha direitos delas vá... há muitas crianças que começam a usar a tira de girassóis. E eu acho que também começa a haver muitos profissionais que já percebem o que é. As de girassóis é a amarela..., de oncologia também já vi várias. A dos girassóis também já encontrei. Agora isto é algo que se tem que trabalhar com eles...	10.12	10.12	S
206	Sim, isso ajudaria! Principalmente quando estão sozinhos ou quando estão na escola. Muitas vezes nós temos a barreira das escolas. Eles não sabem os problemas de saúde daquela criança, não sabem se tem antecedentes se não	2.1	10.9	N

	tem, e depois podem não conseguir estabelecer o contacto com os pais ou com quem seja, e claro isso sim seria uma mais-valia! Até porque depois no hospital pode interferir tudo o que seja a medicação, alergias, não é? Tudo isso é informação importante para depois no hospital ter o tratamento adequado, e até para nós. Bastante importante.			
207	Mas eventualmente mais formação, mais estágios em ambientes pediátricos seria desejável efetivamente! Eu sei que isto está programado, e estou a fazer um relato que é uma constatação efetiva e real! Mas seria desejável...de criar alguma rotina, no sentido de termos maior efetividade de contactos com ambientes pediátricos!	9.1	9.1	S
208	Mas também só se consegue as coisas com o trabalho. Eu acho que está num excelente caminho. Eu acho muito bem. E estas coisas têm de ser trabalhadas. 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. E a pessoa que disser que não sente, que não é um problema, não sei...	11	11	S
209	A que tem é a de transporte neonatal. A nossa não tem, é uma ambulância normal como aquela que viu. [Relativamente a ter bonecos]	10.5	10.5	S
210	Ora bem, não sei se poderei dividir isto em dois, mas, 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, na minha experiência, o mais desafiante é a comunicação e conseguir ganhar a confiança das crianças.	8	8	S
211	Se conseguirmos conquistar a criança para uma avaliação primária que teremos que fazer os itens em trinta segundos, não é? Vamos avaliar em trinta segundos, depois o secundário também, se ela não se assustar connosco no primário, também o secundário não vai ser assim tão difícil desde que a gente já tenha a criança do nosso lado.	3.3	3.3	S
212	Quando a Stefanie disse que a entrevista demora uma hora e meia, pensei: “Aí uma hora e meia pah!”. Mas gostei bastante, acho que o trabalho está excelente, obviamente sou	11	11	S

	<p>suspeito e também pode limpar o queixo por favor, que eu vou dizer aqui umas coisas que é para a Stefanie gostar. Vou fazer o reforço positivo, 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 que é outro problema que vai ter, não é? É esperar que aquilo funcione aliás que funciona, que a gente sabe que funciona é se vai ser utilizado, ou não? Muito agradado com a nossa conversa, mesmo muito! E quero ver notícias suas brevemente!</p>			
213	<p>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.</p>	3.3	12	N
214	<p>Mas isso tem dias e a gente não consegue controlar isso. Eu também fui para a SIV de Lisboa e também não tive quando fui em estágio. Tive uma saída, acho eu. Depois temos meios, a SIV Avelar tem muitas saídas, eu ontem tive lá doze horas e não tive saída nenhuma!</p>	7.1	12	N
215	<p>E eu lembro-me que na Inglaterra 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 caso necessitássemos de alguma coisa ou quem contactar. Claro que a nível pré-hospitalar isso não dá para fazer, não é? Mas achava interessante porque tínhamos de ter um cuidado diferente e a nível de pediatria acho que seria mesmo muito interessante.</p>	11	5.1	N

216	Sim, como estava a dizer, a maior parte das nossas ocorrências são para crianças com muita comorbilidade.	6.2	6.2	S
217	Depende sempre da situação obviamente, de cada contexto familiar por exemplo. Mas um 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, a retirada dos menores é protegê-los, não é? Daquele tempo de exposição, daquelas imagens que depois vão estar ali, não é? As imagens intrusivas acontecerão muito mais facilmente se o tempo de exposição for maior. Portanto a retirada da criança de uma forma segura. Normalmente são encaminhadas para casa de familiares, amigos da família, portanto, pessoas de confiança. Tentamos que seja e 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, não é?.	3.2	3.2	S
218	Fazemos uma avaliação também visualmente da própria vítima, não é? Quando caminhamos para ela conseguimos perceber não só se está aparentemente consciente ou não, mas também as características da pele, se está calma, se está agitada, a chorar. Fazemos efetivamente essa avaliação sim.	2.1	3.1	N
219	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”.	6.1	6.2	S
220	(...) toda a gente adora tema. Por isso é eu acho que é uma porta aberta. Agora 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.	11	10.7	N
221	É muito importante principalmente nas estrangeiras (...) [relativamente a ser importante apoio para a localização da dor].	10.3	10.3	S
222	Nós temos uma ferramenta que a linguagem gestual. Temos um íconezinho que envia para termos apoio. Sei que existe, mas não tenho tido necessidade para já, não tenho tido necessidade.	5.4	10.11	N
223	Sim acho que era importante percebermos naturalmente estas pessoas de referência da criança acho que é sempre o prioritário, não é? Mas por exemplo onde é que essa criança é acompanhada também pode ser importante.	10.9	10.9	S

	<p>Onde é que essa criança tem acompanhamento médico, não é? Por exemplo sei lá, 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. E há todo um histórico, não é? [pois têm visitas frequentes ao hospital, no caso de crianças com NEE]. Sim. 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 da criança. Através da articulação com as entidades [informação a ter em conta no Cartão de Identificação Pediátrico].</p>			
224	<p>Na ambulância, nos casos em que temos que ir buscá-los à rua ou assim, não sei, não sei bem que tipo de brinquedo é que poderia ser, mas poderia ter alguma coisa relacionada até com o INEM. Temos a estrelinha da vida da pediatria, se calhar era capaz de ser uma forma de os distrair, não é? Porque é uma coisa nova, que eles se calhar nunca viram e provavelmente ia ajudar em algumas situações.</p>	10.5	10.5	S
225	<p>Estetoscópios e afins aquecemos sempre em nós, e auscultamos na mamã, no boneco. Só depois é que pomos na criança.</p>	3.4	3.4	S
226	<p>Sim sem dúvida, porque acaba por a imagem ser universal, não é? Vale mais que mil palavras e já traduzidas! [referindo-se à pertinência do Manual Multilingue adaptado para a pediatria ser através de imagens]</p>	10.4	10.4	S
227	<p>Eu concordo que sim com formação específica, até porque de todos os manuais que nós temos de emergência médica, o da pediátrica é assim uma coisa pequenina. E dentro do manual da pediatria ainda é mais pequena a abordagem. Portanto nós temos algumas estratégias que são orientadoras daquilo que nós podemos fazer na abordagem à criança, mas eu penso que são insuficientes, porque depois existem especificidades e o caso das vítimas que acabamos de falar, das vítimas portadoras de deficiências são um exemplo que depois se ramifica para um universo muito mais amplo, não é? Torna-se mais difícil. Eu penso sim que a existência de uma formação específica dentro da área fará todo o sentido.</p>	9.3	9.3	S
228	<p>Sim porque nós só conseguimos que eles nos mostrem onde dói se eles sinalizarem, claro</p>	10.6	10.6	S

	que se tivessem alguma imagem ou mesmo com os <i>smiles</i> e tudo mais que pudéssemos usar, sim facilitaria. Acabaria por até eles interagirem mais, não é? (...) Mas sim essas ferramentas acho que seriam importantes.			
229	Pronto, se for uma emergência pediátrica e nós temos a pediatria classificada em três passos que é: o parto - que também tem uma parte pediátrica; uma queda - que é um trauma; ou uma emergência pediátrica - que são doenças súbitas por norma.	6.2	6.2	S
230	Pronto, imaginemos que eu desconfio, saiu imaginemos para uma queda e desconfio que existe maus tratos..., numa fase inicial eu não posso transmitir ou dar a entender ao pai que eu desconfio disso, senão vai-me comprometer. Nós temos que fazer sempre uma passagem de dados ao médico regulador..., nessa passagem de dados ao médico regulador, nós tentamo-nos afastar dos pais de forma que eles não oiçam o que nós estamos a dizer e passamos sempre a informação..., eu costumo dizer que nós não podemos dizer que sofre maus tratos porque nós não estamos a ver...nós temos que nos basear naquilo que a gente vê, e o que eu vejo é o quê? Hematomas, contusões, feridas, eu baseio-me naquilo que eu vejo, não é? Pode ser sugestivo de...! E o que nós fazemos é passamos ao médico regulador. E o médico regulador..., se porventura imaginemos que, 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. Aí sim a autoridade vai para o local e a criança é transportada. Se conseguirmos com alguma resistência, mas transportar, 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. Até porque às vezes há algumas formações internas acerca disto dos maus tratos nas crianças.	3.5	3.5	S
231	É o que vai ao lado, 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..., às vezes não há aqui propriamente uma explicação, não sei a criança, se calhar, simpatiza mais com uma cara do que com	3.3	3.3	S

	outra..., deixamos que seja um pouco a criança a decidir.			
232	Não é muito frequente. Os da paralisia cerebral com mais frequência! Havia uma criança que nós íamos muitas vezes, porque ele tinha muitas convulsões, portanto, tem a ver muitas vezes com as patologias que depois têm associadas à deficiência, não é?	5.1	5.1	S
233	Portanto há aqui várias coisas, mas sim faz todo o sentido e há aqui muitas sugestões que podem ser exploradas, para o seu próximo estudo se quiser! [Explorar diferenças na notificação de morte entre o meio rural/meio não rural]	11	7.1	N
234	Antes de mais, é tentar perceber na ocorrência, naquilo que é a ficha criada através do ITeams, perceber a idade e o número de crianças, porque por exemplo se formos para uma escola por causa de uma intoxicação alimentar muda muito a nossa atuação, mas, se nos cingirmos apenas a uma criança, vou preocupar-me, fundamentalmente, com o peso dela. E, com base no peso, vou fazer todos os cálculos necessários para actuar perante o que poderei encontrar e também em função daquilo para que sou alertado. Depois, falo com o meu colega e, como tive a sorte – posso chamar-lhe sorte, de trabalhar em urgência pediátrica num hospital central, tento tranquilizá-lo, se sentir que ele tem algum receio em ir para situações de pediatria. Neste aspeto, até tenho esta vantagem e é aquilo que faço. De resto, no fundo, é esperar para ver o que encontramos e dar resposta às necessidades.	2.1	1.1	N
235	Agora isto não implica que não sejam abordadas exatamente aquelas questões de segurança que a Stefanie me estava a falar. Muda aqui um bocadinho, ou seja, em vez de ser numa casa, entra numa ambulância, mas há sempre questões pertinentes, nomeadamente se a ambulância, o sítio onde nós estamos a fazer o Rendez-Vous tem condições de segurança ou não, não é? Se a própria criança depois está bem-acondicionada na ambulância dos bombeiros ou não, ou se a própria abordagem que os próprios bombeiros fizeram, isto não querendo apontar o dedo, mas se foi da forma correta ou não. Mas no fundo, depois reduz-se um bocadinho mais do que se for no próprio domiciliário.	2.1	7.2	N

236	(...) se calhar, é uma mais valia que nós possamos ter, entre aspas, uma cábula para ter a caminho do local, que temos aquele tempinho para pensar, já temos a informação do que, normalmente, temos a informação do que a pessoa, a criança, tem, se tem antecedentes, às vezes, já podemos ir pelo caminho a pensar: “deixa-me ir rever aqui qual é o tipo de comunicação que eu devo ter com esta criança com este problema?”; para depois nos chegarmos ao local e realmente já irmos com um bocadinho mais de confiança, de não irmos com uma noção atoa [relativamente ao Guião Orientador da Comunicação]	10.7	10.7	S
237	Sim, já tive experiência com uma criança estrangeira, era uma criança venezuelana.	4.1	4.1	S
238	Comunicação para crianças deficientes, no sentido de se forem cegas, com problemas auditivos ou mesmo com autismos, de que forma poderíamos comunicar com elas.	5.2	5.2	S
239	Assim de repente não. Nunca pensei em termos de dificuldade, em termos de ser mais paciente ou por todas as situações, temos sempre muito para aprender com todas as situações, mas nunca pensei assim em termos de alguma coisa mais desafiante.	8	8	S
240	Em contexto de emergência pré-hospitalar, recordo-me apenas de uma vez...[atendimento a crianças estrangeiras]	4.1	4.1	S
241	A abordagem é diferente é claramente diferente. Mas também acabo por fazer com os adultos não só com as crianças. Quando eu vejo que eles têm algum tipo de dificuldade a nível de linguagem, vamos supor mesmo num adulto, quando tem uma dispneia, uma dificuldade acentuada na capacidade respiratória, tenho início com perguntas fechadas, diretas, sim/não e, depois de recolher aquela informação que acho mais importante vou começar a colocar perguntas mais abertas e tento perceber se efetivamente eles conseguem explicar um bocadinho melhor. Mas, primeiro foco no que é essencial com o uso de perguntas fechadas, depois de perceber e conseguir, de certa forma o essencial do que é que está ali a acontecer, e de que forma é que possa intervir, então começo a permitir e a colocar perguntas abertas [crianças NEE].	5.2	5.2	S
242	Nós temos o triângulo de avaliação pediátrica, mas que é aplicado do zero aos dezasseis anos, exatamente igual para todas as idades.	10.12	3.4	N
243	Não é o caso aqui, de todo! Muitos colegas e alguns bombeiros que vêm fazer estágio aqui connosco dizem que aqui é tudo longe. E esse	2	8	N

	é o verdadeiro desafio, a caminho para o hospital conseguirmos manter uma mãe e uma criança tranquilas, independentemente do estado da criança, isso sim é verdadeiramente um desafio [realçando que o atendimento pediátrico no interior não é como nas áreas urbanas em que tudo é perto].			
244	Sim. Eu gostava muito de ter formação em linguagem gestual, aliás é uma das coisas que andam aqui na minha mente, estou aqui a amadurecer essa ideia. Eu acho que era importante. Eu acho que todos termos essa formação em linguagem gestual, seria muito complexo, mas ainda assim, eu 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, não é? Dois ou três técnicos de emergência, um ou dois enfermeiros. Portanto, eu acho que cada uma, destas categorias digamos assim.	11	5.4	N

ANEXO P

Pranchas de Comunicação

Prancha 1 [Frente e Verso] (Idioma Português e Inglês):

Prancha de Comunicação Pediátrica

Emergência Pré-Hospitalar Pediátrica

1

ESTOU AQUI PARA AJUDAR!

QUAL O TEU NOME?

QUANTOS ANOS TENS?

ONDE VIVES?

CARTÃO DE SAÚDE

TEM CALMA!

ALGUÉM A QUEM LIGAR?

MÃE

PAI

AVÓS

OUTROS

TENS DOR?

SIM

TOMASTE XAROPE?

FICASTE MELHOR?

TENS FOME?

TENS SEDE?

QUERES IR A CASA DE BANHO?

NÃO

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doutoramento)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Os símbolos pictográficos usados são propriedade do Governo de Aragão e foram criados por Sérgio Pólvao para ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), que os distribui sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA.

Pediatric Communication Board

Pediatric Pre-Hospital Emergency

1

I AM HERE TO HELP

WHAT IS YOUR NAME?

HOW OLD ARE YOU?

WHERE YOU LIVE?

HEALTH CARD

TAKE IT EASY

SOMEONE TO CALL?

MOTHER

DAD

GRANDPARENTS

OTHERS

DO YOU HAVE PAIN?

YES

DID YOU DRINK SYRUP?

DID YOU GET BETTER?

ARE YOU HUNGRY?


ARE YOU THIRSTY?

DO YOU WANT TO GO TO THE BATHROOM?

NO

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doctorate)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

The pictographic symbols used are the property of the Government of Aragón and were created by Sérgio Pólvao for ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), which distributes them under a Creative Commons BY-NC-SA License.



Prancha de Comunicação Pediátrica

Emergência Pré-Hospitalar Pediátrica



Estratégias de Comunicação


- Apontar para os pictogramas, ao mesmo tempo que verbaliza o conceito (acompanhar com fala);
- Dar tempo de resposta;
- Elaborar questões simples, para respostas de "SIM" e "NÃO";
- Aproximar Prancha Comunicativa da criança, para permitir que esta aponte;
- Sempre que, pelo posicionamento da vítima seja facilitador (por exemplo se a mesma estiver deitada de lado), deve ser montado o suporte de triângulo e colocadas as pranchas dentro do campo visual da criança, libertando as mãos do profissional para o que for necessário;
- Caso a criança não tenha precisão no "apontar" e/ou não tenha mobilidade suficiente, deve solicitar a criança para "piscar" os olhos quando está a apontar e verbalizar o pictograma pretendido, ou seja, deve ir apontando e verbalizando as várias opções para que a criança responda, confirmando com o "piscar dos olhos" qual o símbolo a que se refere (deve explicar à criança para responder desta forma, através do olhar);
- Se considerar que são demasiados símbolos deve tapar os que não interessam (por exemplo com uma folha), para facilitar a criança no varrimento dos mesmos;
- Estabelecer o contacto ocular quando comunica com a criança;
- Articular bem as palavras, usando uma voz calma e serena;
- Utilizar uma linguagem simples;
- Explicar os procedimentos, demonstrando em si próprio e/ou noutra pessoa;
- Estar atento aos sinais de comunicação não-verbal por parte da criança.

Caso a criança indique que sente dor, deve utilizar a Prancha 5 - "Escala de dor Pediátrica". Instruções de utilização na própria prancha de comunicação.

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doutoramento)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Os símbolos pictográficos usados são propriedade do Governo de Aragão e foram criados por Sérgio Paleo para ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), que os distribui sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA.



Pediatric Communication Board

Pediatric Pre-Hospital Emergency



Communication Strategies

- Point to the pictograms, while verbalizing the concept (follow up with speech);
- Give response time;
- Elaborate simple questions, for answers of "YES" and "NO";
- Bring the Communicative Board closer to the child, to allow him/her to point;
- Whenever the positioning of the victim facilitates (for example, if the victim is lying on her side), the triangle support must be mounted and the boards placed within the child's visual field, freeing the professional's hands for whatever is necessary;
- If the child does not have precision in "pointing" and/or does not have sufficient mobility, he should ask the child to "blink" his eyes when he is pointing and verbalize the intended pictogram, that is, he should point and verbalize the various options to that the child responds, confirming with the "blink of the eyes" which symbol it refers to (the child must explain to the child to respond in this way, through the look);
- If you consider that there are too many symbols, you should cover those that do not matter (for example with a sheet), to make it easier for the child to scan them;
- Establish eye contact when communicating with the child;
- Articulate the words well, using a calm and serene voice;
- Use simple language;
- Explain the procedures, demonstrating to yourself and/or someone else;
- Be aware of the child's non-verbal communication signals.

If the child indicates that he feels pain, he should use Plate 5 - "Pediatric Pain Scale". Instructions for use on the communication board itself.

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doctorate)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

The pictographic symbols used are the property of the Government of Aragón and were created by Sérgio Paleo for ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), which distributes them under a Creative Commons BY-NC-SA license.

Prancha 2 (Idioma Português e Inglês):



Prancha de Comunicação Pediátrica   Emergência Pré-Hospitalar Pediátrica





















O QUE ACONTECEU? 	CAIR 	NÃO CONSIGO RESPIRAR 	DOR DE BARRIGA 	ESTOU QUENTE 	DOR DE CABEÇA 	
VOMITAR 	DIARRÉIA 	QUEIMADURA 	FIZERAM-ME MAL 	BATER 	RALHAR/CASTIGAR 	FERIDA 
DOR NO PEITO 	ADORMECI 	ENGOLI UMA COISA 	TENHO FRIO 	TENHO MEDO 	ESTOU TRISTE 	NÃO HÁ SÍMBOLO 

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doutoramento)
Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Os símbolos pictográficos usados são propriedade do Governo de Aragón e foram criados por Sérgio Palao para ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), que os distribui sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA.



Pediatric Communication Board   Pediatric Pre-Hospital Emergency

WHAT HAPPENED? 	TO FALL 	I CAN NOT BREATHE 	BELLYACHE 	I'M HOT 	HEADACHE 	
TO VOMIT 	DIARRHEA 	BURN 	THEY DID ME WRONG 	HIT 	SCOLD/PUNISH 	HURT 
CHEST PAIN 	TO FAINT 	SWALLOWED SOMETHING 	I AM COLD 	I'M AFRAID 	I'M SAD 	THERE IS NO SYMBOL 

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doctorate)
Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

The pictographic symbols used are the property of the Government of Aragón and were created by Sérgio Palao for ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), which distributes them under a Creative Commons BY-NC-SA License.



Prancha 3 (Idioma Português e Inglês):




Prancha de Comunicação Pediátrica

Emergência Pré-Hospitalar Pediátrica

HÁ QUANTO TEMPO?



HÁ POUCO TEMPO



HORAS



SEMANAS



NÃO SEI



OUVIR O CORAÇÃO



PÔR UMA FITA/PANO



DAR UM REMÉDIO



PÔR UMAS TÁBUAS



RESPIRAR O AR DA MÁSCARA



DAR AR PARA RESPIRAR



SENTIR O CORAÇÃO A BATER



TIRAR ROUPA



VAMOS VER SE ESTÁS QUENTE!



VAMOS VER UMA LUZINHA VERMELHA NA NOSSA TELA



VAMOS FAZER UM PENSO



BRANQUELA DE PRESSÃO ARTERIAL



VÁI ARDERER UM POUQUINHO O DEDO



VAMOS APENAS TOCAR-TE!





AGORA NÃO PODES MEXER



Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doutoramento)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Os símbolos pictográficos usados são propriedade do Governo de Aragão e foram criados por Sérgio Pálo para ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), que os distribui sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA.





Pediatric Communication Board

Pediatric Pre-Hospital Emergency


HOW LONG?




SOME TIME AGO




HOURS




WEEKS




I DO NOT KNOW




LISTEN TO THE HEART




PUT A TAPE/CLOTH




GIVE A MEDICINE




PUT SOME BOARDS




BREATHE THE AIR FROM THE MASK




GIVE AIR TO BREATHE




FEEL THE HEART BEAT




TAKE CLOTHES OFF




LET'S SEE IF YOU'RE HOT




LET'S SEE A LITTLE RED LIGHT ON YOUR FINGER




LET'S MAKE A DRESSING




BLOOD PRESSURE CUFF




YOUR FINGER WILL BURN A LITTLE



LET'S JUST TOUCH YOU!



NOW YOU CAN'T MOVE



Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doctorate)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

The pictographic symbols used are the property of the Government of Aragón and were created by Sérgio Pálo for ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), which distributes them under a Creative Commons BY-NC-SA license.



Prancha 4 (Idioma Português e Inglês):

Prancha de Comunicação Pediátrica

4

Emergência Pré-Hospitalar Pediátrica

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y	Z	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px;">VAMOS DE AMBULANCIA</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px;">VAMOS PARA O HOSPITAL</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px;">O MEDICO VA AJUDAR-LO</p> </div> </div>			

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doutoramento)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Os símbolos pictográficos usados são propriedade do Governo de Aragón e foram criados por Sérgio Pálsio para ARASAAC (<http://www.arasaac.org/>), que os distribui sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA.

Pediatric Communication Board

4

Pediatric Pre-Hospital Emergency

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y	Z	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px;">LET'S GO BY AMBULANCE</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px;">LET'S GO TO THE HOSPITAL</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px;">THE DOCTOR WILL HELP YOU</p> </div> </div>			

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doctorate)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

The pictographic symbols used are the property of the Government of Aragón and were created by Sérgio Pálsio for ARASAAC (<http://www.arasaac.org/>), which distributes them under a Creative Commons BY-NC-SA License.

Prancha 5 [Frente e Verso] (Idioma Português e Inglês):

5

Escala de Dor Pediátrica

Emergência Pré-Hospitalar Pediátrica

NÃO TENHO DOR

TENHO UM BOCADINHO DE DOR

TENHO MUITA DOR

ESQUERDA

VOU TOCAR-TE!

DIREITA

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doutoramento)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Os símbolos pictográficos usados são propriedade do Governo de Aragón e foram criados por Sérgio Pálsos para ARASAAC (<http://www.arasaac.org/>), que os distribui sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA.

5

Pediatric Pain Scale

Pediatric Pre-Hospital Emergency

I DON'T HAVE PAIN

I HAVE A LITTLE PAIN

I HAVE A LOT OF PAIN

LEFT

I WILL TOUCH YOU!


RIGHT

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doctorate)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

The pictographic symbols used are the property of the Government of Aragón and were created by Sérgio Pálsos for ARASAAC (<http://www.arasaac.org/>), which distributes them under a Creative Commons BY-NC-SA License.

Escaleta de Dor Pediátrica

Emergência Pré-Hospitalar Pediátrica



Caso a criança indique que sente dor, deve utilizar a Prancha 5 - "Escaleta de dor Pediátrica".

Procedimentos a seguir na utilização desta prancha:

- Na *localização da dor*, deve solicitar à criança para apontar na figura onde lhe dói (apontar para a zona do corpo humano em questão). Caso a mesma não tenha mobilidade, dificuldade em apontar com precisão e/ou dificuldade em utilizar o dedo/mão para apontar, deve ir apontando para as diferentes "zonas do corpo" na imagem enquanto as verbaliza para que a criança possa "pisca os olhos" quando verbalizar a zona que esta pretende comunicar (deve explicar à criança para responder desta forma, através do olhar). Atenção deve fazê-lo calmamente, fornecendo tempo suficiente à criança para responder;
- Na *quantificação da dor*, deve utilizar o mesmo procedimento referido acima, para que a criança comunique se "não sente dor", "se sente um bocadinho de dor" ou se "sente muita dor";
- Caso seja necessário confirmar estas respostas através da *palpação*, deve avisar antecipadamente a criança do que vai ocorrer apontando para o símbolo "vou tocar-te" ao mesmo tempo que o verbaliza;
- Se considerar que são muitos símbolos, deve tapar os que não interessam com uma folha para facilitar a criança no varrimento dos mesmos e na sua resposta através do olhar ("pisca os olhos").


Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doutoramento)
 Fátima Maia, FP-131D/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-131D/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

Os símbolos pictográficos usados são propriedade do Governo de Aragão e foram criados por Sérgio Pallas para ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), que os distribui sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA.



Pediatric Pain Scale

Pediatric Pre-Hospital Emergency



If the child indicates that he feels pain, he should use Plate 5 - "Pediatric Pain Scale".

Procedures to follow when using this board:

- When locating the pain, you should ask the child to point to the picture where it hurts (point to the area of the human body in question). If the child is not mobile, has difficulty pointing accurately and/or has difficulty using his finger/hand to point, he should point to the different "body areas" in the image while verbalizing them so that the child can "blink his eyes " when you verbalize the area that you want to communicate (you must explain to the child to respond in this way, through the look). Attention must be done calmly, giving the child enough time to respond;
- In the quantification of pain, you should use the same procedure mentioned above, so that the child communicates if he "does not feel pain", "he feels a little pain" or "he feels a lot of pain";
- If it is necessary to confirm these answers through palpation, you must warn the child in advance of what is going to happen by pointing to the symbol "I'm going to touch you" while verbalizing it;
- If you consider that there are many symbols, you should cover the ones that do not matter with a sheet to make it easier for the child to scan them and respond by looking ("blink").

Stefanie Azeredo Tomás – Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doctorate)
 Fátima Maia, FP-131D/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-131D/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

The pictographic symbols used are the property of the Government of Aragão and were created by Sérgio Pallas for ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), which distributes them under a Creative Commons BY-NC-SA License.



ANEXO Q






Cartão de Identificação Pediátrico [frente e verso - desdobrável]

Cartão de Identificação Pediátrico - [Frente e Verso - Desdobrável]




(Idioma Português e Inglês)






Sobre mim

-  NOME:
-  DATA DE NASCIMENTO:
-  IDIOMA:
-  Nº SNS:
-  GRUPO SANGUÍNEO:









Contacto de Emergência 1

-  NOME:
-  GRAU DE PARENTESCO:
-  CONTACTOS TELEFÓNICOS:

Contacto de Emergência 2






-  NOME:
-  GRAU DE PARENTESCO:
-  CONTACTOS TELEFÓNICOS:

Informação importante




-  PEDIATRA | MÉDICO DE FAMÍLIA:
-  MEIO PREFERENCIAL DE COMUNICAÇÃO:
-  MEDICAÇÃO:
-  CONDIÇÕES CLÍNICAS EXISTENTES:
-  ALERGIAS:
-  DESAGRADOS/MEDOS:
-  GOSTOS/PREFERÊNCIAS:
-  OUTRAS INFORMAÇÕES:






about me

-  NAME:
-  BIRTH DATE:
-  LANGUAGE:
-  NATIONAL HEALTH SYSTEM:
-  BLOOD GROUP:









Emergency contact 1

-  NAME:
-  RELATIONSHIP:
-  PHONE CONTACTS:

Emergency contact 2

-  NAME:
-  RELATIONSHIP:
-  PHONE CONTACTS:

Important information

-  PEDIATRIC | FAMILY'S DOCTOR:
-  PREFERRED MEANS OF COMMUNICATION:
-  MEDICATION:
-  EXISTING CLINICAL CONDITIONS:
-  ALLERGIES:
-  DISLIKES / FEARS:
-  LIKES/PREFERENCES:
-  OTHER INFORMATION:

APOIO à Comunicação

Emergência Pré-Hospitalar Pediátrica



QUANTIFICAR DOR :

NÃO TENHO DOR			
TENHO UM BOCADINHO DE DOR			
TENHO MUITA DOR			

Este documento serve para auxiliar a comunicação. Faça questões simples que possam ser respondidas através das opções indicadas acima. Quando questionar a vítima, sobre as possibilidades apresentadas, deve apontar para o símbolo ao mesmo tempo que verbaliza o conceito (acompanhar com fala).

Communication SUPPORT



Pediatric Pre-Hospital Emergency

QUANTIFY PAIN:

I DON'T HAVE PAIN			
I HAVE A LITTLE PAIN			
I HAVE A LOT OF PAIN			

This document is intended to aid communication. Ask simple questions that can be answered using the options above. When questioning the victim about the possibilities presented, he should point to the symbol while verbalizing the concept (follow up with speech).

Stefanie Azeredo Tomás - Universidade Fernando Pessoa, Portugal (Doctorate)
 Fátima Maia, FP-IBID/Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Portugal
 M. Conceição Manso, FP-IBID/FCS/Universidade Fernando Pessoa, Portugal

The pictographic symbols used are the property of the Government of Aragon and were created by Sérgio Palao for ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), which distributes them under a Creative Commons BY-NC-SA License.

ANEXO R

Autorização ARASAAC

De: Portal Aragonés Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación
Enviado: 7 de agosto de 2022 10:33
Para: stefanietomas@hotmail.com
Assunto: Re: Formulario de contacto: Solicitud de autorización

Buenos días, Stefanie y encantados de saludarte.

Gracias por contactar con nosotros y encantados de conocer tú proyecto. Desde ya mismo tienes todo nuestro apoyo.

De modo general, por nuestra parte podemos ofrecerte los pictogramas gratuitamente y resolver las dudas que te puedan surgir en el proceso además de proporcionar aquella información que puedas necesitar.

En el ámbito hospitalario se están llevando a cabo distintos proyectos tanto de accesibilidad cognitiva (señalizando espacios) como de creación de distintos materiales de comunicación y para la anticipación de procedimientos médicos que te pueden servir de ejemplo.

En este apartado del Aula Abierta https://aulaabierta.arasaac.org/ejemplos_uso_sanidad puedes ver alguna selección de ejemplos en el ámbito sanitario. En nuestro catálogo de materiales, buscando por el área de "Salud" <https://arasaac.org/materials/search?offset=0&area=23> vas a encontrar muchos materiales ya elaborados (que solo faltaría traducirlos a Portugués) o que te pueden servir de ejemplo para elaborar el que tengas pensado. En los materiales facilitadores, como podrás ver, el único requisito para usar los pictogramas legalmente y de modo gratuito es citar el origen de los pictogramas. En materiales impresos, lo más habitual es añadir el texto de la cita de la licencia en el pie de página. Bastaría con añadir este texto:

"Os símbolos pictográficos usados são propriedade do Governo de Aragão e foram criados por Sérgio Palao para ARASAAC (<http://www.arasaac.org>), que os distribui sob uma Licença Creative Commons BY-NC-SA."

Además del texto de la licencia, en la portada, por ejemplo, se puede añadir el logo de ARASAAC junto con el del Hospital.

Con todo, lo mejor es que nos muestres el material conforme lo estás elaborando y nosotros te podemos confirmar que está correcta la cita de la licencia e incluso hacerte alguna sugerencia de mejora si es necesario.

Además de para crear materiales facilitadores los pictogramas se usan en el ámbito hospitalario para la señalización de espacios.

En esta página de nuestro Aula Abierta <http://aulaabierta.arasaac.org/senalizacion-de-espacios-publicos-y-servicios-con-pictogramas-de-arasaac> tenéis toda la información y recursos que necesitáis para llevar a cabo proyectos de señalización (sea interior o exterior).

Como podréis ver, para proyectos de señalización, para poder utilizar los pictogramas legalmente y sin coste alguno es suficiente con que añadáis el logo de ARASAAC en las señales junto con el de, por ejemplo, el Hospital.

En la página vais a encontrar un modelo de plantillas ya prediseñadas para Hospitales con el logo incluido y los pictogramas más importantes ya seleccionados <https://arasaac.org/materials/es/4524> y sino podéis hacer vuestro propio diseño y descargar desde esta página nuestros logos. Estas señales están sin traducir a Portugués pero al estar en formato editable PPT lo podrías traducir fácilmente y luego subir tú misma la traducción para que otros hospitales y centros de salud se puedan beneficiar.

En este caso también, es suficiente con que nos mandéis el diseño de una de las placas y nosotros os damos el visto bueno y os hacemos sugerencias de mejora si es necesario.

Por otra parte, en la página tenéis explicado como descargar los pictogramas en Alta Resolución desde la nueva web para que al imprimir se haga con la máxima calidad.

Como información básica acerca del uso de los pictogramas para señalización te podemos dar la siguiente:

1) En placas de señalización no se usan los códigos de color de la Clave Fitzeral. Basta con enmarcar los pictogramas con un marco negro como podéis ver en el modelo cuadrado. En las placas tipo bandera cabe la posibilidad de usar el color corporativo del ayuntamiento alrededor del picto o códigos de color que identifiquen partes del edificio (si este los usa).

2) Las placas deberían ir siempre con texto en mayúsculas y con el mismo tamaño de fuente. A ser posible una fuente tipo imprenta.

3) Las placas para que sean accesibles se deben colocar a una altura media de 1,20 (mínimo 90cm y máximo 160cm de alto y una medida de entre 15x15 y 20x20 cm para que sean visibles desde distintas distancias y perspectivas.

En cuanto a la colocación de la señalectica, el soporte queda en vuestras manos (aunque lo más económico suele ser plastificar y lo más duradero el metraquilato).

Si el proyecto sale adelante estaríamos encantados de darle difusión y añadirlo a nuestro Mapa de ARASAAC por el mundo si, posteriormente, nos mandáis en las que se vea el material que habéis creado en contexto. En Portugal creemos que sería una iniciativa pionera y, sin duda, tendrá mucha repercusión.

Lee detenidamente todas las indicaciones e información que te damos y nos comentas cualquier duda que te surja sobre esta información inicial y general.

Saludos

On Sat, 06 Aug 2022 17:02:25 +0000 Stefanie Azeredo Tomás wrote:

Formulario de contacto de ARASAAC

Nombre: Stefanie Azeredo Tomás

email: stefanietomas@hotmail.com

Asunto: Solicitud de autorización

Mensaje: Mi nombre es Stefanie Azeredo Tomás y soy estudiante de doctorado en Oporto (Portugal). Estoy terminando mi investigación en el Instituto Nacional de Emergencias Médicas (INEM), con el fin de ayudar a estos profesionales en cuanto a la comunicación en la atención de urgencias prehospitales pediátricas. Por lo tanto, me gustaría pedir su permiso para usar sus símbolos pictográficos en la creación del material facilitador. Destaco

que el propósito de este material no es comercial, sino únicamente facilitar y colaborar para mejorar el proceso comunicativo en este contexto. Con los mejores saludos, Stefanie Azeredo Tomás

Sara Cachán Muñoz (Asesora/Consultant)

David Romero Corral (Asesor/Consultant)

José Manuel Marcos (Asesor/Consultant 2007-2021 - Actually collaborator)

Centro Aragonés para la CAA - ARASAAC

<http://arasaac.org/>

<http://aulabierta.arasaac.org/>

<https://www.facebook.com/arasaac/>

<https://www.instagram.com/arasaac/>

<https://twitter.com/arasaac>

<https://es.pinterest.com/arasaac/>

ANEXO S

Instruções de apoio ao uso dos materiais facilitadores: Pranchas de Comunicação

Instruções de apoio ao uso dos materiais facilitadores: Pranchas de Comunicação (idioma Português e Inglês)

INSTRUÇÕES DE APOIO AO USO DOS MATERIAIS FACILITADORES

| Pranchas de Comunicação |

| Pranchas de Comunicação |

1

O objetivo destes materiais é 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.

Os símbolos estão organizados por diferentes cores (azul, verde, rosa e amarelo). 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).

Em todas as Pranchas de Comunicação descritas de seguida, os profissionais devem apontar para o símbolo pictográfico que pretendem acompanhando o mesmo com fala (acompanhar o gesto de apontar para o símbolo verbalizando em simultâneo o conceito a que se refere). É ainda importante, o profissional posicionar-se ao nível da criança, para que esta seja capaz de o visualizar, conseguindo também observar a Prancha Comunicativa. Nos casos em que a criança tenha dificuldade na precisão motora e/ou até dificuldade em apontar com a mão/dedo, deve solicitar à criança que utilize o “olhar” para dar as suas respostas. Ou seja, à medida que vai apontando para os símbolos e verbalizando, a criança deve **piscar os olhos** quando nomear e apontar para o pictograma que ela pretende. Caso sinta que existem demasiados símbolos, deve tapar os que não interessam com uma folha, para facilitar o varrimento do vocabulário à criança.

Sempre que, pelo posicionamento da vítima seja facilitador (por exemplo se a mesma estiver deitada de lado), deve ser montado o suporte de triângulo e colocadas as pranchas dentro do campo visual da criança, libertando as mãos do profissional para o que for necessário.

É importante realçar, que se adequaram os conceitos escritos referentes aos símbolos pictográficos à faixa pediátrica, para que se facilite a compreensão dos mesmos.

1) Prancha Comunicativa 1 [frente e verso]

Esta Prancha está identificada com o número 1 no canto superior direito, e o seu cabeçalho é de cor azul. A parte “frontal” é constituída por pictogramas para auxiliar os profissionais a recolher informação geral importante para a sua avaliação/intervenção, 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.

2) Prancha Comunicativa 2 [frente]

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. Estes conceitos encontram-se a seguir ao pictograma “O que aconteceu?” (a azul), questão que deve ser efetuada pelo profissional.

3) Prancha Comunicativa 3 [frente]

Esta Prancha também 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”). Continua com símbolos referentes a procedimentos mais invasivos que podem ser realizados pelos profissionais (a verde).

4) Prancha Comunicativa 4 [frente]

Esta prancha contém algarismos e letras para auxiliar a criança em determinadas respostas (também está identificada), 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!”).

3

5) Prancha Comunicativa 5 | ESCALA DE DOR Pediátrica [frente e verso]

Esta Prancha está identificada e 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). 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.

Qualquer dúvida ou questão contacte através do email stefanietomas@hotmail.com ou telefonicamente através do número 967 385 502.

SUPPORT INSTRUCTIONS FOR THE USE OF FACILITATOR MATERIALS

| Communication boards |

| Communication boards |

The purpose of these materials is to support communication between the INEM Pre-Hospital Medical Emergency professionals, in a pediatric emergency care, with the pediatric victim(s).

The symbols are organized by different colors (blue, green, pink and yellow). The blue pictograms refer to the vocabulary to be used by professionals, as they are intended to help professionals convey important information to children, as well as gather relevant information about the victim and the occurrence. The green symbols refer to the most invasive procedures that professionals may have to perform on the pediatric victim. The pink images refer to possible responses to help children in their explanations, as well as the images in yellow. The yellow pictograms refer to "people", according to the Fitzgerald Scale (a scale we have tried to follow in all the material).

In all the Communication Boards described below, professionals should point out the pictographic symbol, which they intend to accompany with the speech (accompanying the gesture of pointing out the symbol while verbalizing the concept to which it refers). It is also important for professionals to position themselves at the level of the child, so that they can visualize it, as well as observe the Communication Board. In those cases in which children have difficulty in motor accuracy and/or even difficulty pointing with the hand/finger, they should ask the children to use the "look" to give their answers. That is, when pointing to the symbols and verbalizing, the child should **blink their eyes** when naming and pointing to the pictogram they want. If you think there are too many symbols, you should cover those that are of no interest with a sheet of paper, to make it easier for the child to scan the vocabulary.

Whenever the positioning of the victim facilitates (for example, if the victim is lying on his side), the triangular support should be mounted and the boards placed within the visual field of the child, freeing the hands of the professional to do whatever is necessary.

It is important to emphasize that the written concepts referring to the pictographic symbols have been adapted to the pediatric range, in order to facilitate their understanding.

1) Communication Board 1 [front and back]

This Board is identified with the number 1 in the upper right corner, and its header is colored blue. The “front” part consists of pictograms to help professionals gather general information important for their assessment/intervention, as well as possible answers (in yellow and the pictographic symbols related to the “yes” and “no” concept), to help the child in his/her communication. The latter (“yes/no”) are to help communication when professionals ask simple questions. The symbol referring to the concept/question “Do you have pain?” is highlighted differently, because if the child expresses that he/she feels pain, the professional should move on to the Communicative Board 5 (Pediatric Pain Scale) (the professional is alerted to this procedure on the reverse side of this scale). On the back, it also includes some important communication strategies/tips for using this material, as well as for establishing more effective communication with pediatrics.

2) Communication Board 2 [front]

This Board is identified and its header is also blue. It is prepared with images referring to the different reasons/symptoms that may have led to the activation of the INEM emergency means. These concepts are found after the pictogram “What happened?” (in blue), a question that must be asked by the professional.

3) Communication Board 3 [front]

This Board is also identified in the upper right corner with a blue header. It contains pertinent questions to help professionals gather the information they need and which may be important for their conduct (blue). As the pink one still has possible answers so that the child can choose the option that best fits (in relation to the duration of the triggering reason (“short time”, “hours” and/or “weeks”) to more invasive procedures that can be performed by professionals (in green).

4) Communication Board 4 [front]

This board contains numbers and letters to help the child with certain answers (it is also identified), such as, for example, to answer the question of his age or address. It also contains a brief explanation of the events that will take place (“Let's go by ambulance”; “Let's go to the hospital”; “The doctor will help you!”).

5) Communication Board 5 | Pediatric PAIN SCALE [front and back]

This board is is labeled and its heading is orange (since it stands out from the others because it was built specifically for pain). Its objective is to help the child quantify pain in three different levels, that is, “I have no pain”, “I have a little pain” or “I have a lot of pain”, as well as helping to locate it (by pointing to the body part in question). It also contains a symbol relating to palpation, that is, if it is necessary to confirm the location and quantification of the pain, the professional should point to the symbol “I will touch you!” and simultaneously verbalize the concept, so that the child understands what is going to happen next! On the back of the board are strategies to assist the professional in its use.

Any questions or doubts, contact us via email stefanietomas@hotmail.com or by phone +351 967 385 502.

ANEXO T

Instruções de apoio ao uso dos materiais facilitadores: Cartão de Identificação Pediátrico

Instruções de apoio ao uso dos materiais facilitadores: Cartão de Identificação Pediátrico (idioma Português e Inglês)

INSTRUÇÕES DE APOIO AO USO DOS MATERIAIS FACILITADORES

| Cartão de Identificação Pediátrico |

| Cartão de Identificação Pediátrico |

1

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), e estará disponível do site do INEM para que a população em geral possa descarregar, imprimir, preencher e utilizar numa possível futura emergência médica pré-hospitalar.

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, desgostos/medos, gostos/preferências e outras informações).

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.

Qualquer dúvida ou questão contacte através do email stefanietomas@hotmail.com ou telefonicamente através do número 967 385 502.

SUPPORT INSTRUCTIONS FOR THE USE OF FACILITATOR MATERIALS

| Pediatric Identification Card |

| Pediatric Identification Card |



The "Pediatric Identification Card" aims to INFORM the healthcare professional about useful aspects for his/her conduct, also helping to make the service faster, as well as SUPPORT communication between the INEM professional and the pediatric victim. It was built primarily for children with special needs, although it can be used with any child.

The material is foldable (so that it can be easily carried by the child) and will be available on the INEM website for the general population to download, print, fill out and use in a possible future pre-hospital medical emergency.

One side is INFORMATIVE for professionals, containing the following information: important data about the child - "About me" (name, date of birth, language, national health service number, blood group); emergency contacts to whom they should communicate (name, relationship and phone contact); and other important information (pediatrician/family doctor, medication, preferred means of communication, existing medical conditions, allergies, dislikes/concerns, likes/preferences and other information).

The other side of the document aims to SUPPORT communication, containing symbols to aid more immediate communication in this context, namely: pictograms for the concepts/questions "Yes" / "No", "I don't know", "Can I repeat?", "I'm thirsty", "I'm hungry", "I'm in pain", and "I want to go to the bathroom". It also contains the "Pain Scale" and instructions for an easy use of the material.

Any questions or doubts, contact us by email stefanietomas@hotmail.com or by phone +351 967 385 502.

ANEXO U

Grelha de apreciação dos Materiais Facilitadores



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 [“Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica”]

Apreciação dos MATERIAIS FACILITADORES | Paineis de Peritos

Pranchas de Comunicação | Cartão de Identificação Pediátrico

O meu nome é Stefanie Azeredo Tomás e sou aluna do **Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem** na Universidade Fernando Pessoa no Porto. Encontro-me a realizar a tese de Doutoramento, sob orientação da Professora Doutora Fátima Maia e coorientação da Professora Doutora Maria da Conceição Manso. O título do projeto de investigação é: “Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica”.

Pretende-se, com esta investigação, **contribuir para a melhoria do processo comunicativo na prestação de cuidados de saúde à população pediátrica**, mais concretamente no âmbito da emergência pré-hospitalar pediátrica no INEM. Por esse motivo, solicita-se a sua colaboração na apreciação dos materiais físicos facilitadores da comunicação/interação construídos sustentados na recolha de dados durante a Fase I e II desta investigação (recolha realizada através de questionário e entrevista semiestruturada em profundidade).

Assim solicito o preenchimento da seguinte Grelha, com o objetivo de verificar se a construção geral dos mesmos se encontra adequada. Após concluir o preenchimento, solicito o seu envio para o seguinte email: 18274@ufp.edu.pt. Ao iniciar o preenchimento da Grelha está a dar assentimento para participar nesta investigação. O seu anonimato é garantido, bem como a confidencialidade das suas respostas.

AGRADEÇO! Para qualquer informação pode contactar-me pelo 18274@ufp.edu.pt ou através do nr. de telemóvel 967 385 502.



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 [“Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica”]

ASSINALE com uma **CRUZ (x)** na resposta (círculo branco) que acha mais adequada:

Materiais Facilitadores da Comunicação		Critérios de avaliação	Sempre que indicar “Nada adequado” e/ou “Pouco adequado”, indique por favor no final do documento o que sugere que tenha que ser alterado, identificando a que critério e material facilitador se está a referir.
I Pranchas Comunicativas	Prancha Comunicativa I	Apresentação gráfica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
		Vocabulário/conteúdos utilizados	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
		Organização da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
		Funcionalidade do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> Nada adequado Pouco adequado Muito adequado



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 ["Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica"]

		Clareza do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
		Pertinência das estratégias de comunicação [que se encontram no verso desta prancha]	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
		Clareza das estratégias de comunicação [que encontram no verso desta prancha]	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Prancha Comunicativa 2	Apresentação gráfica	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
		Vocabulário/conteúdos utilizados	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 ["Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica"]

		Organização da informação	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
		Funcionalidade do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
		Clareza do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Prancha Comunicativa 3	Apresentação gráfica	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
		Vocabulário/conteúdos utilizados	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado

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



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 [“Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica”]

		Organização da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
			Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
		Funcionalidade do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
		Nada adequado Pouco adequado Muito adequado	
		Clareza do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
	Nada adequado Pouco adequado Muito adequado		
Prancha Comunicativa 4		Apresentação gráfica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
		Nada adequado Pouco adequado Muito adequado	
		Vocabulário/conteúdos utilizados	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
		Nada adequado Pouco adequado Muito adequado	



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 [“Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica”]

		Organização da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
			Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
		Funcionalidade do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
		Nada adequado Pouco adequado Muito adequado	
		Clareza do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
	Nada adequado Pouco adequado Muito adequado		
Prancha Comunicativa 5: Escala de Dor Pediátrica		Apresentação gráfica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
		Nada adequado Pouco adequado Muito adequado	
		Vocabulário/conteúdos utilizados	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
		Nada adequado Pouco adequado Muito adequado	

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



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 ["Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica"]

	Organização da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Funcionalidade do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Clareza do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Pertinência dos procedimentos a utilizar na utilização do material [que encontram no verso desta prancha]	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Clareza dos procedimentos a utilizar na utilização do material [que encontram no verso desta prancha]	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 ["Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica"]

2 Cartão de Identificação Pediátrico	Apresentação gráfica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Vocabulário/conteúdos utilizados	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Organização da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Funcionalidade do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado
	Clareza do material facilitador para o contexto de emergência pré-hospitalar pediátrica	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Nada adequado	Pouco adequado	Muito adequado

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



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 [“Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica”]

		Pertinência dos procedimentos a utilizar para facilitar a utilização	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
			Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
		Clareza dos procedimentos a utilizar para facilitar a utilização	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
			Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
3 Instruções de Apoio ao uso dos materiais facilitadores	Pranchas de Comunicação	Pertinência da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
		Organização da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
		Clareza da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
			Nada adequado Pouco adequado Muito adequado



Universidade Fernando Pessoa
Doutoramento em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
 [“Utilização de facilitadores comunicativos no atendimento de emergência pré-hospitalar pediátrica”]

	Cartão de Identificação Pediátrico	Pertinência da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
			Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
		Organização da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
			Nada adequado Pouco adequado Muito adequado
		Clareza da informação	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>
			Nada adequado Pouco adequado Muito adequado

Mencione e descreva as alterações que sugere caso tenha classificado algum item como “Nada adequado” e/ou “Pouco adequado”:
