

STEFANIE AZEREDO TOMÁS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPÊUTICA DA FALA - LINGUAGEM
NA CRIANÇA

“A COMUNICAÇÃO NUM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA
COM CRIANÇAS COM DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO E
PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)”



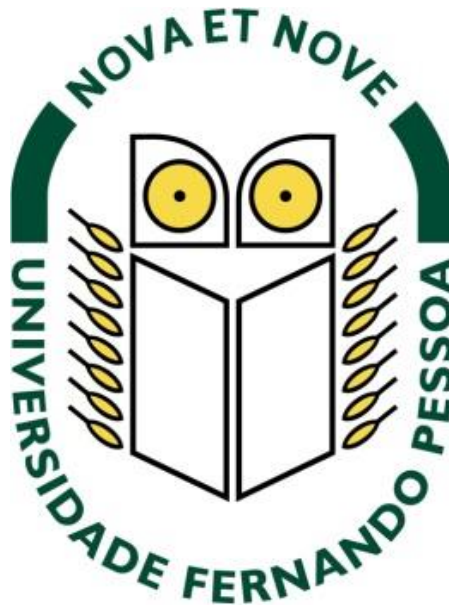
UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, DEZEMBRO 2017

STEFANIE AZEREDO TOMÁS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPÊUTICA DA FALA - LINGUAGEM
NA CRIANÇA

“A COMUNICAÇÃO NUM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA
COM CRIANÇAS COM DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO E
PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)”



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, DEZEMBRO 2017

Nome da autora: Stefanie Azeredo Tomás

Nº de aluna: 18274

Mestrado: Terapêutica da Fala - Ramo de Especialização Linguagem na Criança

Data: Dezembro de 2017

Título da dissertação: A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM).

Docente Orientadora: Professora Doutora Fátima Maia e Mestre Daniela Vieira

Docente Coorientador: Professor Doutor Luís Santos

Atesto a originalidade do trabalho:

(Stefanie Azeredo Tomás)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Terapêutica da Fala - Ramo de Especialização Linguagem na Criança.

SUMÁRIO

Atualmente é dada cada vez mais importância à comunicação na prestação de cuidados de saúde, de forma a melhorar a qualidade do atendimento e a satisfação do paciente, bem como a redução de custos para as entidades. O objetivo principal deste trabalho foi explorar como é realizada a comunicação num atendimento de emergência pediátrica entre crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica pertencentes ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Desta forma, desenvolveu-se um estudo qualitativo com recurso à entrevista em profundidade, semi-estruturada, aplicada na forma semi-diretiva a cinco psicólogos, cinco enfermeiros e dez técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH), a desempenharem funções em diferentes meios de emergência médica, tais como: ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) e de Suporte Imediato de Vida (SIV), Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), Unidade Móvel de Apoio Psicológico (UMIPE) e Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP). Foram asseguradas todas as questões éticas, tendo sido garantida a salvaguarda do anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Estes foram recolhidos no período de agosto a setembro de 2017 e posteriormente tratados através da técnica análise de conteúdo. Os resultados indicaram oito categorias relacionadas com o atendimento de emergência pediátrica: caracterização sociodemográfica, procedimentos, dificuldades, estratégias de superação de dificuldades, formação, principais desafios, motivos de (In) satisfação profissional e recursos. Destacou-se a necessidade de formação específica aos profissionais do INEM, na área da comunicação na criança e suas especificidades, a adaptação de material já existente para esta faixa etária e a implementação de algum outro material que facilite o processo de comunicação destes profissionais com esta população específica.

Palavras-chave: Serviço de emergência médica, barreiras comunicativas, crianças, dificuldades de comunicação.

ABSTRACT

It is currently a measure of health care, in order to improve the quality of care and patient satisfaction, as well as a reduction of custody for the entities. The main objective of this study was to explore how communication is performed in pediatric emergency care among children with communication difficulties and emergency medical professionals belonging to the National Institute of Medical Emergency (INEM). In this way, a qualitative study was developed with an in-depth, semi-structured interview, applied in the semi-directive form to five psychologists, five nurses and ten prehospital emergency technicians (TEPH), to perform functions in different means of medical emergency (SIV), Emergency Medical and Resuscitation Vehicles (VMER), in the Emergency Medical Helicopter Service (SHEM), Mobile Psychological Support Unit (UMIPE) and Inter-Hospital Transport Pediatric (TIP). All ethical issues were ensured, safeguarding the anonymity of participants and confidentiality of the data. These were collected from August to September 2017 and later treated through the technique of content analysis. The results indicated eight categories related to pediatric emergency care: sociodemographic characterization, procedures, difficulties, strategies for overcoming difficulties, training, main challenges, (In) professional satisfaction and resources. It was highlighted the need for specific training for INEM professionals in the area of communication in children and their specificities, an adaptation of existing material for this age group and implementation of some other material that facilitates the process of communication with people with this population specific.

Key-words: Emergency medical service, communicative barriers, children, communication difficulties.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho à minha mãe, por todo o amor e carinho que tem comigo. Por me ter ensinado a nunca desistir e porque efetivamente me ensinou que o sonho comanda a vida! Hoje compartilhamos mais um grande momento na história da nossa vida.

“O maior problema com a comunicação é a ilusão que ela tenha ocorrido.”

George Bernard Shaw

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de certa forma, me incentivaram a acreditar que seria possível realizar este sonho, sem nunca me deixarem desistir.

À minha família, mãe, pai e irmão por serem o meu verdadeiro alicerce na construção deste estudo, pois estão sempre ao meu lado em cada nova conquista da minha vida e por nunca me deixarem desacreditar.

Ao Ricardo Batista, pela paciência, pelas palavras carinhosas. Por ter sempre estado em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem ambiciona trilhar novos caminhos. Por me ter “dado a mão” do início até ao fim, sem me deixar ficar para trás.

À minha avó “Nina” pela boa companhia que me fez nas viagens de recolha de dados e por toda a ajuda que me deu para a investigação.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Fátima Maia e à Mestre Daniela Vieira que me acompanharam durante este percurso e embarcaram comigo neste desafio. Obrigada por todo o apoio, carinho, dedicação e aprendizagem! Agradeço do fundo do coração.

Ao Professor Doutor Luís Santos, meu coorientador, o meu reconhecimento por ter aceite de bom grado este desafio e por toda a sabedoria transmitida sempre com uma postura serena e assertiva. Muito grata.

Ao enfermeiro José Coutinho pelas conversas produtivas que tivemos, que me inspiraram para a escolha deste tema e pela infatigável disponibilidade.

Aos técnicos de emergência pré-hospitalar Tiago Silva e Francisco Madeira pela incansável disponibilidade que tiveram sempre comigo no que fosse necessário para a realização do estudo.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Agradeço também toda a disponibilidade e amabilidade com que fui recebida nas diversas instalações pertencentes ao INEM, principalmente pelas pessoas indigitadas pela instituição para me acompanhar e auxiliar neste estudo. Um bem-haja a todos.

A todos os entrevistados que partilharam comigo as suas opiniões, angústias, experiências de vida e que me enriquecerem como pessoa e profissional. Sem esta preciosa colaboração nada seria possível.

Obrigada a todos!

ÍNDICE

SUMÁRIO.....	V
DEDICATÓRIAS.....	VII
AGRADECIMENTOS	VIII
ABREVIATURAS	XIV
INTRODUÇÃO.....	15
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1.COMUNICAÇÃO	18
i. Barreiras na comunicação	20
ii. Grupos populacionais vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas	23
iii. Facilitadores comunicativos.....	30
- Estratégias comunicativas	30
- Protocolos e Programas para a comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde	35
- O papel do Terapeuta da Fala (TF)	43
2. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)	45
i. Conceito e funcionamento.....	45
ii Emergência Pediátrica.....	49
3. CRIANÇAS COM DIFICULDADES COMUNICATIVAS E A EMERGÊNCIA MÉDICA	52
II. METODOLOGIA	59
1. INTRODUÇÃO	59
2. OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	59
3. PARTICIPANTES	61
4. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS.....	64
5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	68
III.RESULTADOS	70
1. INTRODUÇÃO	70
i. Procedimentos associados ao atendimento de emergência pediátrica	70
ii. Dificuldades associadas ao atendimento de emergência pediátrica.....	83
iii. Estratégias de superação de dificuldades	88
iv. Formação interna no INEM	95
v. Desafios associados ao atendimento de emergência pediátrica	98

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

vi. Motivos de (In)Satisfação profissional	103
vii. Recursos associados ao atendimento de emergência pediátrica	104
2. DISCUSSÃO	106
IV. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo básico de comunicação	19
Figura 2 - Grupos de pessoas vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas em meio hospitalar.	27
Figura 3 - Etapas do protocolo SEGUE.....	37
Figura 4 - Escala OPTION	38
Figura 5 - Acionamento do serviço de emergência médica.....	46
Figura 6 - Acionamento dos meios de emergência médica do INEM.....	46
Figura 7 - Procedimento da avaliação pediátrica visual de acordo com o triângulo de avaliação pediátrico (TAP).....	51
Figura 8 - Organograma das etapas de realização da dissertação.....	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Programa de comunicação FRAME.....	40
Tabela 2 - Fases do protocolo SPIKES	41
Tabela 3 - Meios de emergência médica e tripulação envolvente	47
Tabela 4 - Tabela com os participantes da investigação.	61
Tabela 5 - Participantes da população em que foi aplicada a entrevista pré-teste.....	66

ABREVIATURAS

Ao longo desta dissertação, surgirão algumas abreviaturas, nomeadamente:

CAA - Comunicação Aumentativa e Alternativa

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPV - Cruz Vermelha Portuguesa

DAE - Desfibrilhação Automática Externa

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

PC - Paralisia Cerebral

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SHEM - Serviço de Helicóptero de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

TAE - Técnico de Ambulâncias de Emergência

TAP - Triângulo de Avaliação Pediátrico

TAS - Tripulante de Ambulância de Socorro

TAT - Tripulante de Ambulância de Transporte

TEPH - Técnico de Emergência Pré-hospitalar

TF - Terapeuta da Fala

TIP - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UMIPE - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

Problemática e motivações

A comunicação humana é uma das áreas de excelência de intervenção do Terapeuta da Fala (TF), como elemento facilitador deste processo (Burns et al., 2012; Burns et al., 2015; Yorkston et al., 2016). Existem diversas problemáticas que podem interferir na comunicação humana, desde o nascimento da criança até ao final da sua vida (Beukelman e Mirenda, 2013), podendo este profissional dar o seu contributo, de um modo direto e/ou indireto, em diferentes contextos de atuação (Burns et al., 2012; Burns et al., 2015; Yorkston et al., 2016).

Nos dias de hoje, 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 (Blackstone et al., 2011). Esta situação pode constituir-se ainda como um desafio maior quando os serviços de saúde se dirigem a crianças, pelas fragilidades que estas apresentam. Como se compreenderá, esta faixa etária, encarará a situação de emergência pediátrica de forma negativa (Diogo et al., 2015). As próprias características anátomo-fisiológicas da população infantil podem também dificultar a avaliação dos profissionais de saúde (Valente et al., 2012a). Obviamente que quando se trata de crianças com dificuldades comunicativas o desafio para os profissionais de saúde ainda é mais acrescido (Blackstone, 2015; Yorkston et al., 2015a).

Desta forma, podem então surgir diferentes barreiras no processo de comunicação durante a abordagem ao paciente, que influenciam de forma negativa o tratamento (Blackstone, 2015). A própria situação de crise, num atendimento de emergência pediátrica pode criar, por si só, diferentes obstáculos à criança para desenvolver uma relação empática com os profissionais tornando a abordagem de difícil gestão (Diogo et al., 2015).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Assim, é importante o uso de facilitadores comunicativos na prestação de cuidados de saúde, para ultrapassar eventuais quebras comunicativas (Yorkston et al., 2015a) que possam existir no atendimento de emergência pediátrica, aumentando a qualidade geral do atendimento (Blackstone et al., 2011).

Ter consciência desta realidade reforçou a motivação para o tema, considerando-se pertinente e útil perceber o impacto que as formas de comunicação verbais e não-verbais podem ter nos atendimentos de emergência pediátrica. A inexistência de estudos nesta área a nível nacional, que demonstrassem a abordagem dos profissionais com esta população reforçou também a motivação para que se tentasse entender os procedimentos associados ao atendimento de emergência pediátrica no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Desta forma, é pretendido perceber como ocorre a comunicação entre crianças com dificuldades de comunicação e os profissionais pertencentes ao INEM, num atendimento de emergência pediátrica. Ou seja, entender a realidade do atendimento de emergência pediátrica nesta entidade, assim como entender as necessidades existentes decorrentes da intervenção com esta população.

Desenho da investigação

Assim, pretende-se dar resposta às seguintes questões de investigação:

- 1) “Como funciona de modo geral, um atendimento de emergência pediátrica no INEM?”;
- 2) “Em que situações surgem dificuldades de comunicação num serviço de emergência pediátrica no INEM?”;
- 3) “Como funciona a comunicação entre profissionais do INEM e crianças com dificuldades de comunicação num atendimento de emergência pediátrica?”.

Para o efeito foi utilizada uma metodologia qualitativa, com recurso à entrevista em profundidade, semi-estruturada aplicada a diferentes profissionais pertencentes ao INEM, como enfermeiros, psicólogos e técnicos de ambulâncias de emergência (TAE) entre agosto a setembro de 2017. Foram desenvolvidos 20 questionários.

Organização e conteúdos

No que concerne à organização da dissertação de mestrado, a mesma está repartida em quatro capítulos. No capítulo I encontra-se o enquadramento teórico sobre o tema, que está dividida em três subcapítulos, nomeadamente: 1) Comunicação, 2) Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e 3) Crianças com dificuldades comunicativas e a emergência médica. Dentro destes subcapítulos são abordados aspetos específicos, considerados mais relevantes para a sustentação da investigação desenvolvida, tais como a indicação de barreiras comunicativas, grupos populacionais vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas, facilitadores comunicativos e principais características inerentes ao funcionamento da emergência pediátrica. O capítulo II foca-se no enquadramento metodológico, isto é, nos objetivos, tipo de estudo, nos participantes, unidades de análise, materiais e procedimentos necessários para a recolha de dados e posterior análise. No capítulo III apresentam-se os resultados da investigação e uma discussão acerca dos mesmos. No capítulo IV, encontra-se uma conclusão sobre toda a investigação e algumas recomendações decorrentes da mesma. Por último, são mencionadas as referências bibliográficas utilizadas, seguindo-se a apresentação dos anexos, onde consta o instrumento utilizado (guião de entrevista) e outros documentos necessários para a realização deste estudo (como por exemplo as matrizes conceptuais).

Finalmente, almeja-se com esta investigação, sensibilizar para a importância da comunicação em ambiente de emergência pré-hospitalar (INEM), salientando que esta tem um papel fulcral na melhoria da qualidade do atendimento pediátrico e que o TF é o profissional qualificado que poderá auxiliar na melhoria da comunicação neste contexto.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.COMUNICAÇÃO

A comunicação é algo tão natural e tão presente no nosso dia-a-dia que muitas vezes nos esquecemos de como aprendemos a falar e as dificuldades que sentimos ao longo do nosso desenvolvimento (Beukelman e Mirenda, 2013). De um modo muito simples, podemos definir a comunicação como a transmissão de uma mensagem. Para isso deve existir um emissor (que codifica e emite a mensagem), um canal (através do qual a mensagem é transmitida) e, por fim, pelo menos um recetor (Figura 1). Nesta simples definição de comunicação, o emissor transmite uma mensagem que será descodificada posteriormente pelo recetor podendo posteriormente os papéis inverterem-se (Blackstone, 2015). É um fenómeno dinâmico, que envolve um processo bidirecional, e que pode implicar ajustes por parte dos interlocutores até que a mensagem seja compreendida por ambas as partes (The Joint Comission, 2010).

No entanto, nos dias de hoje, o conceito de comunicação é encarado de um modo mais complexo, uma vez que é considerada não só a comunicação verbal oral (fala) mas também toda a componente não-verbal, ou seja, o olhar, os gestos, as expressões faciais, a postura corporal, o silêncio e até a distância entre os parceiros comunicativos. Assim, a comunicação não-verbal é de igual modo importante, pois poderá só por si transmitir mensagens e/ou auxiliar na descodificação daquelas que são transmitidas verbalmente, tornando-as mais claras (Araújo et al., 2007; Benson, 2014).

É através da comunicação que o ser humano é capaz de aprender, interagir com o outro e desenvolver-se a nível pessoal. Ela assume um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde (Beukelman e Mirenda, 2013), tanto a nível relacional, como na intervenção e satisfação do paciente (The Joint Comission, 2010; Blackstone et al., 2011) e até em termos de redução de custos para as entidades envolvidas (Blackstone et al., 2011).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Segundo a The Joint Commission (2010), uma comunicação eficaz no contexto de prestação de cuidados de saúde, é aquela em que os profissionais e os seus pacientes trocam informações, para que estes últimos participem na sua própria intervenção. Sendo a comunicação um direito do ser humano, os profissionais de saúde ao darem importância às preocupações e vontades dos pacientes e/ou cuidadores/familiares dos mesmos, conseguem alcançar uma maior confiança no tratamento (Blackstone, 2008; Topia e Hocking, 2012; Benson, 2014). Assim, uma comunicação eficaz também influencia de forma positiva a qualidade de vida e segurança do paciente (Blackstone et al., 2011; Blackstone, 2015), sendo fundamental para entender o mesmo de forma holística e conhecer as suas necessidades (Alcântara et al., 2016).

É então importante que os profissionais de saúde deixem os pacientes afirmar as suas vontades/opiniões para que essa troca de informação permita que ambos (profissionais de saúde e pacientes) sejam compreendidos (Levinson et al., 1997; Beukelman e Mirenda, 2013; Benson, 2014). Assim sendo, a comunicação nas intervenções de saúde não deve focar-se apenas na comunicação verbal oral, mas estar atenta também aos sinais não-verbais, para que o plano terapêutico, a intervenção e os resultados possam ser mais adequados e eficazes, como é responsabilidade dos profissionais de saúde (Araújo et al., 2007).

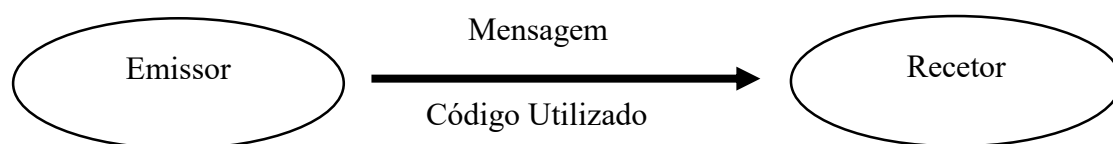


Figura 1 - Processo básico de comunicação (Jakobson, 2007).

Tendo por base o tema da comunicação, este trabalho incide especificamente sobre a comunicação na prestação de cuidados de saúde. Desta forma, optou-se por analisar alguns aspetos intimamente relacionados com os três elementos base do processo de comunicação, dentro deste contexto.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Assim, serão apontadas barreiras comunicativas que muitas vezes afetam a *mensagem*, bem como os grupos de pessoas que são mais vulneráveis a apresentarem dificuldades de descodificação da mesma (*recetor*). No que diz respeito ao *emissor*, serão abordados facilitadores comunicativos que poderão agilizar este processo.

i. Barreiras na comunicação

A comunicação nem sempre é eficaz na prestação de cuidados de saúde, uma vez que, nem sempre o paciente consegue entender de forma adequada o profissional de saúde e/ou nem o profissional de saúde entende o paciente, podendo esta situação surgir associada a diferentes tipos de barreiras na comunicação. Entende-se por barreira comunicativa, qualquer situação em que a mensagem transmitida não é descodificada pelo recetor (Blackstone, 2015), ou seja, quando existe dificuldade na transmissão, no processamento e/ou na compreensão de conceitos verbais e/ou não-verbais (ASHA, 1993; Blackstone, 2015).

Estas dificuldades no estabelecimento da comunicação entre os profissionais e os seus pacientes têm diferentes causas, assim como diversos graus de severidade, estando interligadas à componente da fala, linguagem e/ou audição (ASHA, 1993; Blackstone et al., 2011).

Para além das questões já referidas, a própria natureza da prestação de cuidados em saúde, por si só, cria barreiras à comunicação e interação com os profissionais, uma vez que, são normalmente encontros rápidos, dolorosos e receosos. Estes fatores dificultam o estabelecimento de uma relação empática do profissional com o paciente, pelo tempo reduzido que caracteriza estes serviços. Por consequência, esta situação (de poder não existir tempo suficiente para criar empatia com o paciente), pode não deixar o paciente à vontade para a interação com o profissional (Blackstone e Kailes, 2015).

Concomitantemente, os próprios profissionais de saúde, por vezes, não têm formação pormenorizada para estas especificidades mencionadas, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de falhas na comunicação (Blackstone et al., 2015).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Em diferentes estudos (Blackstone et al., 2011; Blackstone et al., 2015; Burns et al., 2015; Yorkston et al., 2015b; Yorkston et al., 2016) profissionais de saúde, afirmam que as habilidades básicas de comunicação não são suficientes para que haja uma comunicação eficaz e que deveriam ser implementadas técnicas/ferramentas específicas para auxiliá-los na intervenção com o paciente a este nível (aumentando a qualidade do serviço). Afirmam ainda que, na maior parte das situações, não têm conhecimento da postura mais adequada, nem das estratégias que deveriam ter/usar perante estas situações (Burns et al., 2015; Yorkston et al., 2016).

Para que a qualidade da prestação dos cuidados de saúde aumente é também fundamental a boa comunicação entre os profissionais de saúde, para além daquela que é estabelecida com o paciente e as suas famílias. Os profissionais de saúde não têm necessariamente que saber trabalhar noutras áreas de saúde nem ter conhecimentos sobre elas, mas sabe-se que é fundamental terem uma comunicação eficaz com os seus colegas para que os resultados sejam mais produtivos (Dingley et al., 2008).

Com o intuito de melhorar a prestação dos profissionais de saúde, tem-se realçado a educação interpessoal. A educação interpessoal tem como objetivo preparar os alunos de cursos de saúde a aprenderem (com áreas diferentes das suas) a integrar de forma mais adequada equipas multidisciplinares no seu futuro profissional, para assim ser fornecida uma resposta mais adequada aos pacientes com problemáticas cada vez mais diversificadas e complexas. Este tipo de aprendizagem é facilitada com o recurso a demonstrações, sendo importante integrar nas mesmas as populações vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas em contexto hospitalar (Blackstone et al., 2015).

É importante os profissionais de saúde aprenderem a utilizar a comunicação de forma eficaz com os seus pacientes, passando pela aprendizagem simples do uso de algumas estratégias facilitadoras à interação necessária e fundamental na prestação de cuidados de saúde. O facto dos profissionais de saúde estarem mais alerta para as necessidades e preferências dos seus pacientes aumenta significativamente a qualidade da abordagem. Além disso, é ainda importante que os mesmos, nomeadamente os TF's, saibam apoiar os pacientes vulneráveis a apresentarem dificuldades comunicativas, principalmente

quando estes têm necessidade de transmitir alguma informação importante (Blackstone et al., 2015). Este apoio poderá passar, por exemplo, pela preparação de determinadas situações (consultas, exames clínicos, ...), com a explicação e análise de acontecimentos inerentes a essas situações, bem como a seleção de vocabulário essencial para a comunicação nesses contextos (Blackstone et al., 2015).

Assim, é importante que os profissionais de saúde adquiram competências de três tipos: competências profissionais individuais, competências colaborativas e competências comuns. Nas competências profissionais individuais é importante realçar que cada profissional desempenha as suas funções, mas que, a maior parte delas, complementam-se com as de outros profissionais, sendo importante e necessário o trabalho em equipa, como por exemplo com o TF (Blackstone et al., 2015). Relativamente às competências colaborativas, é cada vez mais importante, como já referido, os profissionais serem capazes de partilhar informações uns com os outros de forma a que a intervenção seja mais assertiva e adequada. É necessário que os profissionais tenham uma comunicação eficaz uns com os outros (Dingley et al., 2008). Por último, em relação às competências comuns, é essencial que todos os profissionais recorram às competências comunicativas básicas durante a sua prática clínica, para que possa ser mais eficaz (Blackstone et al., 2015).

Portanto, o uso diminuído de estratégias na prestação de cuidados de saúde, principalmente em contextos de emergência médica, faz com que o atendimento não seja centrado no paciente (O’Gara e Fairhurst, 2004; Turner et al., 2016). Esta situação pode conduzir a uma menor capacidade por parte dos profissionais em envolverem o seu paciente na intervenção, demonstrando compreensão, carinho, preocupação e afetividade com os seus interesses e vontades (O’Gara e Fairhurst, 2004). Para além desta questão, a não utilização de estratégias leva ainda à diminuição da satisfação do paciente e seus familiares relativamente ao serviço prestado (Rao, 2011), assim como, compromete a qualidade do atendimento (Rao, 2011; Turner et al., 2016). Assim, todos os profissionais de saúde deveriam usar estratégias comunicativas para que a qualidade da interação fosse significativamente superior (Yuksel e Unver, 2016).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Em suma, uma comunicação não eficaz no contexto de emergência médica pode ter consequências negativas na intervenção com o paciente, como lesões físicas e/ou psicológicas e, em casos mais extremos, a morte. Em termos hospitalares, também há consequências negativas, nomeadamente no aumento de custos para as entidades, uma vez que, haverá a tendência para que o tempo da hospitalização seja mais prolongado e, por consequência, menor será a satisfação por parte do paciente e dos seus familiares. Assim, é importante que o processo comunicativo seja realizado adequadamente para que o grau de satisfação seja mais elevado e os custos hospitalares mais reduzidos (Rao, 2011; Blackstone, 2016).

Para isso, é fundamental dar importância à comunicação e instruir todos os profissionais de saúde na área da comunicação, de modo a que estes possam mais facilmente implementar estratégias comunicativas, envolver o paciente e os familiares na intervenção e dar mais tempo de resposta aos pacientes (Hemsley e Balandin, 2014).

ii. Grupos populacionais vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas

Existem diferentes grupos de pessoas suscetíveis a evidenciarem dificuldades comunicativas, ou seja, pessoas que possuem dificuldades em áreas como a fala, a linguagem e/ou a audição, como já referido anteriormente (ASHA, 1993; Blackstone, 2015).

Relativamente à *fala*, no processo comunicativo podemos encontrar dificuldades que podem comprometer a sua eficácia em cinco níveis diferentes: na articulação verbal oral (dicção), na fluência do discurso (ritmo da fala), na voz (vibração das cordas vocais), na prosódia (melodia da fala) e/ou na ressonância (fluxo aéreo pelo nariz) (ASHA, 1993; Amorim, 2011). Em relação à articulação verbal oral, as dificuldades mencionadas podem ser na dicção dos sons da fala, podendo ocorrer substituições, omissões, adições ou distorções de fonemas (ASHA, 1993; Amorim, 2011). Outro motivo para a existência de barreiras comunicativas é quando o ritmo de fluência do discurso está comprometido, ou seja, quando há repetição de sons, sílabas e/ou palavras, pausas inadequadas, hesitações ou até mesmo bloqueios, os quais poderão, eventualmente, ser acompanhados de expressões faciais e corporais pouco usuais. Quando a produção vocal do utente não é

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

efetuada de forma natural (por comprometimento ao nível da voz, da prosódia e/ou da ressonância), esta poderá afetar também a eficácia comunicativa (ASHA, 1993; Amorim, 2011).

No que se refere à *linguagem* podem existir dificuldades ao nível da compreensão verbal e/ou da capacidade de expressão verbal, com recurso a um sistema de símbolos falado e/ou escrito (Amorim, 2011; ASHA, 1993; Blackstone, 2015). Estas dificuldades podem envolver a forma (fonologia, morfologia e sintaxe), o conteúdo (semântica) e/ou a função da linguagem (pragmática) (ASHA, 1993).

Já relativamente à *audição*, as barreiras comunicativas ocorrem devido às dificuldades no desenvolvimento que um comprometimento a este nível pode causar, podendo afetar a compreensão e/ou a produção da fala e/ou o desenvolvimento da linguagem (ASHA, 1993; Tomblin et al., 2014).

Estas dificuldades podem ser então intrínsecas ao utente, como por exemplo, quando afetam a audição e/ou a visão, quando há comprometimento da expressão verbal oral, dificuldades no domínio do idioma (na expressão e/ou compreensão), na compreensão de informação verbal oral, na cognição, na retenção da informação ou até quando existem crenças religiosas diferentes da comunidade em causa (Blackstone, 2015) (Figura 2).

Por outro lado, as dificuldades comunicativas podem ser desencadeadas pelo contexto ou por alguma situação específica (extrínsecas ao paciente), como por exemplo, quando este é submetido a algum ato cirúrgico que comprometa a comunicação, quando o próprio ambiente é muito ruidoso, ou quando sofre um acidente num país não materno (Blackstone, 2015) (Figura 2).

No que se refere especificamente à população pediátrica, apresentam-se de seguida as diferentes dificuldades de comunicação e linguagem que podem ser consideradas. Apesar de existirem diversas nomenclaturas que pretendem caracterizar estes problemas na criança, a informação indicada baseou-se na American Speech-Language-Hearing Association (ASHA):

- Perturbações de linguagem

A perturbação da linguagem refere-se a uma dificuldade na aquisição e utilização da linguagem, apenas num domínio ou em mais do que um dos seus domínios. Quando esta dificuldade não está associada a outros tipos de perturbações como intelectuais, sensoriais, motoras, atrasos do desenvolvimento global, ou outras, pode ser considerada uma perturbação específica da linguagem (PEL) (perturbação primária) (ASHA, 1993; 2017e).

Quando as perturbações estão associadas a outras alterações as causas podem ser definidas em relação a essa condição específica. A causa das perturbações específicas da linguagem (PEL) tem sido difícil de definir, sendo normalmente atribuída a causas genéticas e/ou biológicas (ASHA, 2017e).

- Perturbação dos sons da fala

Os obstáculos ao nível da fala dizem respeito à combinação de dificuldades relacionadas com a perceção, produção motora e/ou com a representação fonológica dos sons da fala e segmentos da fala, que influenciam a inteligibilidade da expressão verbal oral. Existem dois tipos de perturbações específicas da fala, como ao nível da articulação dos fonemas (perturbação articulatória) que estão associados a dificuldades estruturais e/ou motoras como é o exemplo das fendas labiopalatinas e/ou o caso das apraxias da fala. Ou então as dificuldades podem estar associadas ao nível da linguagem, ou seja, quando as dificuldades estão associadas a distúrbios fonológicos (perturbação fonológica) (ASHA, 2017a).

As causas das perturbações articulatórias e fonológicas são na maior parte das vezes, desconhecidas. No entanto, é mais fácil conhecer a sua causa, quando associadas a casos como surdez, paralisia cerebral, alterações craniofaciais, problemas cognitivos ou congénitos (ASHA, 2017a).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

- Perturbação da comunicação social

Os problemas de comunicação social estão associados a problemas de interação e cognição social e/ou ao nível da pragmática. Esta patologia pode ocorrer de forma isolada, ou associada a outras perturbações como: perturbação do espectro do autismo, perturbação específica da linguagem, perturbações do desenvolvimento, hiperatividade e/ou défice de atenção/concentração, entre outras. Na maioria, as causas das perturbações da comunicação social dependem das condições específicas mencionadas anteriormente (ASHA, 2017b).

- Emergência tardia da linguagem

A emergência tardia da linguagem é um diagnóstico terapêutico usado quando existe um atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem. Não está associado a outras patologias cognitivas e/ou neuromotoras. Ocorre quando as crianças apresentam competências linguísticas abaixo do esperado para a sua faixa etária. Assim sendo, estas crianças podem apresentar atrasos ao nível da produção na linguagem oral (expressão), na compreensão da linguagem oral (compreensão) e/ou a junção das duas (expressão e compreensão) (ASHA, 2017c).

- Perturbação da fluência

As perturbações da fluência estão divididas em dois tipos, como: gaguez ou taquifémia. A gaguez ocorre quando existe uma interrupção no fluxo da fala ocasionado por repetições de sons, sílabas, palavras e/ou frases, prolongamento de sons, bloqueios, interjeições, afetando o ritmo e/ou o débito da fala. Já a taquifémia, é caracterizada por um débito de fala elevado e irregular, que altera a clareza do discurso. Estes problemas parecem resultar da junção de diversos fatores (multifatorial) como genéticos e/ou neuropsicológicos (ASHA, 2017d).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

- Perturbação da voz

A perturbação da voz está presente quando o paciente não consegue utilizá-la de forma adequada nas tarefas do seu dia-a-dia (ASHA, 1993; ASHA, 2017g), ou seja, quando a qualidade vocal, a intensidade e o tom de voz estão inadequados (ASHA, 2017g; Boone, et al. 2010). Intitula-se disfonia, quando o paciente apresenta alterações vocais em que a qualidade e a intensidade vocal estão alteradas e é associado esforço vocal nas produções orais (ASHA, 2017f).

Considerando o contexto específico de comunicação, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, em análise neste trabalho, entendeu-se importante apresentar também os cinco grupos vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas em contexto hospitalar, referidos por Blackstone (2015):

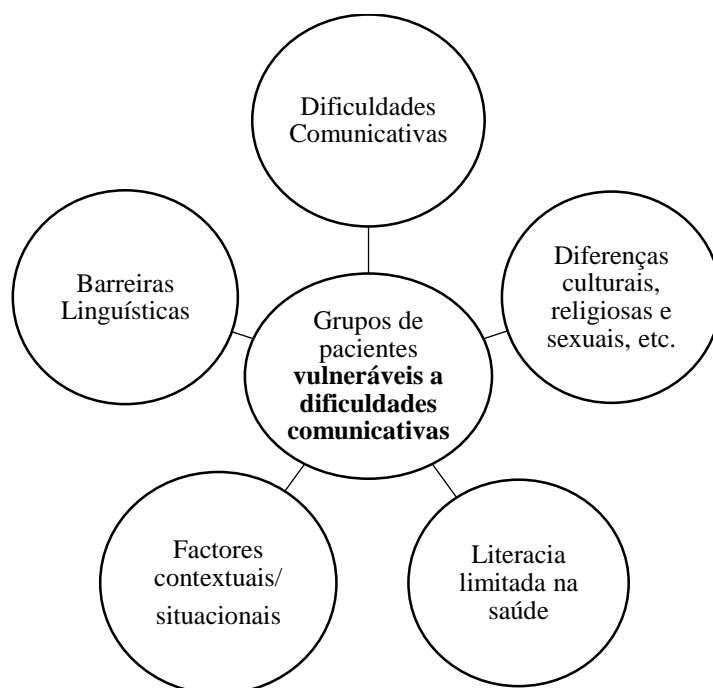


Figura 2 - Grupos de pessoas vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas em meio hospitalar adaptado de (Blackstone, 2015).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

- Pessoas com barreiras linguísticas - O não domínio do idioma quer falado, quer escrito, pode ser considerado uma barreira comunicativa, uma vez que, os profissionais de saúde e os pacientes demonstram dificuldades em se fazerem entender e/ou compreenderem o que lhes está a ser transmitido. Esta situação poderá conduzir a dificuldades de compreensão, mas também a problemas em relação à segurança e qualidade do serviço, como é o caso de pessoas de nacionalidade diferente da do país onde ocorre a emergência médica (Chandrika et al., 2007; Bartlett et al., 2008; Blackstone et al., 2015);

- Pessoas com literacia limitada - Entende-se por literacia em saúde, “(...) o grau em que os indivíduos têm capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões apropriadas na saúde”¹ (U.S. Department of Health and Human Services, 2010, p.1). Por isso, pessoas com competências de literacia na saúde limitadas podem não entender de forma adequada as informações que os profissionais de saúde transmitem, havendo maior probabilidade de tomarem decisões menos apropriadas, o que, caso ocorra, poderá conduzir a sentimentos de frustração e abandono (Blackstone, 2015; Engelke, 2016). Estas capacidades básicas dizem respeito por exemplo, às habilidades de leitura e escrita, assim como à capacidade de comunicação com profissionais de saúde (Center for Health Care Strategies e Mahadevan, 2013b). Neste grupo incluem-se os idosos, pessoas com baixa escolaridade e nível socioeconómico, não nativos na língua onde ocorre a prestação de cuidados de saúde e grupos de pessoas que recebem ajuda financeira para serem assistidos em cuidados de saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004). Os profissionais devem atuar com humildade cultural, ou seja, entender que, apesar dos conhecimentos serem distintos, ambos (paciente e profissional de saúde) têm a aprender um com o outro, melhorando também a interação médica. Para além disso, devem ter a perceção que estão em constante aprendizagem (Waters e Asbill, 2013);

- Pessoas com práticas/preferências religiosas diferentes da cultura dominante - Com o aumento das taxas de imigração, os profissionais de saúde devem respeitar possíveis diferenças entre eles e os seus pacientes, como por exemplo, relativamente a crenças

¹ Health literacy is the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

religiosas, orientação sexual, cultura, etnia, entre outras (Waters e Asbill, 2013; Blackstone, 2015);

- Pessoas com dificuldades comunicativas derivadas da situação/contexto - Sabe-se que existem diferentes situações que podem conduzir a dificuldades comunicativas derivadas do contexto. Um desses exemplos é quando um estrangeiro encontra-se a viajar fora do seu país de origem e sofre um acidente, ou quando o paciente após cirurgia é impossibilitado de comunicar porque é, por exemplo, intubado. Outra situação é quando o paciente sofre um acidente que o leva a ter dificuldades comunicativas, como um acidente vascular cerebral (AVC) ou um traumatismo crânio encefálico (TCE) (Blackstone, 2015);

- Pessoas com patologias que afetam a comunicação - Obviamente que quando se trata de pacientes com dificuldades comunicativas decorrentes de um diagnóstico clínico (ex. Paralisia Cerebral, Síndrome de *Down*), o risco de ocorrerem falhas de comunicação aumenta, pois muitas vezes, nem sequer lhes são dadas oportunidades para interagirem, não só devido à forma como o atendimento hospitalar acontece, mas também por dependerem significativamente dos seus familiares. Nestes casos, deverá assegurar-se que a interação dos familiares possa facilitar o contacto, mas não desperdice oportunidades comunicativas e até decisões por parte dos pacientes, pois, apesar das suas dificuldades, gostam de fazer parte da sua própria intervenção e tomar as suas próprias decisões/preferências (Blackstone, 2015; Burns et al., 2016).

Para além destas razões, os pacientes com dificuldades comunicativas necessitam de mais tempo para estabelecerem uma interação comunicativa, no entanto, como este tipo de atendimento tem curta duração, o fator tempo pode ser considerado uma barreira comunicativa (Yorkston et al., 2016). Outro motivo que pode levar a que haja comprometimento na comunicação é o não conhecimento por parte dos profissionais de saúde das especificidades da patologia e do método de comunicação preferencial da criança (Hemsley et al., 2013). Segundo Blackstone et al. (2015), o número total desta população é consideravelmente elevado, e as suas condições afetam a prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente no processo de troca de informação. Estas alterações

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

poderão ter um impacto significativo e modificarem a qualidade do atendimento hospitalar (Bartlett et al., 2008).

iii. Facilitadores comunicativos

Como referido anteriormente, os profissionais de saúde nem sempre têm conhecimento nem formação sobre qual a melhor postura a adotar perante pacientes com dificuldades comunicativas. No entanto, existem diversas estratégias, protocolos e programas de comunicação, para auxiliarem/facilitarem a interação destes profissionais com os seus pacientes (Yorkston et al., 2015b), para além de existirem profissionais habilitados para apoiarem o desenvolvimento dos processos comunicativos de forma eficaz, nomeadamente os TF's (Burns et al., 2015).

Assim, considerou-se importante neste trabalho descrever algumas estratégias, protocolos e programas de comunicação, facilitadores do processo comunicativo. Posteriormente, discutiu-se ainda o papel que o TF tem e de que modo é que este poderá auxiliar na interação dos profissionais de saúde com os seus pacientes.

- Estratégias comunicativas

Para que a comunicação seja mais adequada a população envolvente ao paciente (desde os profissionais de saúde aos próprios familiares), deve estar sensibilizada e apta para usar estratégias comunicativas com o intuito de facilitar a troca de informação (Wanzer et al., 2004; Hemsley e Balandin, 2014).

Algumas das estratégias passam por saber ouvir, dando tempo suficiente para que a pessoa se faça entender, assim como estabelecer laços de afetividade, criando empatia. Usar perguntas abertas e valorizar os comportamentos não-verbais, são outras estratégias importantes para facilitar a comunicação neste contexto (O'Gara e Fairhurst, 2004). Para além disso, respeitar o paciente, usar um vocabulário adequado, ser objetivo (para manter a pessoa envolvida na interação comunicativa) e questionar (para ter noção se está a ser entendido o que foi transmitido), são outras possíveis estratégias que poderão ser utilizadas (Center for Health Care Strategies, 2013a; Oslund, 2017). É ainda importante

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

valorizar as preocupações do paciente, preservando o contacto ocular e envolvendo-o na sua própria intervenção, para que se sinta parte integrante no processo e possa também tomar decisões (O’Gara e Fairhurst, 2004; Oslund, 2017).

Quando a comunicação com o paciente é de difícil gestão, é importante usar pistas visuais e não-verbais para facilitar a compreensão recorrendo a alternativas à fala, assim como demonstrar interesse pelos seus gostos e preferências. É de igual modo importante explicar ao paciente, de forma simples e clara, todas as informações relativamente à intervenção, organizando o discurso por tópicos, para que seja facilmente compreendido. Esta explicação sobre o tratamento do paciente (desde o início até ao fim), também deve ser fornecida aos seus familiares, envolvendo-os no processo. Caso o profissional não entenda o que o paciente lhe esteja a transmitir, é importante repetir a informação e solicitar ao paciente que confirme o esclarecimento recebido. Será ainda importante fornecer tempo suficiente ao paciente para que, caso assim o entenda, possa fazer questões acerca da prestação de cuidados de saúde (Oslund, 2017).

Para além dos exemplos das estratégias comunicativas mencionadas anteriormente a comunicação aumentativa e alternativa (CAA) também pode ser considerada uma forma para auxiliar o desenvolvimento da comunicação (Davidoff, 2017; ASHA, 2017f) de um modo permanente (para o resto da vida) ou apenas temporariamente (durante um período e/ou em situações específicas) (ASHA, 1993; Light et al., 1998; Von Tetzchner e Martisen, 2000; ASHA, 2017f).

Assim, o objetivo da CAA é potencializar a comunicação em pacientes incapazes de o fazer pelos meios tradicionais, ou seja, que não são comunicadores independentes em todas as situações. É então utilizada com pacientes que demonstrem dificuldades no desenvolvimento, com comprometimento ao nível da linguagem e da comunicação (quer ao nível da expressão verbal oral, quer ao nível da compreensão de material verbal oral). Esta poderá ser uma boa ferramenta, uma vez que promove o desenvolvimento de competências comunicativas, de linguagem (expressão e/ou compreensão), da alfabetização e da capacidade cognitiva (ASHA, 1993; ASHA, 2017f; Davidoff, 2017).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Deste modo, pode ser encarada de um modo aumentativo quando é usada para complementar a fala, podendo servir para apoiar e/ou para garantir a comunicação caso o paciente não a desenvolva de um modo totalmente funcional. Por outro lado, pode ainda ser utilizada como forma alternativa quando substitui a fala, ou seja, quando esta não existe ou não é funcional (abrangendo qualquer forma de comunicação diferente da fala) (Light et al., 1998; Von Tetzchner e Martisen, 2000).

A CAA usa um conjunto diversificado de formas para auxiliar o paciente a expressar os seus sentimentos/necessidades, tais como signos gestuais, expressões faciais e corporais, imagens/fotografias, signos gráficos, signos tangíveis, tabelas comunicativas, livros, novas tecnologias (computador, *tablet*,...), ou várias formas em simultâneo (Von Tetzchner e Martisen, 2000; ASHA, 2017f; Davidoff, 2017).

A CAA pode ainda ser distinguida em comunicação sem ajuda e/ou com ajuda (ASHA, 2017f). Ou seja, os sistemas de comunicação sem ajuda não necessitam de elementos externos à própria pessoa, pois não requerem nenhum instrumento extra nem ajuda técnica, apenas o próprio corpo do paciente que comunica através dos gestos, expressões faciais e corporais, vocalizações, entre outras (Von Tetzchner e Martisen, 2000; ASHA, 2017f). Esta forma da CAA exige alguma agilidade motora por parte do paciente (ASHA, 2017f).

Já os sistemas com ajuda necessitam de elementos exteriores (eletrónicos ou não) para auxiliarem na comunicação, como por exemplo: imagens, objetos, fotografias, quadros comunicativos, dispositivos eletrónicos como o *tablet*, computador, *softwares* (Von Tetzchner e Martisen, 2000; ASHA, 2017f).

Para além destas formas, a CAA pode ainda ser classificada como dependente ou independente. Entende-se por comunicação dependente, quando o paciente depende de outra pessoa que é responsável por interpretar o significado do que foi expresso, como é por exemplo o caso dos signos gestuais (em que é necessário que os interlocutores dominem o código para que consigam descodificar a mensagem). Na comunicação independente a informação a ser transmitida é realizada na totalidade pelo paciente,

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

através de, por exemplo, tecnologias de apoio em que a mensagem é transmitida através da escrita e/ou num ecrã e/ou com saída de voz (Von Tetzchner e Martisen, 2000).

Desta forma, existe uma variedade de pacientes vulneráveis a demonstrarem dificuldades ao nível da expressão e/ou compreensão verbal oral, nomeadamente pacientes que possuem patologias caracterizadas por comprometimento na fala e/ou na linguagem (oral e/ou escrita). Estas dificuldades podem ser congénitas ou adquiridas. Alguns exemplos de dificuldades congénitas são os casos da perturbação do espectro do autismo (PEA), paralisia cerebral (PC), distúrbios genéticos, entre outros. Para este grupo de pacientes a CAA não é apenas um meio de comunicação, como auxilia na aquisição e desenvolvimento da linguagem expressiva e recetiva. Relativamente às dificuldades adquiridas estas incluem por exemplo doenças neurodegenerativas, acidentes vasculares cerebrais (AVC), dificuldades após cirurgias e/ou até dificuldades temporárias decorrentes de uma intubação. Estas necessidades podem modificar ao longo do tempo dependendo do grau da doença e da sua progressão (ASHA, 2017f).

Outros exemplos que possam vir a beneficiar da CAA são crianças em que a articulação verbal oral não é totalmente inteligível (como por exemplo em casos de apraxia e dificuldades articatórias), pessoas com disartria, uma vez que, com o esforço verbal os músculos vão lentificando afetando a qualidade da fala e/ou até pessoas com dificuldades na nomeação/evocação de conceitos (Lawrence, 2017).

De acordo com os autores Von Tetzchner e Martisen (2000), os pacientes que se constituem como candidatos ao uso de um sistema aumentativo e/ou alternativo de comunicação podem dividir-se em três grupos distintos: grupo com necessidade de um meio de expressão, grupo com necessidade de uma linguagem de apoio e grupo com necessidade de uma linguagem alternativa. Em relação ao primeiro grupo citado (com necessidade de um meio de expressão), é o caso de crianças que necessitam de um meio de expressão permanente. Aqui a compreensão não é um objetivo relevante neste tipo de intervenção.

Relativamente ao segundo grupo (grupo com necessidade de uma linguagem de apoio), este pode ser subdividido em dois subgrupos. No primeiro subgrupo, a comunicação

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

alternativa é usada para estimular a aquisição da fala, ou seja, não é objetivo a substituição da fala, mas promover a compreensão e a fala (funcionando como um “trampolim” para o atraso do desenvolvimento da linguagem na criança). O outro subgrupo diz respeito a crianças que falam, mas não são inteligíveis em todos os contextos, nem com todos os interlocutores, nem abordando todos os tópicos de conversa. No entanto, distinguem-se do grupo com necessidade de um meio de expressão por não ser utilizada como o meio principal de comunicação. Fazem parte do último grupo (com necessidade de uma linguagem alternativa), crianças em que a comunicação alternativa seja usada para o resto da sua vida. São crianças que não usam, ou usam de forma esporádica a fala, sendo a comunicação alternativa usada como se fosse a sua língua materna. O objetivo então é que a criança seja capaz de compreender a CAA e usá-la de forma funcional nos seus diferentes contextos (Von Tetzchner e Martisen, 2000).

É então importante selecionar o método de CAA mais eficaz para o paciente e a sua família, tendo em conta as suas capacidades e características (Johnston et al., 2014; Davidoff, 2017). Esta ajuda à comunicação quanto mais cedo for implementada, melhor serão os resultados futuros, auxiliando a criança a manifestar os seus desejos e vontades aos seus parceiros comunicativos (Davidoff, 2017).

Relativamente à prestação de cuidados de saúde, muitas vezes, os profissionais de saúde revelam dificuldade na sua conduta, quando expostos a estes casos, sendo a falta de conhecimento/formação uma das causas referidas para tais complexidades. Portanto, a implementação de estratégias em meio hospitalar é importante para auxiliar a conduta dos profissionais (Hemsley e Balandin, 2004; Finke et al., 2008). Assim, cabe às famílias destes pacientes auxiliarem os profissionais nas interações comunicativas, assim como darem apoio às equipas de saúde nos cuidados ao paciente, pois os pacientes necessitam de apoio para implementar estas estratégias na prestação de cuidados na saúde (Hemsley e Balandin, 2004; Hemsley e Balandin, 2014). É essencial que os profissionais de saúde usem ferramentas comunicativas para conseguir comunicar com todos os seus pacientes, uma vez que, a qualidade do atendimento aumenta significativamente (Finke et al., 2008).

Portanto, na maior parte das vezes, as pessoas com graves dificuldades comunicativas dependem dos seus familiares/cuidadores para conseguirem estabelecer comunicação, de

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

modo a poderem partilhar as suas necessidades e preferências, assim como podem necessitar de sistemas de CAA (Hemsley e Balandin, 2014; Franco et al., 2015). Indivíduos que usam a CAA têm o direito de ter pessoas treinadas para os ajudar nas atividades do seu dia-a-dia incluindo a prestação de cuidados de saúde (Collier, 2006).

- Protocolos e programas para a comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde

A comunicação é fundamental em saúde, não só como meio facilitador na adesão do paciente à intervenção como na própria satisfação com a receção dos cuidados prestados e na sua própria segurança. Cada vez mais, nos dias de hoje, é dada importância à melhoria da prestação dos cuidados de saúde, assim como à redução dos custos em termos hospitalares (Blackstone et al., 2011; Rao, 2011). Por isso, foram desenvolvidos diferentes protocolos e programas para estruturar a comunicação na prestação de cuidados de saúde. Na revisão da literatura efetuada encontram-se essencialmente protocolos e programas que apontam sobretudo para a relação médico-paciente. Estes protocolos e programas podem ser aplicados a pacientes com dificuldades comunicativas de diferentes causas (Yorkston et al., 2015b), como é o caso dos protocolos SEGUE, OPTION e do programa FRAME que auxiliam os clínicos no uso de estratégias comunicativas com os seus pacientes. O protocolo SPIKES foi elaborado com o objetivo de auxiliar os clínicos na transmissão de más notícias aos pacientes (Yorkston et al., 2015b; Cruz e Riera, 2016). Já o programa PACT foi desenhado com o intuito de auxiliar os próprios pacientes com dificuldades comunicativas na transmissão de informação aos profissionais durante a prestação de cuidados de saúde (Yorkston et al., 2015b; Burns et al., 2016). De seguida serão descritos os protocolos e programas de comunicação mencionados anteriormente:

- **SEGUE:** É possivelmente o protocolo mais conhecido na área clínica e tem como objetivo caracterizar a qualidade da comunicação médica. Pode ser usado como ferramenta de ensino de profissionais que estejam inscritos em cursos na área da saúde, como também pode ser usado, para estruturar os profissionais já licenciados na interação com os seus pacientes (Makoul, 2001; Yorkston et al., 2015b).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Está repartido em cinco áreas distintas, nomeadamente: **1) preparação do palco; 2) obtenção de informação; 3) fornecimento de informações; 4) entendimento da perspetiva do paciente; 5) terminar o encontro médico** (Figura 3). Na primeira área fazem parte itens como saudar o paciente, questionar o motivo da consulta, conseguir criar empatia com o mesmo, preservando a sua privacidade. Na segunda parte do protocolo é pretendido obter o maior número de informação possível como qual/quais a/as preocupações do paciente, de que modo é que a sua qualidade de vida é afetada, dando tempo suficiente para o paciente se faça entender, atendendo a todas as estratégias verbais e não-verbais que ele possa evidenciar, entre outras. Fazem parte do terceiro fragmento fazer com que o paciente entenda o que lhe é transmitido, criando espaço para que o mesmo possa colocar questões sobre a sua intervenção. Na quarta parte do protocolo, em que o objetivo é entender a perspetiva do paciente, é suposto o profissional de saúde ser capaz de compreender as vontades e as dificuldades dos pacientes, mostrando respeito e compreensão. No final da consulta, o profissional deve questionar se há mais alguma preocupação e deve rever o plano traçado. Neste protocolo os acompanhantes do paciente também podem ser envolvidos para facilitar a interação (Makoul, 2001; Yorkston et al., 2015b). Contém ainda uma lista de “verificação” que tem como intuito o paciente e/ou observadores avaliarem a conduta do clínico, respondendo a questões com respostas de sim/não (Makoul, 2001).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

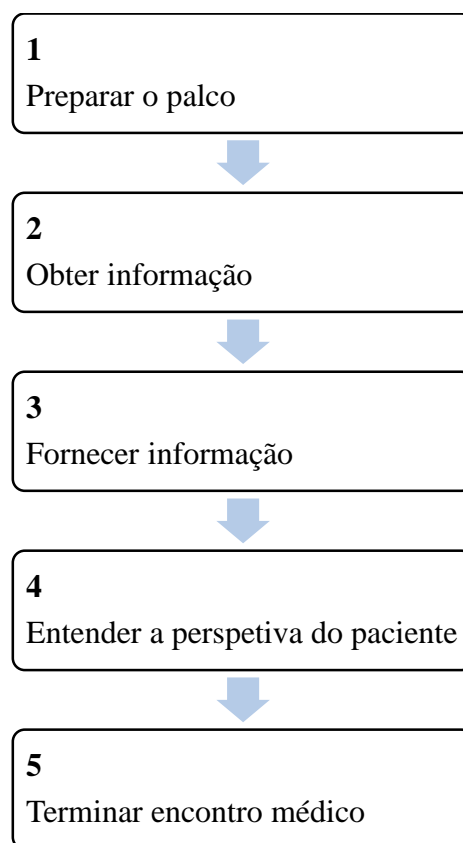


Figura 3 - Etapas do protocolo SEGUE adaptado de Makoul (2001, p. 32-33).

- OPTION scale: Esta escala pode ser usada com dois fins: académico e/ou o profissional. Tem como objetivo auxiliar os médicos na sua intervenção com o paciente de forma a que este último se sinta parte integrante no processo de intervenção, podendo também tomar decisões. No entanto, é da responsabilidade dos profissionais liderar a consulta médica (Elwyn et al., 2005; Yorkston et al., 2015b). Portanto, durante a intervenção médica, é suposto os pacientes terem acesso aos objetivos traçados, assim como discutirem com o clínico os diferentes pontos de vista (Elwyn et al., 2005). Para isso é importante os clínicos seguirem um conjunto de tópicos de forma a envolverem o paciente na tomada de decisões, como os referidos seguidamente na Figura 4:

Objetivos dos clínicos na prestação de cuidados de saúde:

1. Identificar o problema (quais as decisões necessárias);
2. Identificar as possibilidades necessárias;
3. Nomear formas para suprimir o problema;
4. Explicar os prós/contras de cada opção;
5. Verificar as preferências do paciente;
6. Descobrir as expectativas do paciente;
7. Explorar as preocupações do paciente;
8. Confirmar a compreensão do paciente à informação fornecida;
9. Criar oportunidades para o paciente colocar questões;
10. Identificar o nível preferencial de envolvimento do paciente;
11. Dar oportunidades para adiar decisões;
12. Rever as decisões.

Figura 4 - Escala OPTION (Yorkston et al., 2015b) adaptado de Elwyn, et al., (2003, p.48).

- **FRAME:** É um programa de comunicação destinado a estudantes de medicina para desenvolverem competências comunicativas, e posteriormente aplicarem-nas na sua prática clínica, tornando a comunicação com os seus pacientes mais eficaz. Este programa auxilia os estudantes a entenderem de forma mais adequada as dificuldades comunicativas para que, no futuro, possam integrar equipas multidisciplinares, demonstrando maior sensibilidade e conhecimento na área (Yorkston et al., 2015b ; Yorkston et al., 2016).

Está dividido em 5 partes de acordo com as siglas da mnemónica (FRAME), nomeadamente (Yorkston et al., 2015b; Yorkston et al., 2016) (tabela 1):

- 1) **F** - A primeira secção diz respeito ao “F” de familiarização, ou seja, nesta fase é pretendido conhecer/entender qual o meio de comunicação preferencial do paciente (exemplo se faz uso de algum meio aumentativo/alternativo de comunicação para o ajudar na interação), questionando o próprio e/ou familiares.
- 2) **R** - A segunda parte “R” (reduzir taxa), diz respeito à diminuição do débito de fala, de modo a que o paciente consiga entender de forma mais adequada a mensagem, assim como ter oportunidade de responder. A realização de pausas

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

e o estabelecimento de contacto ocular durante o discurso, são boas práticas para auxiliar o paciente na descodificação da mensagem bem como na interação comunicativa.

- 3) **A** - Na terceira parte “A” de assistência, é suposto o profissional ajudar o paciente na sua comunicação, para isso deve fazer uso de diferentes estratégias como escolha múltipla, opções de sim/não, entre outras. Usar vocabulário/conceitos simples também é uma estratégia a ser aplicada nomeadamente quando se tratam de pacientes com dificuldades de compreensão.
- 4) **M** - Já na quarta parte “M” (mistura de meios de comunicação) é pretendido o uso não apenas da comunicação verbal oral mas do máximo de meios alternativos, de modo a promover a comunicação, como por exemplo quadros brancos, signos gestuais, imagens simples, entre outros.
- 5) **E** - Por fim, na quinta parte do programa “E” de envolver o paciente, ou seja, o paciente deve ser o comunicador principal e não os seus familiares, deve adequar-se a linguagem impessoal ao paciente e não torná-la infantil.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

	Objetivo	Estratégias usadas
F [familiarização]	Entender como é que o paciente comunicava antes do encontro	Descobrir se o paciente usa algum meio específico para comunicar
R [reduzir taxa]	Falar mais devagar	Efetuar pausas entre as frases; apresentar uma ideia de cada vez; deixar tempo suficiente para o paciente responder.
A [assistência]	Ajudar o paciente assistindo a sua comunicação	Elaborar as questões de diferentes formas para que o paciente consiga responder (ex. escolha múltipla, sim/ não).
M [mistura de meios de comunicação]	Usar diferentes meios de comunicação.	Usar quadros, telemóveis, papel para escrever palavras-chave e desenhar.
E [envolver o paciente]	Envolver o paciente: respeitar as suas habilidades e o seu grau de autonomia	Comunicar diretamente com o paciente.

Tabela 1 - Programa de comunicação FRAME (Adaptado de Yorkston et al. (2016, p. 49)).

- **SPIKES**: O objetivo deste protocolo é auxiliar os profissionais na transmissão de más notícias aos pacientes (Yorkston et al., 2015b; Cruz e Riera, 2016). O protocolo está dividido em seis partes:

1) S - Preparação para o encontro - nesta fase é suposto o clínico treinar antecipadamente a transmissão da má notícia, para isso deve escolher um local calmo para a transmissão da notícia, assim como prestar atenção e carinho ao paciente durante a mensagem;

2) P - Perceber o paciente - na segunda parte é necessário compreender se o paciente já tem consciência da situação pela qual está a passar, efetuando sempre questões abertas;

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

3) I - Convidar para o diálogo - na terceira parte entende-se se o paciente pretende saber detalhes sobre a sua intervenção ou se pretende que sejam o/os cuidador/cuidadores a decidirem por ele;

4) K - Transmitir informação - na quarta parte, durante a transmissão da má notícia o clínico deve adequar sempre o vocabulário ao seu paciente, assim como ir clarificando se o mesmo está a acompanhar o seu raciocínio;

5) E - Expressar emoções - na quinta parte, deve ser fornecido tempo suficiente ao paciente para descodificar a mensagem que lhe foi transmitida, ou seja, deve-se esperar a resposta emocional do paciente ao que lhe foi transmitido;

6) S - Resumir e organizar estratégias - na última etapa pretende-se transmitir ao paciente que ele não está só e que foi sempre traçado um plano de cuidados para ele (Cruz e Riera, 2016).

Cada área do protocolo tem assim, um conjunto de tarefas que devem ser aplicadas pelo clínico aos seus pacientes (Yorkston et al., 2015b; Cruz e Riera, 2016), as quais encontram-se sintetizadas na Tabela 2.

S	<i>Setting up</i>	Preparação para o encontro
P	<i>Perception</i>	Perceber o paciente
I	<i>Invitation</i>	Convidar para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitir informação
E	<i>Emotions</i>	Expressar emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumir e organizar estratégias

Tabela 2 - Fases do protocolo SPIKES adaptado de (Cruz e Riera, 2016, p.107).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

- **Programa PACT:** É um programa para preparar/auxiliar os pacientes com dificuldades comunicativas para futuras interações médicas com objetivo de estruturar o treino comunicativo, ajudando o paciente na transmissão de informação pertinente através das siglas PACT (*preparar, fazer questões, criar um plano, retirar informações*) (Yorkston et al., 2015b; Burns et al., 2016). Assim:

P (de preparar) - inicialmente é pretendido instruir o paciente para o significado de uma consulta médica, ou seja, organizar antecipadamente algumas questões que poderão vir a ser perguntadas durante a visita, principalmente se se tratar da primeira consulta médica. Educar os familiares/responsáveis para juntar de forma sucinta informações relativas à forma de comunicação do paciente e informações importantes acerca do mesmo, como por exemplo, medicação que tome e a respetiva quantidade são outros objetivos pretendidos neste programa. Caso o paciente utilize algum material específico para comunicar deve levá-lo consigo para a consulta. O treino antecipado com o paciente relativamente à descrição de possíveis sintomas com auxílio de algum material específico também é um dos objetivos nesta fase, sendo igualmente importante lembrar à família/responsáveis o papel que cada um deve desempenhar nas interações comunicativas, devendo ser sempre o paciente o comunicador principal (Yorkston et al., 2015b; Burns et al., 2016).

A (de elaborar questões) - Na fase seguinte, os familiares devem treinar com o paciente as questões básicas que normalmente são efetuadas em atendimentos médicos e caso seja necessário, construir material que auxilie o paciente na interação médica. Também é da responsabilidade dos familiares/cuidadores sensibilizar os profissionais de saúde para comunicar com o paciente de forma simples (utilizando frases curtas) e aumentando o tempo de resposta para que o paciente tenha oportunidade de efetuar questões (Yorkston et al., 2015b; Burns et al., 2016). De seguida, devem ser traçados os objetivos de intervenção.

C (de criar um plano) - Para que o paciente possa fazer parte do seu tratamento e fazer parte das decisões médicas. Para isso, a criação de material simples pode ser uma boa opção para auxiliar na organização de informação importante para transmitir na interação médica (Yorkston et al., 2015b; Burns et al., 2016).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

T (de recolha de informação) - Por fim, é a fase em que muitas das vezes é necessário deixar informação escrita. Por isso, é pertinente que os familiares/cuidadores forneçam um resumo da informação ao paciente dos objetivos traçados pelo profissional de saúde (Yorkston et al., 2015b; Burns et al., 2016).

Em suma, informar o parceiro comunicativo das dificuldades de comunicação que o paciente apresenta e quais as suas preferências podem aumentar a satisfação e confiança do paciente acabando por influenciar os resultados da intervenção de forma positiva. Transmitir informação ao profissional de saúde através do método PACT pode facilitar o diálogo com pacientes com dificuldades comunicativas e promover a sua autonomia (Yorkston et al., 2015b; Burns et al., 2016).

- O papel do Terapeuta da Fala (TF)

Os TF's são profissionais que têm como objetivo o “(...) desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal” (DL n° 564/99). Este profissional atua com todas as faixas etárias, desde o recém-nascido ao idoso, com o objetivo de melhorar a comunicação, a deglutição e, por consequência, melhorar a qualidade de vida do paciente (ASHA, 2007).

Sendo a comunicação uma das áreas de excelência do TF, este encontra-se habilitado para auxiliar nas interações comunicativas entre os profissionais de saúde e os seus pacientes (Burns et al., 2012; Burns et al., 2015; Yorkston et al., 2016). Este apoio poderá ser fornecido de diversas formas, pelo que de seguida descrevem-se algumas das ações que ilustram qual o papel que o TF poderá ter como facilitador no estabelecimento de processos comunicativos mais eficazes, no contexto da prestação de cuidados de saúde.

Os TF's devem auxiliar os próprios pacientes e os seus familiares a melhorarem a comunicação, de modo a facilitar a exposição das suas necessidades/interesses também em contexto hospitalar (Blackstone e Kailes, 2015; Burns et al., 2015; Burns et al., 2016; Yorkston et al., 2016). Uma das formas de promover este trabalho é treinar futuras situações de atendimento/emergência, de modo a poder antecipá-las (por exemplo, treinar

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

as competências necessárias para o processo comunicativo em contexto de consultas de rotina) (Blackstone e Kailes, 2015; Kennedy, 2015).

Outra forma, deste profissional auxiliar a comunicação em contexto de prestação de cuidados de saúde, é com a criação de material comunicativo adaptado ao paciente, no sentido de promover a sua autonomia (Burns et al., 2015). Pode ainda ajudar a própria equipa a simplificar documentos escritos, que possuam e que sejam necessários para o paciente preencher (para assim os pacientes conseguirem ter acesso) (Burns et al., 2015; Blackstone, 2016).

Como já referido anteriormente, os TF's também podem auxiliar os pacientes através do recurso à CAA, quando existem dificuldades ao nível da compreensão verbal e/ou a sua capacidade de expressão verbal não é eficaz, usando produtos de apoio para a comunicação, como por exemplo, quadros de comunicação (Burns et al., 2015). Nestas situações será importante que os pacientes e/ou os seus familiares forneçam e esclareçam, no início do atendimento, as estratégias que facilitam a comunicação com aquele paciente (Burns et al., 2015).

Um outro contributo deste profissional poderá ser através da sua participação em reuniões pluridisciplinares, de forma a incluir a área da comunicação nos ambientes hospitalares, fazendo parte da prática clínica de cada profissional de saúde. Para isso, cabe ao TF capacitar os profissionais de saúde, facilitando a integração dos pacientes nas intervenções terapêuticas e o acesso aos cuidados de saúde (Blackstone, 2016). Assim é, importante que possa fazer parte das equipas pluridisciplinares em meios hospitalares, no sentido de auxiliar as interações comunicativas e melhorar a qualidade do atendimento e satisfação dos pacientes (Blackstone e Kailes, 2015; Blackstone et al., 2011; Rao, 2011). Desta forma será facilitado o desenvolvimento de um trabalho em conjunto com os enfermeiros, os intérpretes, e outros profissionais de saúde, para identificarem as barreiras de comunicação e tentarem resolvê-las (Costello et al., 2015).

Importa ainda acrescentar que em alguns países os TF's já colaboram com diferentes serviços de saúde dentro do contexto hospitalar, de forma a contribuírem para tornar a

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

comunicação mais eficaz, usando várias estratégias de comunicação e diferentes produtos de apoio (Blackstone e Kailes, 2015).

2. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)

i. Conceito e funcionamento

O INEM é um organismo que pertence ao Ministério da Saúde e é responsável por “(...) coordenar o funcionamento, no território de Portugal continental, de um sistema integrado de emergência médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (hospitais, bombeiros, polícia, etc.), são as principais tarefas do INEM” (INEM, 2013, p. 5).

Assim, um serviço de emergência é acionado quando alguém contacta o número europeu de emergência (112) que transfere a chamada para a central da Polícia de Segurança Pública (PSP) e/ou para a Guarda Nacional Republicana (GNR), que por sua vez depois de ter conhecimento que se trata de uma emergência médica encaminha-a para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) mais próximo da zona do incidente (Lisboa, Porto, Coimbra e/ou Algarve) (figura 5). Mediante as queixas da pessoa socorrida o operador vai inserindo os dados fornecidos num fluxograma que faculta uma prioridade (figura 6), acionando-se os meios de emergência médica necessários que estão sediados em diferentes locais (INEM, 2013). Os meios de emergência médica que poderão ser acionados são: **1 - Ambulâncias de Socorro dos Bombeiros e da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP); 2 - Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV); 3 - Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV); 4 - Sistema de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM); 5 - Motociclos de Emergência; 6 - Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP); 7 - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE); 8 - Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).**

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

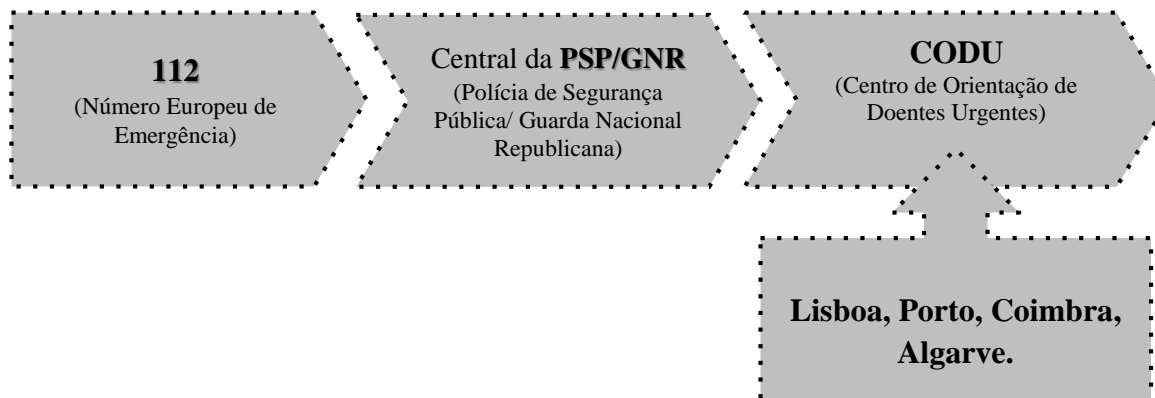


Figura 5 - Acionamento do serviço de emergência médica (INEM, 2013).

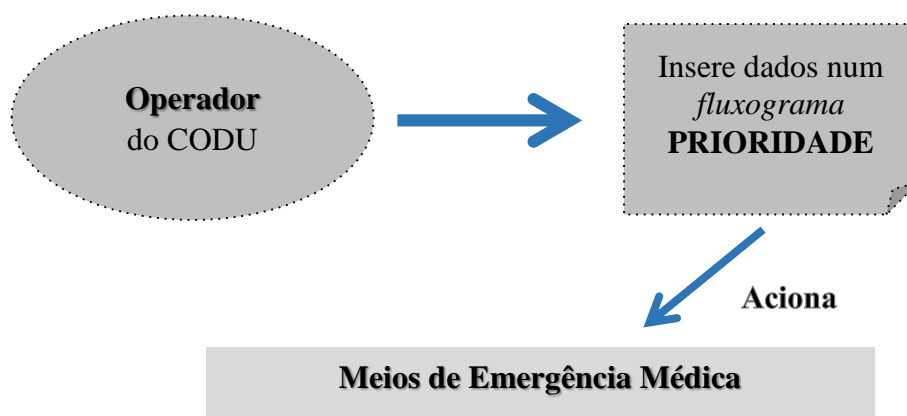


Figura 6 - Acionamento dos meios de emergência médica do INEM (INEM, 2013).

Para além destes meios o INEM presta ainda apoio no *Centro de Orientação de Doentes Urgentes - Mar* (CODU-MAR) e no *Centro de Informação Antivenenos* (CIAV). O *CODU-Mar* presta apoio a emergências que ocorrem a bordo de embarcações e o CIAV é um centro médico de informação toxicológica, que presta apoio a nível nacional, durante 24h por dia, integrando médicos especializados (INEM, 2013).

De modo a ser mais fácil a compreensão relativa a cada um dos meios de emergência médica existentes, estes são indicados na tabela 3, sendo de seguida descritos os seus objetivos, funcionamento e a equipa que os constitui.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Meios de emergência	Tripulação
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulâncias Suporte Básico de Vida (SBV) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Técnicos de Emergência Pré-hospitalar (TEPH)
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Enfermeiro • 1 Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) - condutor
<ul style="list-style-type: none"> • Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Médico • 1 Enfermeiro (condutor)
<ul style="list-style-type: none"> • Helicópteros 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Médico • 1 Enfermeiro • 2 Pilotos
<ul style="list-style-type: none"> • Motociclos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH)
<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo (habitualmente 1) • 1 TEPH (condutor)
<ul style="list-style-type: none"> • Transporte Inter-hospitalar (TIP) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Médico • 1 Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) - condutor • 1 Enfermeiro

Tabela 3 - Meios de emergência médica e tripulação envolvente (INEM, 2013).

Algumas ambulâncias podem estar sediadas em corpos de bombeiros e/ou delegações da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) (1). A estes locais que estabeleceram protocolo com o INEM dá-se o nome de Posto de Emergência Médica (PEM) ou Posto Reserva. O objetivo da equipa presente nestas ambulâncias é auxiliar na estabilização da vítima durante o transporte tendo equipamentos necessários para efetuar o *suporte básico de vida* (SBV) e a *desfibrilhação automática externa* (DAE). São constituídas por equipas de dois elementos em que pelo menos um deles tem que estar qualificado com o curso de Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS) e o outro pelo curso de Tripulante de Ambulância de Transporte (TAT) (INEM, 2013).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

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

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

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

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

Relativamente aos **(6) motociclos de emergência**, este meio de emergência é tripulado por um TEPH e tem como objetivo a estabilização da vítima para que possa ser efetuado posteriormente o seu transporte até à unidade de saúde. Tem vantagem em ambiente citadino, por se tratar de um meio de transporte ágil sendo a chegada mais rápida ao local da ocorrência. No entanto, como se trata de um meio de emergência de pequeno porte

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

apenas tem equipamentos como a *DAE, oxigénio, adjuvantes de via aérea e ventilação, equipamentos para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar* (INEM, 2013).

A **(7) Unidade Móvel de Apoio Psicológico (UMIPE)** é destinada a quem necessita de apoio psicológico, como por exemplo em casos de sobreviventes de acidentes, a crianças menores e/ou a familiares das vítimas. Para além da presença do psicólogo, este veículo é tripulado por alguém com formação em condução de veículos de emergência e também depende inteiramente das ordens administradas pelo CODU, associando-se às Delegações Regionais (INEM, 2013).

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

ii. Emergência Pediátrica

A abordagem por parte dos profissionais do INEM é diferente consoante a idade da vítima socorrida e as suas especificidades. Desta forma, iremos abordar de seguida as características de um atendimento de emergência pediátrica (Valente et al., 2012b).

Normalmente as situações de emergência são encaradas pelas crianças de forma negativa, uma vez que, estão associadas ao sofrimento, à ansiedade, ao nervosismo, à dor, ao desconhecido ou mesmo a fobias, pois deparam-se com situações fora da sua zona de conforto (Diogo et al., 2015). A situação de emergência pode ter um impacto tão forte na criança que a mesma pode até ficar com uma lesão traumática que a acompanhará para o resto da sua vida (Valente et al., 2012b).

O papel dos progenitores nestas situações é muito importante, pois a sua presença normalmente tranquiliza a criança e esclarece dúvidas e/ou informações pertinentes aos

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

profissionais sobre a ocorrência (Diogo et al., 2015). No entanto, muitas vezes a intervenção não é apenas realizada à criança, mas também à família, pois o bem-estar de um está nitidamente relacionado com o bem-estar do outro. Assim, a presença do agregado familiar do paciente, na maior parte das vezes, é benéfica, no entanto, em certas situações pode não o ser. Isto acontece quando os pais também estão ansiosos e dificultam a intervenção dos profissionais de saúde, transmitindo essa ansiedade também para a criança (Molina et al., 2007).

Assim, pelos motivos apresentados, a abordagem a uma vítima pediátrica grave e/ou com lesão traumática pode ser um dos maiores desafios sentidos pelos profissionais de emergência médica. Valente et al. (2012a) apontam diversos fatores que reforçam a especificidade deste contexto:

- A criança pode apresentar dificuldades ao nível da expressão verbal oral;
- A criança pode demonstrar medo;
- A criança pode não se lembrar da situação que causou a emergência;
- A criança pode revelar-se ansiosa ao estar fora da sua zona de conforto e por estar em contacto com pessoas e contextos desconhecidos;
- Os elementos de referência da criança podem encontrar-se ansiosos e com medo transmitindo esses sentimentos também à criança;
- A criança pode ainda ter sensibilidade/receio ao simples toque.

Para além das questões referidas, as diferenças anátomo-fisiológicas podem também dificultar a conduta dos profissionais de emergência médica nomeadamente na obtenção dos sinais vitais (Valente et al., 2012a).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

As emergências pediátricas, socorrem indivíduos até aos 18 anos exclusive e são baseadas num **triângulo de avaliação pediátrico** (*avaliação visual*) - **TAP** (figura 7) que tem como objetivo avaliar se se trata de uma vítima crítica ou não (Valente et al., 2012a):

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

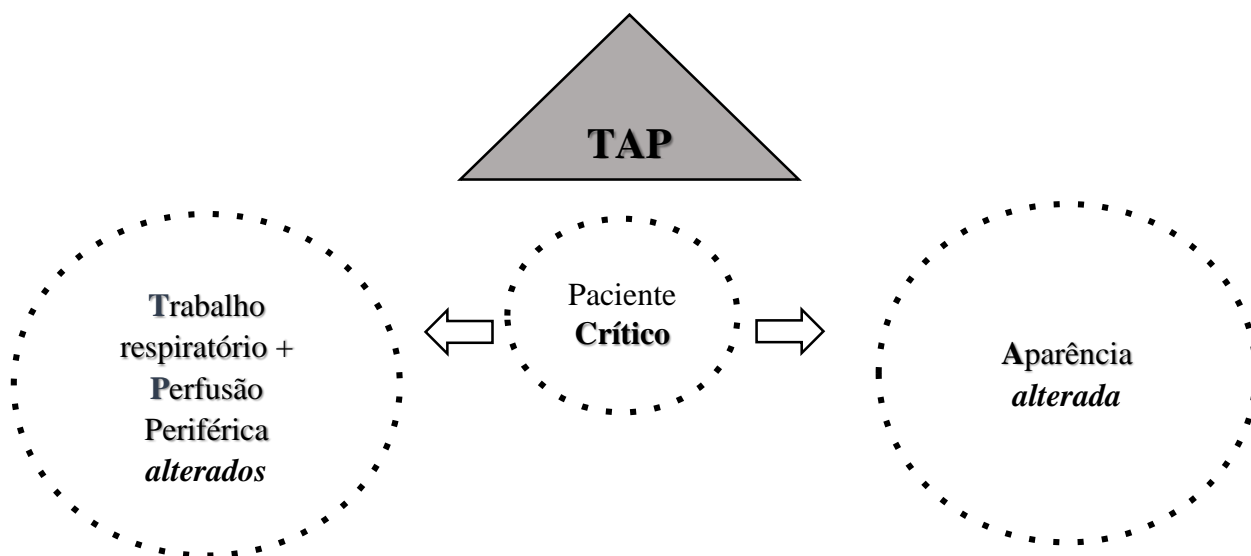


Figura 7 - Procedimento da avaliação pediátrica visual de acordo com o triângulo de avaliação (TAP) (Valente et al., 2012a).

Esta avaliação visual (TAP) deve ser aplicada a pessoas de qualquer idade e no momento em que se estabelece contacto visual com as mesmas, ou seja, será a abordagem inicial (Valente et al., 2012a).

Portanto, para ser considerado um caso crítico, nos casos pediátricos basta que o item **A** (*aparência*) esteja alterado, ou então, terão que estar os outros dois itens (**T** e **P**). Perante uma situação crítica é necessário que os profissionais peçam apoio especializado e/ou administrem fármacos. Relativamente à aparência importa ainda referir que esta reflete a eficácia da ventilação, da oxigenação, da perfusão cerebral, e do normal funcionamento do sistema nervoso central (SNC). As características mais importantes da aparência são sumariadas na mnemónica “TICLS”: tónus, interatividade, consolabilidade,

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

olhar/contemplação e discurso/choro. Seguidamente ocorre a avaliação primária e secundária que estão relacionadas com o motivo da emergência (Valente et al., 2012a).

Relativamente à dor, na criança esta é normalmente medida através do choro sendo mais fácil de identificar quando se trata de crianças mais crescidas. Existe uma escala de avaliação da dor (“escala das faces”) que pode ser aplicada a crianças mais velhas, em que cada face corresponde a um algarismo (ligeira, moderada e intensa) (Valente et al., 2012a).

Como as crianças são uma população particular pelas diversas fragilidades já mencionadas, os profissionais devem ter em atenção a sua postura e adotar procedimentos específicos para a abordagem a esta população, como por exemplo: falar ao mesmo nível da criança, não mentir, ir questionando para entender se a criança tem interesse em saber alguma coisa, usar os elementos de referência para acalmar a criança, apresentar-se e explicar o porquê de estar ali, envolver a criança na intervenção deixando-a até mexer em algum material e também questionar se a criança quer levar algum brinquedo consigo. No caso de se tratar de uma criança surda, os profissionais devem, por exemplo, dar atenção à forma como articulam as palavras (articular bem as palavras), entender se existe alguém presente que possa efetuar a tradução e usar o toque para chamar a atenção da vítima. Já em casos de vítimas cegas, os profissionais devem ter em atenção o vocabulário utilizado, uma vez que, devem evitar algumas expressões como “olha” e ir explicando os procedimentos que vão sendo efetuados (Valente et al., 2012b).

Por fim, é ainda importante referir que os motivos das emergências pediátricas mais frequentes são de acordo com Valente et al. (2012a): convulsões e febre; desidratação e intoxicações; diarreia; estridor laríngeo; obstrução da via aérea superior por corpo estranho; patologia respiratória, nomeadamente mal asmático e bronquite agudizada.

3. CRIANÇAS COM DIFICULDADES COMUNICATIVAS E A EMERGÊNCIA MÉDICA

O atendimento numa emergência médica tem que ser rápido, preciso e decisivo. Numa situação de emergência é necessário comunicar com os profissionais intervenientes nomeadamente através da fala. No entanto, a comunicação não-verbal, como as

expressões faciais e corporais também transmitem mensagens importantes (Valente et al., 2012b; Blackstone e Kailes, 2015). Quando existem barreiras comunicativas devido a diversos fatores, já mencionados anteriormente, numa situação de emergência estando o cuidador/amigo/familiar presente, é ele que normalmente transmite a informação necessária sobre o paciente. Porém, em certas situações, isso nem sempre acontece, uma vez que, as famílias podem não se encontrar juntas, sendo importante a utilização de facilitadores comunicativos como placas de comunicação, intérpretes, o uso de uma linguagem simples, de novas tecnologias entre outras estratégias, para facilitar a interação comunicativa com a vítima (Blackstone et al., 2011; Blackstone e Kailes, 2015).

Os TF's são profissionais que deveriam ter uma presença mais ativa na área da emergência médica pois, como já referido, têm conhecimento das necessidades dos pacientes que acompanham e dominam a área da comunicação humana (Blackstone et al., 2011; Blackstone e Kailes, 2015). Para além disso, é fundamental que os profissionais envolvidos na emergência médica estejam aptos para usar determinados facilitadores pois necessitam de interagir com as vítimas durante a ocorrência (Kennedy, 2015).

Sabemos que o atendimento a crianças é mais dificultado e que, muitas vezes, as dificuldades comunicativas nas crianças advêm da situação que as leva a permanecer em meio hospitalar, podendo as mesmas (dificuldades comunicativas) serem definitivas ou temporárias. O mesmo pode acontecer quando falamos de crianças com dificuldades comunicativas decorrentes de um diagnóstico clínico e crianças que não dominem a língua falada no contexto onde se inserem (Blackstone e Kailes, 2015). O próprio conceito de dor, nesta faixa etária torna-se de difícil identificação e localização, uma vez que as crianças têm dificuldade em quantificar e localizar a dor. Apesar da presença dos pais poder ajudar a identificar a dor e também contribuir para a sua diminuição, não é o suficiente para reconhecê-la. Para esta situação existem as escalas de dor que auxiliam na identificação e quantificação da dor, no entanto, não são adequadas a todos os pacientes, sendo constituídas por faces coloridas e classificação numérica. Obviamente que a compreensão para a classificação da dor, também depende da idade da criança, sendo importante que os profissionais de saúde sejam capazes de entender a forma como os seus pacientes expressam a sensação de dor (Blackstone e Kailes, 2015).

Quando as crianças dão entrada em hospitais pediátricos existem cinco grupos que evidenciam dificuldades comunicativas, como indicado seguidamente:

- Crianças com condições pré-existentes (ex. visão, audição, linguagem, dificuldades cognitivas) - É o caso de crianças com dificuldades auditivas, visuais, cognitivas, dificuldades na fala e na linguagem, crianças com problemas oncológicos, Autismo, Paralisia Cerebral, Síndrome de Down, entre outras perturbações do desenvolvimento. Este grupo populacional está sujeito a que as barreiras comunicativas ocorram com maior frequência, assim como os internamentos hospitalares, uma vez que, habitualmente, necessitam de maior quantidade de cuidados médicos e com maior frequência. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde e/ou familiares saibam auxiliar na sua comunicação. O TF pode ter um papel fundamental na instrução destas crianças, na promoção do desenvolvimento de estratégias, antecipando uma futura emergência médica que possa ocorrer. Por outro lado, será igualmente importante contribuir na instrução de toda a equipa de profissionais de saúde, de modo a facilitar que a comunicação possa ocorrer de um modo mais eficaz. Este procedimento pode ser trabalhado em simples consultas de rotina e deve ser realizado antes de futuras hospitalizações (Costello et al., 2015);

- Crianças com língua/cultura diferente - É o caso de crianças que não falam a mesma língua da do local onde recebem os cuidados de saúde. Nestas situações é fundamental o papel dos intérpretes, que nem sempre estão disponíveis. Por isso, é importante a construção de material comunicativo para usar em situações rotineiras. O TF é o profissional que deve auxiliar nesta tarefa, tendo a responsabilidade de adequar o método comunicativo mais indicado para a criança (Costello et al., 2015);

- Crianças com risco de dificuldades comunicativas temporárias (as dificuldades comunicativas são secundárias ao motivo de permanência em meio hospitalar) - É o caso de crianças que estão sujeitas a intervenções cirúrgicas que afetam a fala após cirurgia, como é o exemplo dos casos de traqueostomia. O objetivo nestas

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

situações é treinar antecipadamente a criança através do auxílio da CAA (Blackstone e Kailes, 2015);

- Crianças com início agudo em dificuldades comunicativas - é o caso de crianças que sofrem patologias que afetam a fala, como por exemplo problemas pulmonares, lesões cerebrais, acidente vascular cerebral, tumores. Nestes casos também são os TF que devem auxiliar a comunicação destas crianças em meio hospitalar, através da CAA (Costello et al., 2015);

- Crianças a receber cuidados paliativos e/ou cuidados de fim de vida - É o caso de crianças que encaram o fim da sua vida. Nestes casos as crianças enfrentam episódios instáveis e de dor. É importante auxiliá-las nas suas vontades através de facilitadores comunicativos, como é o caso da CAA (Costello et al., 2015).

Em alguns países, já são usados símbolos pictográficos e dispositivos de comunicação em situações de emergência para facilitar as trocas comunicativas, embora ainda haja algumas lacunas no acesso à mesma. Neste processo para que a comunicação seja melhorada é necessário que a CAA esteja disponível para as pessoas com dificuldades comunicativas, pois como já evidenciado, é um direito do ser humano, uma vez que, auxilia o paciente a expressar os seus sentimentos e necessidades e a compreender a expressão verbal oral (Blackstone, 2008; Davidoff, 2017).

A CAA assume-se assim como uma ferramenta de excelência para facilitar a comunicação. Ela usa um conjunto diversificado de formas para auxiliar o paciente a expressar os seus sentimentos/necessidades como gestos, expressões faciais e corporais, imagens/fotografias, signos gráficos, tabelas comunicativas, livros, novas tecnologias (computador, tablet,...), ou várias formas em simultâneo (Davidoff, 2017).

É assim fundamental preparar as populações mais vulneráveis a terem dificuldades comunicativas para possíveis emergências médicas e/ou desastres naturais para que as dificuldades possam ser minimizadas (Kennedy, 2015). Como já mencionado, a CAA recorre a um conjunto diversificado de ferramentas para auxiliar a comunicação, adaptando o material ao seu paciente e aos seus contextos, podendo ser uma ferramenta

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

facilitadora nestas situações (Davidoff, 2017). Assim sendo, o paciente pode até utilizar uma combinação de diversas modalidades da CAA. O material de CAA deve ser flexível e adaptar-se às necessidades do paciente, ou seja, deve permitir alterações no vocabulário escolhido à medida que as necessidades vão mudando, assim como, deve ser adaptado a diferentes contextos e parceiros comunicativos (Beukelman e Mirenda, 2013). Desta forma, foram criados diferentes materiais de apoio a situações de emergência, como os descritos seguidamente:

- Cartões de identificação - Todas as pessoas deveriam possuir um cartão com a sua identificação básica, como: nome, morada, contactos, medicação, tipo de sangue, entre outras informações pertinentes. Para além destas informações, os pacientes com dificuldades comunicativas deveriam ainda ter informações sobre o seu meio preferencial de comunicação. Este cartão está disponível *online* para ser descarregado em inglês, como é o caso do cartão ICE (“em caso de emergência”), que para além das informações sobre o paciente tem ainda uma escala de dor e respostas Sim/Não (Blackstone e Kailes, 2015);

- Passaporte de comunicação - Este material também se encontra disponível *online* (<https://widgit-health.com/downloads/languages.htm>) em diferentes idiomas e está destinado a pessoas com dificuldades comunicativas. Está dividido em três partes como: coisas que deves saber sobre mim; coisas que são importantes para mim e as minhas preferências e antipatias (Blackstone e Kailes, 2015);

- Quadros e livros não-eletrónicos - Existem diferentes quadros comunicativos que são usados como forma aumentativa e/ou alternativa à fala do paciente. Estes quadros comunicativos são adaptados às necessidades específicas de cada paciente de acordo com as suas necessidades e contextos. Por isso, é necessário auxiliar a comunicação em diferentes situações, entre as quais numa situação de emergência médica, o que nem sempre acontece (Beukelman e Mirenda, 2013; Blackstone e Kailes, 2015). Um dos exemplos é o “*Emergency Communication 4ALL*” que também está disponível *online* em inglês, espanhol, haitiano e crioulo. Tem dois lados, um com identificação do utente e informações básicas e o outro com vocabulário de emergência médica (Blackstone e Kailes, 2015);

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

- Dispositivos eletrónicos e software comunicativo/Apps - também neste tipo de ferramentas facilitadoras da comunicação o vocabulário pode estar representado em imagens, fotografias, símbolos pictográficos e/ou saída de voz/som em diferentes línguas, não esquecendo, mais uma vez que, o vocabulário complementar deverá ser adaptado a cada paciente de acordo com as suas necessidades. Desta forma, também deve incluir vocabulário necessário para auxiliar o paciente em situações de emergência. Muitos já estão disponíveis para usar em *smartphones* e *tablets* (Beukelman e Mirenda, 2013; Blackstone e Kailes, 2015);

- Checklist de emergência para pessoas com dificuldades comunicativas - está dividida em 12 alíneas às quais o paciente deve responder com uma das seguintes opções: sim, não, não aplicável e/ou necessita de trabalho. As 12 alíneas abordam diferentes questões como: se o paciente tem alguma forma para comunicar com interlocutores; se tem uma mala preparada com todos os utensílios básicos necessários numa situação de emergência/catástrofe (ex. com medicação, vestuário, dinheiro...); se se faz acompanhar de um cartão de identificação com informação básica sobre si; se tem uma cópia das suas informações médicas numa bolsa à prova de água, com por exemplo o contacto e nome do médico; se tem por escrito (em inglês) que idioma utiliza e compreende, assim como qual o meio preferencial de comunicação; se o plano de emergência contempla tudo o que necessita (comunicação, saúde, transporte/mobilidade); se tem alguma forma de receber alertas e atualizações; se tem forma de telefonar para pedir ajuda; se tem uma equipa que o conheça e saiba o que é necessário fazer; se adaptou todos os locais onde passa mais tempo (como por exemplo em casa e no trabalho) com comida e água necessária para 7 dias, com rádio e lanternas com baterias extra, assim como forma de manter os seus meios de comunicação aptos a funcionar (baterias e carregadores); se efetuou uma plano de fuga de casa e do trabalho, onde: saiba para onde ir, como ir, quem o vai transportar e/ou ter com ele, o que quer levar consigo, se sabe quais os seus direitos e como entrar em contacto com os membros familiares para dizer onde se encontra; se a mala de emergência está pronta com as devidas necessidades como comida, medicação, vestuário, artigos de higiene pessoal e outros objetos de conforto; por último outros objetos

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

necessários. O objetivo desta *checklist* é conseguir entender se o paciente está “preparado” para uma possível emergência e caso não o esteja instruí-lo para itens que deve melhorar (Blackstone e Kailes, 2015).

II. METODOLOGIA

1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo pretende-se caracterizar a metodologia utilizada no estudo, de acordo com os objetivos estabelecidos. Esta investigação é de carácter qualitativo, uma vez que incidiu na compreensão aprofundada de como é realizada a comunicação num atendimento de emergência pediátrica entre crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica pertencentes ao INEM. Ainda neste capítulo será feita a apresentação da caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, do instrumento concebido, dos procedimentos efetuados e do tratamento/análise dos dados obtidos.

2. OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Para o desenvolvimento deste estudo foram então delineadas questões de investigação orientadoras definindo-se objetivos descritivos relacionados com as mesmas.

Desta forma, a **primeira questão de investigação** é: *Como funciona, de modo geral, um atendimento de emergência pediátrica?*

O objetivo específico descritivo que permite o seu cumprimento é:

1.1. Identificar quais os procedimentos num atendimento de emergência pediátrica.

A **segunda questão de investigação** é: *Em que situações surgem dificuldades de comunicação, num serviço de emergência pediátrica?*

Os objetivos específicos descritivos que permitem o seu cumprimento são:

2.1. Caracterizar as situações de dificuldades de comunicação, num atendimento de emergência pediátrica;

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

2.2. Sinalizar quais as situações mais frequentes com dificuldades de comunicação, num atendimento de emergência pediátrica.

A terceira questão de investigação é: *Como funciona a comunicação entre profissionais de emergência médica do INEM e crianças com dificuldades de comunicação num atendimento de emergência pediátrica?*

Os objetivos específicos descritivos que permitem o seu cumprimento são:

3.1. Descrever como funciona o processo de comunicação entre profissionais de emergência médica e crianças com dificuldades de comunicação, num atendimento de emergência pediátrica;

3.2. Identificar quais as estratégias usadas para facilitar o processo de comunicação;

3.3. Hierarquizar as dificuldades sentidas pelos profissionais;

3.4. Apurar as (in)suficiências dos conteúdos formativos de base dos profissionais, mencionadas por estes, associadas ao processo de comunicação com crianças em situação de emergência;

3.5. Descrever o grau de satisfação dos profissionais envolvidos quanto ao processo de comunicação com crianças com dificuldades comunicativas;

3.6. Identificar aspetos pertinentes que possam melhorar o processo de comunicação na perceção dos profissionais;

3.7. Compreender em que medida as características socioprofissionais encontram-se associadas a diferentes perceções por parte dos profissionais.

3. PARTICIPANTES

A população alvo deste estudo foram os profissionais de saúde que podem estar em contacto direto com as vítimas pediátricas, no entanto, e pela impossibilidade de aceder a todos os profissionais em Portugal tal como refere Fortin (2009), recolheu-se informação com alguns enfermeiros, TEPH's e psicólogos, que estavam ao alcance da investigadora.

Assim, participaram nesta investigação 5 profissionais de cada área, à exceção dos TEPH's que foram 10, uma vez que estes são os primeiros profissionais a irem para o terreno. Apenas se se justificar é que são ativados os meios mais diferenciados (e.g., ambulâncias de suporte imediato de vida e/ou viatura médica de emergência e reanimação). Os profissionais selecionados prestam serviços em meios de emergência diferenciados como ambulâncias de SBV e de SIV, VMER, SHEM, UMIPE e TIP. Estes meios estão situados em diferentes locais e localidades. O número total de participantes foi de 20 profissionais (Tabela 4).

Profissão dos participantes (n)	Sexo	Meio de emergência em que prestam serviço
10 TEPH	5 feminino 5 masculino	Ambulância de Emergência Médica Ambulância TIP Ambulância SIV UMIPE
5 Enfermeiros	0 feminino 5 masculino	Ambulância SIV SHEM VMER
5 Psicólogos	4 feminino 1 masculino	UMIPE

Tabela 4 - Tabela com os participantes da investigação.

O número de anos de experiência dos participantes selecionados é compreendido entre os 6 e os 21 anos, em contexto de emergência pré-hospitalar no INEM. De seguida, apresenta-se a caracterização de cada um dos participantes do estudo:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

- *Técnicos de Emergência Pré-hospitalar (TEPH)*
 - Participante 1: Sexo feminino. Presta serviço nas ambulâncias de emergência médica.
 - Participante 2: Sexo feminino. Na área da emergência pré-hospitalar tem 10 anos de experiência. Desempenha funções de técnica de emergência pré-hospitalar nas ambulâncias de emergência médica.
 - Participante 3: Sexo feminino, presta serviço nas ambulâncias de emergência médica.
 - Participante 4: Sexo feminino, prestou apoio na cooperação de bombeiros. Mais tarde, ingressou no INEM, onde presta serviço nas ambulâncias de emergência médica e na ambulância TIP.
 - Participante 5: sexo masculino, presta serviço no INEM há 6 anos nas ambulâncias de emergência médica e na ambulância TIP.
 - Participante 6: sexo masculino, bombeiro. Atualmente presta serviço nas ambulâncias de emergência médica e na ambulância TIP.
 - Participante 7: sexo feminino, bombeira. Neste momento presta serviço nas ambulâncias de emergência médica e na ambulância TIP.
 - Participante 8: sexo masculino, bombeiro. No INEM presta serviço nas ambulâncias de emergência médica, na ambulância TIP e no CODU.
 - Participante 9: sexo masculino, bombeiro. Presta serviço nas ambulâncias de emergência médica.
 - Participante 10: sexo masculino, bombeiro. Atualmente presta serviço nas ambulâncias de SBV, ambulâncias de SIV, na UMIPE e no CODU.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

- *Enfermeiros*

- Participante 11: sexo masculino, neste momento desempenha serviço nos meios de emergência médica, nomeadamente na VMER, no SHEM e em ambulâncias SIV.

- Participante 12: sexo masculino, presta funções nas ambulâncias de SIV.

- Participante 13: sexo masculino. Neste momento encontra-se a desempenhar funções na ambulância de SIV e no SHEM.

- Participante 14: sexo masculino, presta serviço nas ambulâncias de SIV e no SHEM.

- Participante 15: sexo masculino, desempenha funções nas ambulâncias de SIV.

- *Psicólogos*

- Participante 16: sexo masculino, atualmente desempenha funções na UMIPE.

- Participante 17: sexo feminino, desempenha funções na UMIPE.

- Participante 18: sexo feminino, desempenha funções na UMIPE.

- Participante 19: sexo feminino, desempenha funções na UMIPE.

- Participante 20: sexo feminino, desempenha funções na UMIPE.

4. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS

O estudo desenvolvido assenta numa metodologia qualitativa. De acordo com Paillé (1996 *cit. in* Fortin, 2009, p.27), “(...) a investigação qualitativa designa qualquer investigação em ciências humanas e sociais tendo por objeto compreender os fenómenos tal como eles se apresentam em meio natural”. Assim, para a obtenção da informação da temática pretendida foi concebido um Guião de Entrevista (Anexo A), aplicado na forma semi-diretiva, composto por oito unidades de análise, elaborado pela investigadora em colaboração com os orientadores. Como a entrevista permite recolher informações da realidade do tema através da experiência e da prática dos participantes, revelou-se o método adequado para o presente estudo (Quivy e Campenhoudt, 2008).

O guião de entrevista compreende oito unidades de análise, associadas às questões de investigação, designadamente: a) **Caracterização sociodemográfica** do participante; b) **Procedimentos gerais e específicos** num atendimento de emergência pediátrica; c) **Dificuldades mais prevalentes e de maior severidade**; d) **Estratégias de superação de dificuldades**; e) **Formação interna do INEM**; f) **Desafios**; g) **Motivos de (In)Satisfação Profissional**; e h) **Recursos**.

Na **primeira unidade de análise**, recolheu-se informações como o sexo, habilitações académicas, meio de emergência no qual o/a participante presta serviço, anos de experiência na emergência pré-hospitalar, anos de experiência noutros contextos e quais.

Relativamente à **segunda unidade de análise**, pretendeu-se aferir como é realizado um atendimento de emergência pediátrica após o acionamento do CODU, para o qual foi pensada a subcategoria dos procedimentos gerais, comuns a todos os profissionais e posteriormente os procedimentos específicos de cada profissão.

Com a **terceira unidade de análise** pretendeu-se identificar as principais dificuldades sentidas no processo de comunicação com as crianças, assim como quais as situações de difícil gestão, resultando as seguintes subcategorias: mais prevalentes e de maior severidade.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Já na **quarta unidade de análise**, o objetivo foi identificar as estratégias adotadas pelas profissionais para superar as dificuldades encontradas, ou seja, se fazem uso de algumas estratégias para facilitar o processo e quais.

Posteriormente surge a **quinta unidade de análise** designada de formação, com a qual desejou-se apurar as (in)suficiências dos conteúdos formativos de base dos profissionais associadas ao processo de comunicação com crianças em situação de emergência, na perspectiva destes profissionais.

Chegando-se à **sexta unidade de análise** do guião, o foco da entrevista remeteu para aspetos que pudessem vir a melhorar a comunicação com a população pediátrica quando esta evidencia dificuldades comunicativas (categoria *desafios*).

Seguidamente encontra-se a **sétima unidade de análise**. Perante o confronto com a realidade vivida pelos profissionais, optou-se por solicitar aos entrevistados que pensassem numa escala imaginária de 1 a 5, em que 1 corresponderia ao “nada satisfeito” e o 5 ao “muito satisfeito” para classificar o seu grau de satisfação relativamente ao processo de comunicação com esta população (surgindo a categoria *Motivos de (In) Satisfação Profissional*). De seguida foi pedido aos profissionais que justificassem a sua atribuição.

Por fim, com a **oitava unidade de análise**, pretendeu-se aferir que material é que os profissionais usam para facilitar o atendimento pediátrico, denominando-se esta categoria de recursos.

Eis que chegámos ao fim do guião, terminando com a **informação adicional** que o profissional reconhecesse como pertinente para acrescentar.

Antes da aplicação do Guião de Entrevista, foi elaborado um pré-teste do mesmo (Anexo B), o qual foi aplicado a quatro profissionais que prestam serviço no INEM, mas que não fazem parte da amostra escolhida para o estudo. O objetivo foi verificar se a construção geral do guião encontrava-se adequada. Assim, os itens avaliados pelos profissionais foram: a organização e o sentido das questões colocadas, o tamanho da entrevista

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

(duração total) e, por fim, se as questões colocadas estavam claras e sem conceitos de difícil interpretação. Estas perguntas foram respondidas através do preenchimento de uma tabela que foi completada com as opções (sim/não) e uma coluna com observações (para descreverem a sua opinião relativamente a alguma questão específica). Importa ainda acrescentar que na realização do pré-teste da entrevista, inicialmente foram apresentados aos profissionais os objetivos do estudo, seguindo-se o procedimento de recolha de informação e, posteriormente, foi assinado o consentimento informado (Anexo C). Concluída esta etapa, não foi necessário alterar a estrutura e as questões construídas, uma vez que, os profissionais não tiveram nada a acrescentar e/ou a alterar.

De seguida, será apresentada a tabela 5, para descrever os participantes na elaboração das entrevistas pré-teste:

Profissão e Meio de emergência médica onde presta serviço	N (Total) = 4	Sexo
Enfermeiro em ambulância (SIV)	2	Masculino: 1 Feminino: 1
Enfermeiro na VMER, HELI e ambulância SIV	1	Masculino
Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) em ambulância SIV	1	Masculino

Tabela 5 - Participantes da população em que foi aplicada a entrevista pré-teste.

Relativamente ao número de anos de experiência dos participantes selecionados para a aplicação da entrevista pré-teste é aproximadamente 6 anos em contexto de emergência pré-hospitalar no INEM. Já fora deste contexto, o número de anos de experiência é de aproximadamente 16 anos.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

A recolha de dados foi precedida pela devida autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde (Anexo D). Posteriormente foi enviado um pedido ao INEM para consentimento da realização da investigação (Anexo E). Nesse pedido foi descrito o estudo, identificando o instrumento a utilizar, bem como assegurada a garantia de salvaguarda do anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados. Para tal foi anexado um consentimento informado dirigido aos profissionais do INEM que participassem no estudo, juntamente com uma carta contendo toda a informação explicativa do mesmo (Anexo F).

Após a autorização por parte do INEM, a investigadora entrou em contacto com a pessoa que o INEM elegeu como responsável para orientar o estudo científico. Depois das orientações dadas entendeu-se que seria mais favorável alterar o grupo inicial de participantes. As entrevistas foram todas aplicadas numa das “Delegação Regionais do INEM”, pela existência do número e profissões dos participantes no mesmo local para assim facilitar em termos logísticos. Apenas relativamente aos psicólogos, como o número total era insuficiente, foi necessário aplicar noutras delegações do INEM.

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

As entrevistas foram gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas pela investigadora. Após a transcrição das entrevistas, as mesmas foram devolvidas aos entrevistados para que estes, caso assim o pretendessem, as lessem e validassem a sua informação. Cada entrevista teve a duração média de uma hora.

De modo a clarificar as etapas de recolha dos dados que integram esta investigação, bem como a altura em que as mesmas ocorreram, de seguida apresenta-se um organograma que sintetiza essa informação (Fig. 8):

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

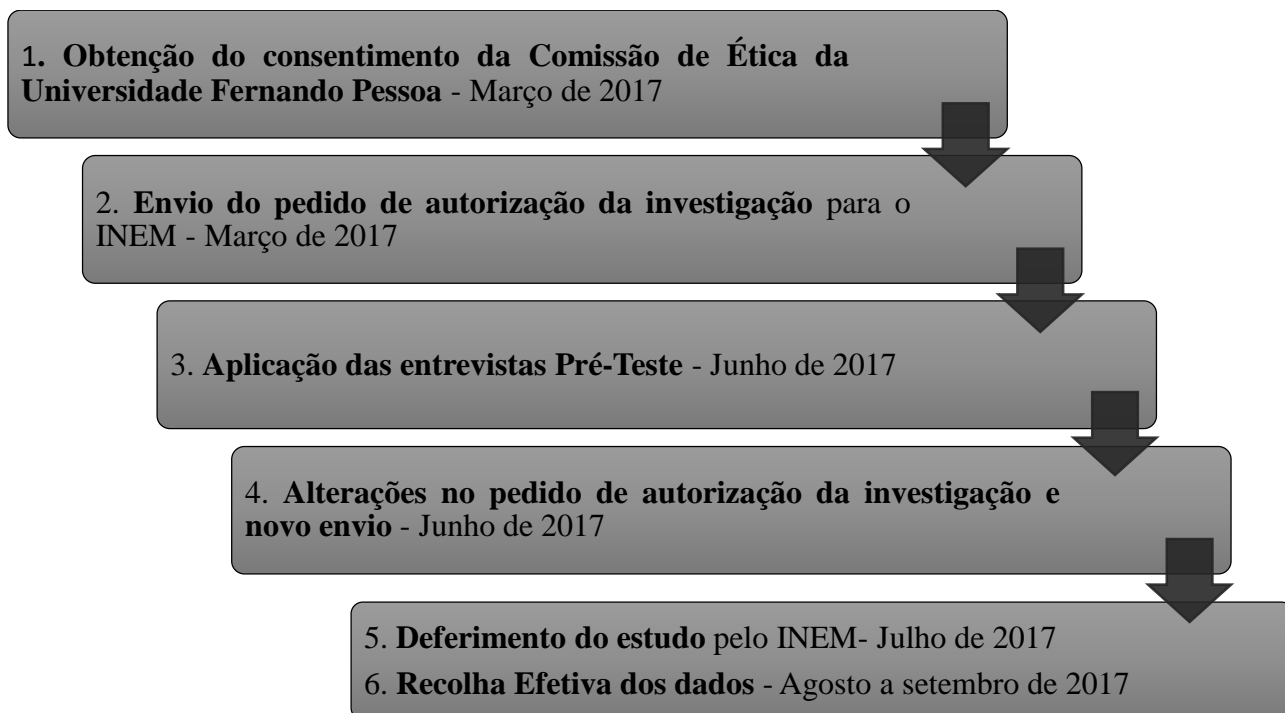


Figura 8 - Organograma das etapas de realização da dissertação.

5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas integralmente e enviadas para os participantes validarem. De seguida, procedeu-se a técnicas de análise de conteúdo para analisar e tratar os dados recolhidos.

Assim, foi possível obter categorias e subcategorias através do modelo interativo da análise dos dados de Miles e Huberman (*cit. in* Léssard-Hebert et al., 1990).

Estes autores (Miles e Huberman (*cit. in* Léssard-Hebert et al., 1990)), propõem três etapas na investigação, nomeadamente: a redução dos dados, a sua apresentação e a interpretação/verificação das conclusões. Relativamente à redução dos dados, esta pode ocorrer antes, durante e/ou depois da recolha dos dados. Enquanto que a apresentação e a interpretação/verificação podem ter lugar durante e após a recolha da informação.

De acordo com Erikson (*cit. in* Léssard-Hebert et al., 1990), a redução dos dados é efetuada através dos três procedimentos seguintes: 1. A leitura (a entrevista deve ser lida várias vezes); 2. Identificação das unidades base (unidades de sentido, passagens de relevo) e 3. O recorte (os dados devem ser agrupados em unidades e categorias).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Este conjunto de informações (unidades e categorias) foram organizados em matrizes conceptuais (Anexo G; H; I; J; L; M; N; O e P) de acordo com as suas ligações teóricas (Léssard-Hebert et al., 1990).

A interpretação e a verificação de conclusões consistem em dar significado aos dados reduzidos e organizados, mediante a técnica de análise de conteúdo. Após a constituição do *corpus* de análise, procedeu-se à análise do conteúdo da entrevista. De acordo com Vala (1986), a análise de conteúdo é uma técnica que se divide em quatro fases como: 1. Definição dos objetos e do quadro de referência teórico; 2) Organização de um *corpus*; 3) Definição de categorias e 4) Definição das unidades de análise (unidades de registo e de contexto).

Optou-se pela escolha desta técnica de tratamento da informação, uma vez que, permite o conhecimento dos conteúdos transmitidos pelos entrevistados através da análise dos seus discursos (Vala, 1986).

III.RESULTADOS

1. INTRODUÇÃO

O presente capítulo apresenta e discute os resultados provenientes das entrevistas em profundidade realizadas aos profissionais do INEM. Assim, irão ser apresentados e discutidos os resultados considerando as unidades de análise, de modo a facilitar a leitura e interpretação dos resultados. Esta abordagem qualitativa permitiu aferir e compreender a complexidade de uma realidade multifacetada.

i. Procedimentos associados ao atendimento de emergência pediátrica

Relativamente aos procedimentos de um atendimento de emergência pediátrica foi possível verificar que existem procedimentos comuns para as três profissões dos entrevistados, nomeadamente no que se refere aos procedimentos iniciais, intitulados como **procedimentos gerais** de um atendimento pediátrico (Anexo G). Após a implementação destes, os profissionais atuam de acordo com as especificidades inerentes às suas profissões, surgindo os **procedimentos específicos** (Anexo H).

De acordo, com os **procedimentos gerais**, o acionamento de uma emergência pediátrica, como já descrito na componente teórica, é realizado através do CODU que aciona o meio de emergência mais indicado para a ocorrência, enviando aos profissionais as informações preliminares recolhidas no pedido de socorro. Esta fase é a inicial e aquela que é comum às três profissões entrevistadas, tal como mencionado na seguinte passagem construtiva:

“(...) A primeira coisa a considerar é a informação que nos dão da ocorrência (...) vamos para quê (criança, idade, o que aconteceu, doença, se é trauma...) nós já vamos mais ou menos preparados para a situação. Essa informação é transmitida pelo CODU que é quem nos aciona”
E6.

As informações preliminares da ocorrência são então enviadas através do programa *Icare* (por um dispositivo móvel) ou via telefone para os profissionais através do CODU:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“(...) envia uma mensagem pelo computador se tivermos computador (...) pelo Icare ou pelo telefone (...) normalmente se o programa estiver a funcionar bem, recebemos no computador e automaticamente temos as informações. Se precisarmos de ajuda vamos enviando status e o CODU sabe que nós recebemos e vamos a caminho da ocorrência. Se não estiver a funcionar (...) acionam-nos por telefone. Caso tenha necessidade de alguma informação complementar também nos ligam por telefone (...)” E1.

Durante a deslocação até ao local da ocorrência os profissionais vão discutindo a abordagem a implementar no local de acordo com a informação recebida pelo CODU, que por vezes pode não corresponder totalmente à realidade:

“(...) Claro que muitas vezes o fluxo que vem pode não ser aquilo que a gente vai encontrar, mas normalmente a gente guia-se e fazemos já mais ou menos um estudo de como vamos fazer a abordagem” E8; “(...) Depois vamos falando entre o colega mais ou menos o que é que temos que levar, mediante a situação. Se é uma doença súbita, se é trauma, se é algum acidente de viação, alguma coisa e fazemos uma primeira abordagem” E9.

O mesmo procedimento inicial ocorre no caso de se tratar da área da enfermagem:

“(...) começa tudo a caminho do local. Recebemos o evento e sabendo se é um adulto ou uma criança, o sexo, as alterações que vamos encontrar, vamos na deslocação até ao local falando com o outro colega (técnico de emergência), no sentido de tentar perceber o que é que poderemos encontrar e face a isso as respostas que poderemos dar (...)” E11.

Em suma, o processo do acionamento é sempre igual seja qual for o meio de emergência a ser acionado bem como o profissional em causa:

“(...) Quer para psicólogos, quer para crianças, quer para adultos os procedimentos de acionamento são iguais” E19”.

Já relativamente aos **procedimentos específicos**, estes variam consoante a profissão do entrevistado. Seguidamente serão descritos os procedimentos específicos dos TEPH.

A **função que cada profissional** desempenha num determinado horário de trabalho sai antecipadamente numa escala, podendo ser o condutor do meio de emergência ou o chefe de equipa (tripulante), como se pode analisar na seguinte análise construtiva:

“(...) Isso já está pré-definido. Normalmente nós trabalhamos em equipa, somos dois. Um é o condutor e outro é o tripulante. Normalmente o tripulante tem por base fazer a abordagem e se for preciso trabalhar, trabalhamos os dois em sintonia. Mas a abordagem propriamente dita é feita pelo tripulante” E8.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Quando os técnicos chegam à ocorrência, antes da abordagem com a vítima, observam o contexto e as condições de segurança, realizando uma **avaliação mais visual**. A não ser que o estado da criança seja muito grave, forçando os profissionais a realizar uma intervenção mais direta:

“É mais visual do que propriamente a questão do toque ou tentar abordar logo diretamente. Tentar perceber o que é que aconteceu (...) mas tudo depende, se a criança está ou não agitada, o motivo, ou se está inconsciente. Aí claro, que a abordagem vai ser mais direta (...) mas no geral e na maior parte das situações (...) é visual, tentar perceber o que aconteceu e depois tentar aos poucos ir abordando a criança através sempre (...) da pessoa que o acompanha (...) enquanto não se tem este elo de ligação” E10.

Durante a avaliação os técnicos guiam-se de uma forma geral, a partir do **TAP**, também já abordado na componente teórica:

“Fazemos assim na generalidade. Tentamos fazer uma abordagem, claro que não passamos por todas as situações do triângulo” E10.

Em simultâneo um dos técnicos tenta recolher mais informação sobre a ocorrência com o ou os adultos/s presente/s:

“Depois se tivermos lá alguém com ela, que normalmente uma criança tem sempre alguém (...) tentamos também recolher informação dessa pessoa sobre a situação em si (...)” E6.

O passo seguinte é ganhar a **confiança da criança** (aspeto fulcral no atendimento de emergência pediátrica), para que a criança permita efetuar as avaliações necessárias. Não existe um procedimento linear com esta faixa etária, tudo vai depender das especificidades localmente analisadas. A não ser, como já mencionado anteriormente, que a situação seja muito grave, exigindo que os profissionais tenham que atuar o mais rápido possível:

“(...) o que temos que fazer mais nas crianças é primeiro ganhar a confiança delas a menos que seja uma situação de tal maneira grave que isso não se põe em causa. Quer a criança chore ou não, paciência. Agora se for uma situação, como são a maior parte delas, que não é nada grave, temos perfeitamente espaço e tempo para fazer isso (...) depende do que a criança tiver e para aquilo que fomos chamados” E2.

Portanto, o objetivo inicial de um atendimento pediátrico é tranquilizar a criança para que esta consiga colaborar com os profissionais:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“(...) basicamente é esse o objetivo, levar a criança a um meio familiar que a leva a estar mais descontraída e a colaborar mais connosco” E6.

Depois depende daquilo que é encontrado, vai depender do estado da criança, da sua idade assim como do próprio contexto, como descrito na seguinte análise construtiva:

“Depende, muito das situações, daquilo que conseguimos ver, quando chegamos ao local (...) nós temos os procedimentos, mas muitas das vezes é uma criança, e cada criança tem a sua forma de estar, a sua forma de ser, a sua forma de reagir e às vezes nem sempre se consegue aquilo que é pretendido” E3.

Os técnicos atuam através de protocolos de atuação durante a sua intervenção, mas como as situações não são lineares, nem sempre conseguem colocá-los em prática. A sua conduta está sempre salvaguardada pelo médico regulador do CODU:

“Nós temos os procedimentos, mas muitas das vezes é uma criança, e cada criança tem a sua forma de estar (...) de ser (...) de reagir e às vezes nem sempre se consegue aquilo que é pretendido (...) É “dançar consoante a música”! Se for mexida brinco com ela, se for calma tenho que ir mais apaziguada, tentar ganhar a confiança dela de outra forma” E3; “(...) Sendo sempre salvaguardado pelo médico que está no CODU” E9.

À medida que vão ganhando a confiança da criança vão intervindo de acordo com os protocolos existentes e a situação encontrada:

“(...) E mediante isso vamos fazendo. A avaliação de sinais vitais ou a correção de alguma situação que se tenha que corrigir (ex. uma febre) em que temos que baixar a temperatura” E2; “(...) não há assim uma receita. É dependendo da situação, depois também temos que ver se é uma situação de trauma, se é uma situação de uma doença súbita!” E4.

Um dos exemplos de protocolos existentes é o da avaliação da vítima crítica, em que o objetivo é perceber em cerca de 90 segundos se se trata ou não de uma vítima crítica. Para além deste protocolo existem outros, como por exemplo, o da hipoglicémia, o da dor torácica, o da abordagem a multi-vítimas, como referido nas seguintes análises construtivas:

“(...) Um dos nossos protocolos, talvez um dos mais importantes, temos cerca de 90 segundos para avaliar se é uma vítima crítica. Logo mal chegamos ao local temos que ver se é vítima crítica, se não for passamos logo ao protocolo ABCDE. Se for vítima crítica tenho que ligar logo para o CODU e dizer que preciso de ajuda diferenciada, então eles enviam a viatura médica (...)” E5. Caso não haja nenhuma disponível o médico regulador do CODU é que transmite as atuações a ter “(...) se tiverem as duas ocupadas, o médico do CODU diz que não há disponibilidade e diz o que se tem que fazer até chegarmos à unidade hospitalar (...)” E5. Outros exemplos de protocolos de

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

atuação são os da “(...) hipoglicemia, dor torácica, abordagem em multi-vítimas (...)” E9. A avaliação da glicemia raramente é executada na criança, a não ser que seja mesmo necessária, para não quebrar o fraco elo de ligação estabelecido “(...) a não ser que seja mesmo necessário... nós fazemos. Se calhar em alguns tem que se segurar o braço... pedir à mãe ou ao pai para segurar o braço para nos fazermos algum tipo destas situações” E10.

Não existe um tempo específico para a duração da ocorrência, esta deve ser o mais rápida possível após o acionamento. Nas próprias informações preliminares também é conhecida a gravidade da situação, no entanto, esta é subjetiva, uma vez que, depende do depoimento da pessoa que acionou o 112:

“(...) assim que chega a chamada, caiu-nos no telemóvel a ativação e a gente tem que ser o mais rápido possível. Não há tempo específico! Porque a própria mensagem já nos diz se é um P1, P2... O P1 é o mais grave que existe. O P3 é uma situação que não é tão grave, mas o que acontece muitas vezes é que (...) muitos P3 transformam-se em P1's. Porque a informação que chega aqui ao CODU é baseada em quem a transmite. É subjetiva, a pessoa não sabe a gravidade que tem (...) Depois de chegarmos ao local e fazer a nossa avaliação, altera-se e temos que pedir a viatura médica” E5.

Muitas das vezes, os adultos que acompanham a criança (que são em grosso modo os pais), também se encontram nervosos e agitados com a situação. Este fator faz com que, por vezes, a intervenção dos profissionais não seja apenas com a criança, mas também com os seus progenitores:

“E depois também temos a parte em que está mãe e filho. Então aí temos que trabalhar as duas coisas (...)” E3.

Os elementos de referência da criança são a peça fundamental na intervenção pediátrica, uma vez que, os profissionais se auxiliam neles.

Para além do que já foi referido, existem alguns atendimentos de exceção, como situações em que as crianças se encontram sozinhas. Obviamente estas situações complicam a atuação dos técnicos por não conseguirem recolher informações adicionais, no entanto, em relação à interação com a criança, esta poderá ser mais facilitada:

“(...) pela minha experiência, nesses casos em que a criança está sozinha porque os pais são vítimas de acidente ou por algum motivo não estão presentes, a criança naquele momento está a passar por uma situação tão má que acaba por ser mais fácil a nossa aproximação. Porque naquele momento precisa de alguém que lhe dê carinho, atenção e se calhar nós aí aparecemos na altura certa porque se calhar vamos conseguir dar o que a criança está à espera nesse momento. Na aproximação poderia ser facilitador, mas na intervenção aí já não temos a ajuda. A única informação que obtemos daí é a da criança” E6.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Outros casos não tão frequentes são o atendimento a crianças estrangeiras. Nestas situações os técnicos auxiliam-se novamente no elemento de referência (para traduzir) quando não conseguem falar o mesmo idioma da criança, como pode ser analisado no seguinte depoimento:

“Ou tentamos falar a língua da criança, ou se houver alguém que vá traduzindo o que estamos a dizer também acontece!” E1.

Ou então usam o manual multilingue que têm nas suas ambulâncias, embora este não seja adaptado à população infantil:

“(...) Temos na ambulância um manual de línguas que é para o geral, não é para a criança em específico” E1.

Se mesmo assim não conseguirem interagir com a criança avaliam o que é possível e transportam a criança até à unidade hospitalar:

“Tem que ser só através da parte visual e da avaliação dos sinais vitais. Por mais que a gente queira não conseguimos mais informação para além dessa. E é com essa informação que chegamos ao hospital e se explica” E5.

No caso do atendimento nas ambulâncias de TIP, o papel do TEPH prende-se na condução do meio e, caso seja necessário, no socorro da vítima. Como já referido na parte teórica, trabalham em conjunto com um médico e um enfermeiro que se encontram numa unidade hospitalar. Dessa forma, sempre que é acionada a TIP o técnico (condutor do veículo) desloca-se ao hospital para recolher a equipa e a maca ou incubadora da ambulância:

“(...) A TIP...nós trabalhamos com pessoal do hospital, diretamente com uma equipa dos cuidados intensivos (...) nós vamos lá cima buscá-los, temos que ir ao hospital. Temos que ir buscar a maca. A TIP não tem maca porque pode funcionar com uma maca normal ou com a incubadora. E isso só está lá em cima no hospital” E4.

Também na UMIPE, o papel principal do técnico é o da condução e, caso seja necessário, também socorrem a vítima em caso de emergência, como é ilustrado na declaração seguinte:

“(...) principalmente é a condução, depois damos algum tipo de apoio que o psicólogo queira. Se houver alguma emergência a nível...algum problema de saúde, nós podemos/temos equipamento

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

no carro, podemos fazer isso! No caso de paragem cardíaca, ou por qualquer motivo podemos fazer essa intervenção (...) Num primeiro momento a intervenção seria só minha, a psicóloga S. também tem essa formação, depois seria solicitar uma ambulância, basicamente”. [Os psicólogos também têm a formação de SBV e de DAE para auxiliarem o técnico no socorrismo] “(...) SBV e DAE também têm (...) para nos auxiliar nos procedimentos em caso de paragem” (...) [caso necessitem de ajuda têm que solicitar através de um número interno para o CODU] “(...) aí fazemos os procedimentos normais, 112, solicitamos uma ambulância ou o apoio da VMER por exemplo. Quase sempre temos que pedir pois se não, não conseguimos fazer o transporte. Nós sozinhos estamos limitados com alguns dos procedimentos, por isso temos sempre que pedir o apoio duma ambulância ou da VMER [através de um] (...) número direto para aqui para o CODU” E10.

No caso da enfermagem muitos dos procedimentos são equivalentes ao dos TEPH. Poderão integrar as ambulâncias de SIV e/ou, em casos mais gravosos, a VMER. Ao chegarem ao local devem analisar as condições de segurança e efetuar também uma avaliação visual. No entanto, estes profissionais baseiam-se no TAP na íntegra:

“(...) em relação à criança (...) é o ver, o cheirar, o perceber se há algum sinal que nos possa ser indicativo de uma intoxicação, ou que houve violência, algum sinal visível ou então por exemplo, num caso de fuga de gás ou outros tóxicos também sentimos o cheiro se há alguma coisa! Nas crianças em particular, temos uma situação que é chamado o TAP, que é na primeira abordagem à criança, olhamos para a aparência dela, o trabalho respiratório e a perfusão periférica. Portanto a pele se está suada, sinusada, etc. Isto nos primeiros segundos de abordagem à criança e depois então começamos a interagir com os pais, com a criança” E12.

De seguida, o objetivo é também criar uma relação de empatia com a criança para permitir a avaliação seguinte, balizada através de protocolos. Porém, estes profissionais não necessitam de validação do médico regulador do CODU para todos os seus procedimentos, tendo autonomia para iniciarem alguns sozinhos, como pode ser analisado seguidamente:

“(...) A informação da nossa avaliação é passada ao CODU. Temos intervenções que podemos fazê-las autonomamente, porque em termos de protocolo está definido que temos autonomia para as fazer sem validação. E há outras que estão dependentes da avaliação do médico do CODU (...) Por exemplo administração de fármacos em paragem cardiorespiratória não carece de validação. Administração de soros, numa fase inicial também não carece de validação. Reações alérgicas graves também não carece de validação...na parte de pediatria é necessária validação na administração de soros se a vítima tiver dificuldade respiratória, pode carecer de validação, por exemplo (...) só nós enfermeiros é que temos alguma autonomia que não é ainda muito extensa. Pelo menos para iniciar alguns protocolos sem validação médica” E12.

Depois da avaliação visual através do TAP, os enfermeiros seguem para a avaliação física:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“(...) Depois a partir daí é que entramos numa avaliação mais física, de contacto. Que passa pela avaliação de características da ventilação, da parte cardíaca, da parte de défices motores, reatividade pupilar, é por aí” E12.

Esta avaliação é balizada através de protocolos que são direcionados para as situações de emergência, contendo uma fração que é específica para a idade pediátrica:

“(...) Protocolos de atuação muito direcionados para as respetivas situações de emergência: dispneia, dor torácica, portanto a nossa ação é balizada desta forma. E cada um destes protocolos, normalmente existe sempre uma parte que adapta a nossa atuação para a parte pediátrica, nomeadamente em termos de dosagem de fármacos, ou seja, em cada um desses protocolos há um balizamento para a idade pediátrica (...) nós para além destas especificidades, nos outros protocolos, nomeadamente a parte da dor, da dispneia, são talvez os mais característicos. Temos também um protocolo que se refere à criança doente. Será o mais específico dentro desta área da criança (...)” E 14.

Portanto, é também objetivo tranquilizar a criança com o auxílio dos adultos presentes. Quando isso não acontece, os profissionais acabam por retirar o familiar que está a contribuir para a destabilização da criança:

“A forma como nós entramos, portanto, a primeira abordagem é sempre muito importante! Uma postura calma e segura! O que tentamos fazer é manter sempre os pais junto da criança porque eles ajudam a criança a ficar mais calma. Se for uma criança de colo, deixamos manter ao colo dos pais (...). Naquela primeira abordagem, temos que sentir (...) se algum familiar estando vários familiares, se algum deles está a incomodar a criança no sentido de ser retirado” E11.

A avaliação propriamente dita também não é linear, uma vez que, depende de vários fatores:

“(...) depende da saída e do estado da criança em si (...) do estado de desenvolvimento da criança. Se é uma criança mais pequena ou maior (...) Acho que não há assim, uma linha basilar que nos diga como é que a gente tenha que interagir. Com as crianças (...) primeiro, estou um bocadinho na conversa com os pais para ganhar a confiança dos pais e da criança também. E à medida que vou conversando com os pais, vou envolvendo a criança para que ela se introduza também e que não seja ali um cuidado médico e mais uma conversa de amigos” E13.

Durante a avaliação pode ser necessário efetuar um pedido de apoio de um meio mais diferenciado, que é mais uma vez efetuado através do CODU:

“(...) se houver necessidade disso, podemos pedir apoio de um meio mais diferenciado” E12.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Relativamente à exposição da vítima, os profissionais só o realizam caso seja mesmo necessário, conforme descrito seguidamente:

“(...) se tivermos que expor a vítima, por exemplo, desapertar uma camisa ou tirar uma t-shirt, só expomos aquilo que necessitamos. Portanto, se não tivermos que despir a criança para avaliar alguma coisa não o fazemos” E11.

Durante a avaliação os enfermeiros devem ainda estar atentos a eventuais sinais de violência na criança:

“(...) na violência com menores que temos que estar alerta para (...) pormenores e em termos dessa abordagem também temos que estar alerta para achados de violência doméstica, nomeadamente ao nível da pele. Se existirem várias feridas com diferentes estádios de cicatrização, se ao nos aproximarmos da criança ela se encolhe ou tem medo, esses tipos de sinais de alerta (...)” E11.

Assim como devem ter o cuidado de não expor a criança a episódios de índole traumática:

“O que nós temos que fazer é se há um cenário de crise traumática, temos que tentar afastar a criança desse cenário. Portanto, um acidente é um cenário, onde houve ali um trauma associado, não é só físico, vamos imaginar que uma criança está dentro de uma viatura e os pais estão sem sinais de vida por exemplo. Temos que afastar a criança daquele local, a célula sanitária é um bom local, seguro e fora dessa zona, portanto será uma zona de conforto (...) Levar a criança para outro local, que não seja aquele e aí a comunicação também é importante” E11.

Quando a vítima é uma criança já com uma patologia prévia à situação de emergência os enfermeiros acabam por dar ainda mais importância aos sinais não-verbais:

“(...) Temos que perceber pelas expressões, pelos gestos...e mais uma vez aqui, a importância dos pais. Tentar perceber pela face dele o que é que nos está a querer dizer. Tentamos perceber qual é a mnemónica deles para se introduzir” E 13.

No final, depois de avaliarem e de implementarem os protocolos no local da ocorrência, no sentido de estabilizar a vítima, a mesma é transportada até à unidade hospitalar:

“Depois da avaliação e da implementação dos protocolos é que partimos para o transporte. Normalmente os primeiros passos do socorro e estabilização são feitos no local” E12.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

No caso dos psicólogos, estes profissionais estão afetos ao CAPIC e podem desempenhar as suas atividades em âmbitos diferentes, garantindo o posto no CODU 24h em escala nacional e a operacionalização das UMIPE, como se pode verificar de seguida:

“(...) aqui os psicólogos do INEM trabalhamos em vários âmbitos, mas diretamente com as vítimas trabalhamos quer no CODU, portanto na central de emergência, onde atendemos diretamente as pessoas, quer na UMIPE (...) esta é a unidade que nos faz transportar ao terreno...à rua” E19.

Portanto, de forma não presencial, os psicólogos podem dar orientações aos próprios familiares da criança ou até aos profissionais que se encontram no terreno, fornecendo estratégias de atuação telefonicamente:

“(...) ou podemos fazê-lo por aconselhamento aos profissionais (...) que estão a abordar e intervir com a criança ou podemos também fazê-lo com os familiares com os adultos responsáveis. Fazer aconselhamento como lidar com a criança (...)” E20.

As situações via telefone são as mais frequentes, apenas se deslocando para o terreno em casos mais severos:

“(...) as situações na maior parte das vezes são resolvidas via telefónica. Eventualmente poderão outros meios de emergência chegar à comunicação, chegar a intervir com a criança. Normalmente, as saídas da nossa unidade móvel não saem para essas situações” E16.

O aconselhamento passa por:

“(...) Muitas vezes há pedidos de aconselhamento sobre como fazer, o que fazer naqueles contextos, pode motivar a saída para o local no caso de uma situação de difícil gestão ou pode ser um simples aconselhamento via CODU (...) as crises de ansiedade (...) de crianças até aos 18 anos e aí muitas vezes são as próprias crianças que ligam, ou a intervenção é feita diretamente com a própria criança via CODU, raramente há a mobilização de um meio para o local nestas circunstâncias, portanto é feita a estabilização via CODU e a pessoa fica bem sem necessidade de ir ao hospital”. E19

Se for necessário após a abordagem via telefone (situação avaliada pelos psicólogos, pelos meios que já estão no local e/ou operador e validada pelo médico regulador do CODU) os profissionais poderão ir para o terreno:

“É avaliado por nós psicólogos, passa sempre por um operador, pode também passar pela avaliação no local pelos meios de emergência que já lá estão. E no final é sempre validado por um médico regulador” E16.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Podem ocorrer ainda situações em que o entendimento via CODU não ativa a UMIPE para o terreno pela primeira avaliação, mas após avaliação dos profissionais que se encontram no terreno pode ser enviada posteriormente:

“(...) há situações que por si só a triagem e o plano de resposta no CODU atribuí logo o envio na UMIPE ao local como meio de emergência. E há outras situações que não é atribuído o envio da UMIPE porque não está padronizado dessa forma para enviar a UMIPE, mas depois mediante a avaliação dos profissionais que se encontram no terreno que identificam alguma necessidade de intervenção por parte do psicólogo, como da própria intervenção do psicólogo no CODU faz com que a UMIPE possa ser encaminhada para o local” E18.

Alguns exemplos de ocorrências encaminhadas para o CAPIC são:

“(...) chamadas do foro psicológico, pessoas em crise psicológica, situações de violência, situações de morte inesperada, crises de ansiedade, psicopatologias agudizadas (...)” E20.

E aquelas que têm a ver diretamente com as crianças são:

“(...) situações de violação, situações de maus tratos, situações em que as crianças são ou presenciam situações de agressão graves, situações de violência graves, situações de acidente em que há crianças envolvidas...noutro tipo de situações para as quais somos acionados as crianças são vítimas indiretas. A maior parte das nossas saídas são para situações de morte inesperada. As situações de notificação de morte onde no contexto existem crianças, basicamente são estas as situações para as quais somos acionados” E19.

Sendo a notificação de morte uma das situações mais frequentes de intervenção dos psicólogos a mesma não deve ser realizada pelos próprios profissionais. Os psicólogos devem instruir alguém próximo à criança para o realizar, a não ser que se trate de uma situação de exceção e não exista ninguém de referência da criança para o fazer:

“(...) quando há morte de um familiar direto ou de proximidade da criança. Muitas vezes a família solicita-nos a nós para fazer a notificação, para dar a notícia (..) só fazemos em última análise, em último caso. Porque aquilo que procuramos é que seja alguém de proximidade da criança a fazê-lo, porque é uma má notícia, é algo que modifica o seu mundo e, portanto, deve ser alguém de confiança e proximidade da criança (...) vamos potenciar o familiar para o fazer. Preparar, capacitá-lo (...). Em último caso se não existir nenhum adulto (...) poderemos ser nós a fazê-lo (...) porque não havia alternativa e impunha-se que a informação fosse transmitida. Mas regra geral capacitamos os adultos para o fazer” E20.

Tal como nos procedimentos dos restantes profissionais também este não é linear (depende do que é analisado no terreno) e também se foca muito no cuidador ou no

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

elemento de referência presente para a criança se sentir segura, uma vez que todos os profissionais acabam por ser elementos estranhos a ela:

“(...) Sabemos o que é que é suposto fazer, mas é tudo muito mutável até porque é um trabalho que está sempre em constante alteração e dinamismo (...) daí que nos vamos ter que adaptar sempre às necessidades e avaliando constantemente as necessidades e readaptando constantemente” E18; “(...) é prioritário que esteja sempre um adulto de referência ou um cuidador ou um dos progenitores com a criança para ela se sentir confortável e para se sentir segura” E17.

Para além destas questões é mais uma vez essencial a criação de empatia para auxiliar a diminuição da ansiedade, contribuindo para que fique mais calma, mais tranquila e menos assustada:

“Portanto para conseguirmos atuar com as crianças independentemente da situação concreta é importante primeiro tentar estabilizar um bocadinho isto. Daí a necessidade de o nosso primeiro objetivo tem que ser sempre o criar esta relação de empatia (...) porque raramente se consegue ajudar uma criança se não conseguirmos a colaboração dela.” E19.

Depois é tentar compreender as necessidades da criança:

“(...) perceber qual é a emergência para atuar de forma adequada, qual é a necessidade que a criança tem (...) É também importante que a criança “(...) Consiga perceber que depois da situação de crise a rotina vai ser retomada, a normalidade vai ser retomada” E17.

Os psicólogos afirmam também que quando se trata de crianças com dificuldades comunicativas associadas a uma patologia prévia, a importância da presença do elemento de referência ainda se torna mais fulcral para auxiliar na descodificação dos sintomas:

“Em termos de abordagem é e tem que ser naturalmente a mesma coisa (...) O que acontece é que muitas vezes temos crianças que têm deficiência mental profunda, que não verbalizam, que não falam, que muitas vezes não conseguem estabelecer contacto, nestas situações (...) habitualmente está sempre com um adulto de confiança!(...) Portanto esta pessoa que já conhece essa criança acaba sempre por ser o elo de articulação (...) A pessoa com quem se articula, no sentido de conseguirmos passar esta informação ou mensagem para a criança que precisa de ajuda” E19.

Estas informações prévias (que se trata de uma criança com características especiais) podem ser transmitidas pelo CODU ou apenas quando chegam ao local da ocorrência:

“Pelo CODU ou no local. No CODU podemos ter acesso/informação que é uma criança com alguma debilidade mental, com necessidades especiais e depois chegando ao local aí sim a

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

criança estará, e está quase sempre acompanhada por alguém e essa pessoa sabe quais são as limitações, como é que habitualmente conseguem comunicar...” E 19.

Quando as crianças no geral se encontram sozinhas, como por exemplo, quando se trata de um acidente de viação, o objetivo é:

“(...) nessas situações tentamos diminuir os estímulos envolventes, procurar ao máximo um ambiente, um contexto que seja menos exposto (...) Afastar das restantes pessoas que habitualmente se concentram nestes cenários. Se for na via pública terá que ser dentro da ambulância, levar para dentro da ambulância com maior brevidade possível. Se for numa residência será facilitado. Não está tão exposta, será um ambiente mais familiar para a criança, mas tentamos controlar ao máximo o ambiente, o meio, o contexto. E, portanto, são estes aspetos facilitadores que procuramos controlar. Mas, há situações em que não conseguimos em que têm que ser feitos os procedimentos médicos, não tem como não ser assim. Mas em que a interação é muito prejudicada” E20.

Na situação de crianças estrangeiras, o procedimento é o mesmo como nas profissões mencionadas anteriormente. Também os psicólogos têm acesso ao manual multilingue, como se pode verificar na seguinte análise construtiva:

“(...) Nas nossas ambulâncias, temos uma espécie de um mini dicionário com algumas expressões do português e depois à frente tem várias línguas de forma a que consigamos apontar. Porque há línguas que nós dominamos, há outras que não...” E19.

Relativamente aos casos de violência doméstica e de abuso sexual, existe um protocolo preconizado que envolve o acionamento da autoridade e a sinalização do caso para ser dada continuidade através da unidade de saúde pelo programa *Icare*:

“(...) em contexto de violência, temos também por protocolo preconizado, que deverá haver o acionamento da autoridade, se a criança está envolvida nesse contexto de violência e podemos ponderar o acionamento de unidade móvel de intervenção psicológica de emergência (...) No Icare há um espaço designado sinalização de pessoas em risco para diversos contextos (...) situações muitas vezes de foro social e que implique risco de segurança da pessoa em causa e existe uma das rubricas é precisamente sinalização de crianças vítimas de negligência ou violência (...) ao sinalizar essa situação os dados são encaminhados para a unidade de saúde de forma a alertar e para dar encaminhamento depois a essa situação. Portanto em termos de ferramenta de sinalização é o que temos disponível (...) Depois no decorrer da situação propriamente dita, não temos mais procedimentos, a não ser as questões técnicas obviamente (...) o aconselhamento também é muito à família, dependendo de que família temos e quando necessário também acionar as equipas da segurança social. Muitas vezes a própria autoridade solicita apoio aos profissionais quando se trata de situações em que a criança tem que ser retirada “(...) Nos exemplos em que há necessidade da retirada de emergência. E aí a autoridade muitas vezes pede a nossa colaboração para interagir com a criança. Aquilo que nos procuramos muitas vezes não é explorar o contexto em si, mas perceber o contexto da criança, perceber que tipo de recursos é que tem e não tanto explorar o acontecimento em si. Porque sendo vítima terá que o fazer noutros contextos” E20.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Em situações de exceção em que, por vezes, é necessário mais do que um psicólogo é necessário ativar alguém que esteja de folga:

“(…) Já existiram várias situações em que houve essa necessidade, pelo número elevado de vítimas embora esse acionamento é realmente exceção. Terá que ser chamado alguém que esteja de folga, porque em serviço está sempre um e ainda não é 24h. Nós asseguramos a nível nacional uma escala de 24h mas é a nível nacional, temos sempre um psicólogo de serviço a nível nacional. Mas depois pode haver mais que um a nível nacional. No mínimo é um por delegação (...) se não tiver disponibilidade teremos que ir por raio de atuação à delegação mais próxima” E20.

Quando as crianças não estão diretamente envolvidas na situação de emergência, os psicólogos solicitam os adultos para as crianças serem retiradas de forma a serem protegidas e não expostas a situações traumáticas:

“(…) Nas crianças é óbvio que a forma como nós temos que atuar, temos que ter em atenção várias coisas. O ambiente, as crianças independentemente da situação devem ser imediatamente protegidas logo que possível (...) são muito pequeninas muitas vezes estão expostas a situações muito, muito intensas. Esta necessidade de as proteger não só fisicamente como emocionalmente é um cuidado acrescido que todos os profissionais têm” E19.

ii. Dificuldades associadas ao atendimento de emergência pediátrica

De acordo com os procedimentos associados ao atendimento de emergência pediátrica, os profissionais revelaram sentir diversas **dificuldades** durante a prestação de cuidados. Desta forma, foi possível verificar a existência de dificuldades **mais prevalentes** (Anexo I) e dificuldades de **maior severidade** (Anexo J).

Relativamente às dificuldades **mais prevalentes**, a população infantil é aquela que, de uma maneira geral, causa maior dificuldade aos profissionais por diversas razões:

“(…) a população infantil, as crianças são das situações em que não as, mas das que levantam mais dificuldade para os profissionais (...) E não só para os psicólogos, mas para todos no geral. Porque são mais pequeninas têm mais dificuldade de perceber o que é que está à volta. Porque muitas vezes percebem o que está a acontecer, mas não conseguem ter ainda maturidade suficiente para compreender as consequências daquilo que está a acontecer ali. Porque muitas vezes ou estão muito ansiosas ou muito assustadas ou com medo, ou porque estão longe da sua figura de referência, ou na presença de pessoas estranhas que nunca viram, têm mais dificuldades em verbalizar, em queixar-se, em dizer o que é que sentem. E isto coloca no profissional uma responsabilidade acrescida, daí que (...) as crianças são uma população mais delicada, por estes fatores” E19.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Portanto o facto, por si só, da criança se encontrar numa situação delicada e desconhecida para ela, faz com que a interação com dos profissionais seja mais complexa. Existindo vários fatores que contribuem de forma negativa para a interação com o profissional, como o fato de ser uma *pessoa estranha* para a criança:

“(...) O fator estranho, o fator surpresa não facilita a interação e o estabelecimento de uma relação de confiança com a criança (...)” E20.

A *farda branca* também pode criar algum afastamento, como se pode constatar seguidamente:

“(...) as crianças quando vêm o branco assustam-se. Porque se lembram que as pessoas de branco é que lhe dão as injeções... e elas associam logo a bata branca ou algo a branco à dor. Isso tudo tem influência claro!” E5.

O facto de *não ter capacidade de exprimir o que sente*, o que vai depender da sua idade e grau de maturação:

“(...) É o facto das crianças não conseguirem exprimir aquilo que sentem. Têm uma dor e choram, choram e não conseguem dizer-me onde dói (...) é um grupo já por si difícil pelas características todas” E8.

Outro motivo que influencia de forma negativa a interação com os profissionais é que, na maior parte das vezes, os *elementos de referência* da criança também se encontram *assustados e ansiosos* com a situação, transportando essa ansiedade e nervosismo para a criança. Este fator leva também a que o profissional venha a ter ainda maior dificuldade em criar empatia e tranquilizar a criança. Esta dificuldade é acrescida quando se trata de situações traumáticas:

“(...) se for acidentes também estão assustados, é pior! É mais difícil chegar a eles talvez nessas situações (...) situações que envolvam trauma maior como acidentes de viação ou situações em casa mais traumáticas...São situações em que é mais difícil ganhar a confiança das crianças.” E1;“(...) No acidente o problema maior ali é sempre o susto. E os miúdos aperceberem-se que os adultos também estão assustados. Aí acho que é a dificuldade maior que nós temos, é tranquilizar a criança e dar-lhe alguma segurança (...) É que as crianças temos sempre um problema acrescido, que é acalmar a criança, o pai e a mãe, ou o tio, ou quem está com a criança (...) normalmente temos duas. Porque os pais normalmente, ou melhor o acompanhante da criança está sempre nervoso! E é sempre complicado pois em vez de facilitar às vezes tem o papel inverso! Não é voluntário isso, mas acaba por nos dificultar a nossa atuação! Porque depois nós temos que criar empatia com a criança e com a pessoa que está com a criança. Não é fácil estar ali a jogar com duas personalidades e ir avaliando as coisas.” E4.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Portanto, a grande dificuldade dos profissionais em geral é o *como comunicar* com a criança:

“(...) o principal desafio é mesmo comunicar com a criança (...) Portanto a dificuldade é uma, nós encontrarmos qual é a forma mais correta para nós conseguirmos comunicar com a criança causando-lhe o mínimo de ansiedade possível. O mínimo de impacto possível. Depende muito de criança para criança, de dificuldade para dificuldade, de situação para situação. Qual a situação que a criança está a viver” E17.

O *contexto de stresse* em que estes profissionais trabalham e o facto de serem *atendimentos rápidos*, não facilita a interação, assim como o facto de muitas das vezes *não possuírem um espaço calmo e tranquilizante* para a criança:

“(...) estamos num contexto que é hostil para a criança por vezes, um contexto que pode ser de destruição, um contexto que pode ter um impacto emocional grande...por vezes não temos um espaço que seja mais securizante para a criança. Porque temos que trabalhar em qualquer local (...)” E20.

Assim, estes fatores mencionados anteriormente e a *própria agitação da criança* levam a que seja mais complexo para o profissional estabelecer estratégias para criar empatia com a criança e, em simultâneo, tranquilizá-la para ser possível (como já mencionado na categoria dos procedimentos), realizar as tarefas seguintes, avaliar e efetuar a sua intervenção:

“(...) E a dificuldade passa por aí pela agitação, nós não conseguimos fazer todos os procedimentos que (...) eu acho que passa mais por aí, pela agitação da criança (...)” E10; “(...) Eu penso que aqui o principal fator por dificuldade que é mesmo esse de conquista da criança. E muitas vezes tentar desassociar aquele momento de violência, seja de doença ou daquela experiência que à partida não será tão agradável para a criança. E consegui-la conquistar ao chegar a ela. Portanto acho que, esta estratégia (embora não haja nenhuma receita) será a maior dificuldade. Depois a partir daí toda a parte em termos de tratamento ou de execução das nossas técnicas será muito mais facilitada (...)” E14.

Por outro lado, o grupo etário dos *adolescentes* também se pode tornar uma dificuldade para os profissionais no sentido de omitirem informações importantes. Tendo os profissionais que averiguar se as informações transmitidas são credíveis ou não:

“(...) Depois há aquela fase de 13-15 anos, essas para mim são aquelas mais difíceis de estabelecer relação, perceber/aferir se aquilo que estão a dizer é verdade (...) é a fase aqui que tenho mais dificuldade de estabelecer o contacto” E15.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Outro fator que causa dificuldades aos profissionais é a *não existência de material facilitador* no processo de interação com a criança:

“(...) não ter nada que seja facilitador em termos de materiais e que permita uma maior proximidade no estabelecimento de relação com a criança, porque nós temos o nosso objetivo, que é prestar o melhor serviço, a melhor atividade com a criança, isto do ponto de vista técnico obviamente que se impõe, mas também do ponto de vista relacional. E não temos nada. Não vamos preparados também para aquilo que vamos enfrentar, lá está, não estamos preparados para as especificidades das situações” E20.

O único recurso que têm é o Manual Multilingue, que não é funcional para a maior parte das situações, uma vez que, não está adaptado para a população infantil:

“Para a criança não temos nada, ou seja, isto vai ter que ser utilizado no adulto (...) é que as perguntas não estão adaptadas a situações de pediatria (...)” E6.

Regra geral, nas *situações de violência* os profissionais também sentem dificuldade na interação com a criança, assim como nos casos de notificação de morte:

“Em contexto de violência para com a criança, ou que a criança assista, uma situação de abuso, agressão sexual é uma situação em que a criança está mais vulnerável e que existe uma maior dificuldade de comunicação” E17. E nas notificações de morte, é o não conhecer a criança e as suas vivências *“(...) A principal dificuldade que eu sinto é não conhecer a criança. É não saber como funciona, o que é familiar para ela, que experiências é que ela já tem (...) saber se já teve alguma experiência de morte de proximidade, como é que foi gerida essa situação. Porque obviamente vai influenciar a vivência daquela outra situação. Portanto, o não ter tempo para conhecer a criança, para mim é um dos grandes entraves. Vou ter que recorrer aquilo que é norma, não é? Nesta idade habitualmente já têm este conhecimento, estas experiências...temos que nos seguir por esses parâmetros. Não individualizar aquela criança em particular (...) Portanto, o desconhecimento (...)” E20.*

De acordo com as *dificuldades de maior severidade* destacam-se dois grupos como: as crianças portadoras de uma patologia prévia à situação de emergência e as crianças estrangeiras. Estes casos não são tão prevalentes no dia-a-dia dos profissionais, mas são aqueles em que demonstram/sentem maior dificuldade/lacunas.

Relativamente ao primeiro grupo (crianças portadoras de uma patologia prévia), as dificuldades aqui advêm porque muitas destas crianças não verbalizam, tornando a interação mais complexa e, por consequência, toda a intervenção:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“(...) pior quando falamos de crianças com algum tipo de patologia porque as outras que comunicam de alguma forma acabamos por conseguir chegar lá! Estas é muito complicado!” E1;
“Eu para mim só não consigo chegar à criança em situações de deficiência grave, um autismo grave...que eu não sei lidar com esse tipo...e mais se forem crianças que não verbalizem! (...) para mim é muito complicado, como lhe disse, crianças que tenham algum défice cognitivo associado, eu não consigo comunicar com ela! Não sei!” E2.

O mesmo é referido quando a patologia da criança se reflete na própria capacidade de compreensão:

“(...) a dificuldade de perceber o que está a acontecer, claro de verbalizar porque estão assustados, porque estão com medo, as crianças que têm patologia associada, a dificuldade de comunicação já é inerente à sua própria patologia, já faz parte...Chegar à pessoa, fazer-me entender (...) Fazer passar a minha mensagem e compreender a mensagem que chega do outro lado. Mas mais o fazer com que a pessoa perceba o que eu quero que ela perceba (...) agora mais difícil é quando de facto não conseguimos que a nossa mensagem passe, quando não conseguimos que a criança tenha capacidade para perceber aquilo que nos queremos transmitir e por outro lado quando nós próprios não conseguimos compreender qual é a necessidade da criança para podermos dar resposta (...)” E19.

Os profissionais sentem dificuldade em entender qual a melhor postura perante estas crianças:

“(...) os miúdos autistas, é uma situação em que eu tenho muita dificuldade. Nunca sei se estou a ser adequada! Tenho sempre essa dúvida! E transmitir essa insegurança que tenho a essas crianças também não é bom! (...) Para mim essas situações são as que me assustam mais! Porque não sabemos bem se estamos a ser adequados ou não” E4.

Outra dificuldade nesta população infantil, é o facto destas crianças nem sempre tolerarem o toque e a proximidade, o que dificulta toda a intervenção do profissional:

“(...) Até porque há patologias que por si só já não são crianças muito interativas, nem aceitam muita proximidade e o toque. E normalmente nós às crianças tentamos fazer isso. E acho que o facto de ter noção de alguma patologia, ou de saber qual o antecedente dessa criança leva-nos às vezes ainda a afastá-la mais sem intenção de o fazer. Quando nos aproximamos mais delas, acabamos na realidade por a afastar ainda mais! (...) São situações muito raras, mas quando acontecem são muito difíceis!” E7.

Os profissionais sentem-se impotentes nestes casos, por não conseguirem prestar o melhor apoio, como pode ser analisado na seguinte análise construtiva:

“(...) Impotência! Porque é muito complicado, nós temos que ser concisos nas perguntas que lhe estamos a fazer. “Doi? Sim ou não?”. Não estamos a ser específicos, mas nós também não conseguimos ser mais específicos (...) e começa-se a sentir pena, porque não se consegue ajudar e estamos ali para ajudar!” E3.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

A própria avaliação visual nesta população infantil específica, torna-se mais complexa porque, muitas vezes, nem sequer há alteração da própria expressão facial:

“(...) onde eu tenho mesmo dificuldades, e nós em C. temos algumas instituições onde temos crianças com algum grau de deficiência, aí é que eu sinto mais dificuldade porque para já a própria expressão da criança, é uma expressão que não nos é tão familiar sendo mais difícil reconhecer no rosto a dor, o estado de assustada numa criança com deficiência. Eu pessoalmente tenho essa dificuldade até porque algumas crianças nem sequer têm expressão facial, o próprio choro é diferente (...) Nessas crianças, é onde eu tenho mais dificuldade (...) porque também se torna mais difícil de compreender aquilo que se está a passar, para mim é a mais complicada! (...) nas crianças com patologia eu próprio sinto alguma dificuldade em comunicar nessas situações” E6.

A intervenção com esta população torna-se assim uma dificuldade, pelos motivos já mencionados anteriormente, e pelo fato da maior parte dos profissionais não ter formação específica nesta área:

“(...) e se calhar nunca tivemos muita formação nessa área (...) Acho que tendo pouca formação na área nunca se está bem preparada para esse tipo de comunicação e às vezes fazemos o melhor que podemos, mas acho que podia ser melhor!” E7.

Relativamente ao segundo grupo populacional em que os profissionais evidenciam dificuldades (crianças estrangeiras) o motivo é o não domínio do idioma da criança, principalmente quando não conseguem falar o inglês:

“(...) já não sendo tão frequentes, no verão talvez aconteça mais, a situação de pessoas estrangeiras. Em que a criança, é óbvio que não consegue comunicar connosco, os pais, aqueles que conseguem falar inglês a gente vai através disso conseguindo lá chegar. Mas também há a situação em que não falam inglês, e é muito difícil chegar lá!” E5.

iii. Estratégias de superação de dificuldades

Existe um conjunto de **estratégias** utilizadas pelos profissionais no sentido de colmatar as dificuldades anteriormente referidas (Anexo L). No entanto, subsiste uma que é fundamental em todas as situações que englobem a idade pediátrica, desde as crianças ditas “normais”, às portadoras de patologia e às estrangeiras que não dominam o português falado nem escrito. Essa estratégia passa por recorrer ao *elemento de referência* da criança (desde os pais, algum familiar, professores, ou seja, alguém de proximidade) no sentido de facilitar a interação:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“(...) normalmente elas estão sempre acompanhadas pelos pais e acabamos de nos socorrer um bocado dos pais, um bocado como intermediários neste processo comunicativo (...) na pessoa de referência (...) normalmente é essa a estratégia que utilizamos como fator facilitador em termos de comunicação” E14; Com o objetivo de recolher informação pertinente (como por exemplo esclarecer a ocorrência) “(...) Tentamos também recolher informação dessa pessoa (...)” E6; “(...) através da pessoa conhecida ao pé dele. Na escola o professor (...) Por acaso temos tido sorte e existe sempre alguém! Um ponto de referência para a criança. E conseguimos trabalhar a partir daí (...) sempre um professor, ou um auxiliar, pai ou mãe” E10 e auxiliar na própria avaliação, como por exemplo, em situações que não é possível avaliar a temperatura da criança “(...) pedimos à mãe (...) para avaliar a temperatura” E3.

É também essencial mencionar que não há uma utilização específica das estratégias, pois a sua implementação vai depender da realidade encontrada pelo profissional no terreno, assim como, não há estratégias específicas para as populações infantis de exceção/com menor casuística (crianças portadoras de patologia e crianças estrangeiras). As estratégias utilizadas são essencialmente as mesmas que são utilizadas com as crianças ditas “normais”:

“(...) A estratégia passa um bocadinho pelo mesmo. Porque é ir ganhando a confiança e partir um bocado por aí (...) mas acho que é mais ou menos a mesma linha (...)” E1.

Portanto, um dos grandes objetivos dos profissionais no procedimento de emergência pediátrica é a *criação de empatia* (como já mencionado), para isso os profissionais recorrem a várias estratégias como *colocar-se ao mesmo nível* da criança:

“(...) tentamos manter uma linguagem próxima, uma postura também ela de relativa proximidade, portanto tentar olhar “olhos nos olhos”, ao mesmo nível (...)” E17.

Ouvir a criança/estar disponível, será outra estratégia:

“O estar disponível para elas perceberem “Ok, está aqui alguém que me pode ajudar [auxiliando a criança a perceber que é importante] (...) eu também sou importante! (...) E fazê-las perceber que não é porque aconteceu aquilo que é muito mau (que à partida quando somos acionados é algo de muito mau) (...) que as rotinas delas vão ser diferentes e vão ficar sem ninguém que cuide deles e que lhes dê o colinho e as necessidades que eles precisam (...)” E18.

Não mentir, como pode ser analisado na seguinte análise construtiva:

“(...) ser honesto, de transmitir a informação, de aumentar a previsibilidade do que vai acontecer a seguir. Diminuir o efeito de desconhecido, porque é algo que a criança nunca vivenciou ou não consegue perceber bem o que está a acontecer” E20.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Dar atenção à linguagem não-verbal:

“(…) *Linguagem não verbal também é muito importante!*” E11.

Abordar assuntos de interesse/ ir buscar brinquedos para a criança, também é uma estratégia utilizada:

“(…) *tentar falar de coisas que eles gostem, muitas vezes até desenhos animados e ir buscar brinquedos deles se tivermos em casa...alguma coisa que eles tenham perto deles! Às vezes estão agarrados a um ursinho ou a outra coisa qualquer! (…)*” E1.

Usar estímulos auditivos e visuais para captar a atenção da criança e em simultâneo distraí-la:

“*Se for um bebé recém-nascido é com barulhos, é com sons, com estimulação auditiva ou visual. Porque temos a luva, luzes e acabamos por acalmar ou tentar por aí*” E3;“(…) *às vezes um boneco para as crianças brincarem (…)* podemos adotar alguma estratégia de perguntar à criança se gosta de seringas, dar-lhe uma seringa para a mão, uma espátula, fazer um boneco com uma luva, portanto esse tipo de estratégias.” E11;“(…) *Dizer trava-línguas para distrair...pedir à criança para contar, dizer os números que estão no monitor e ir dizendo se houver alguma alteração. Na ambulância faz-se muito este tipo de jogos*” E16;“(…) *utilizamos até estratégias de distração para mudar o foco da parte emocional para a parte cognitiva para conseguirmos que ela se distraía de alguma forma. Reduz a ansiedade e torna, facilita o processo de ajuda (…)* E muitas vezes (…) *aquilo que vamos aconselhando é olhar para o monitor: “Olha agora vais ficar a olhar para ali para ver quando o vermelho passa a verde, está bem? Ou então olha estás a ver aquilo a subir, quando começar a descer tu vais-me dizer!” É que quando estão focados ali desfocam-se das suas reações. E isto permite também uma maior estabilidade emocional que é facilitadora do processo de ajuda.*” E19.

Usar estratégias de modificação do significado da dor:

“(…) *As estratégias de modificação do significado de dor (…)* não vamos dizer que não vai sentir nada, se vamos picar, não vamos dizer que não vai sentir nada, não é? Vamos é explicar o que é que vai acontecer (…) *por exemplo: “Não vai arder...vais sentir uma ligeira piquinha que dá a sensação de calor, mas vai passar logo a seguir!” ou então “Vou passar aqui uma compressa e vou limpar vais sentir assim uma sensação um bocadinho estranha, quase como se fosse uma frescura, mas isso é a cicatrizar, é a ficar boa está bem?”* E19.

Integrar a criança na intervenção:

“(…) *fazer com que a criança se sinta parte ativa naquilo que está a ser feito, nos procedimentos (…)*” E16.

Usar o telemóvel, tablet e a internet, como pode ser verificado seguidamente:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“Com o telemóvel, com internet eu consigo tudo! É que hoje em dia temos essa facilidade (...) Tendo um smartphone com internet qualquer criança fica! E temos tudo, jogos interativos, bonecos, e depois a partir daí é o deixar desenrolar!” E3.

Deixar a criança familiarizar-se com o material e explicar os procedimentos, facilitando tanto na criação de empatia como na própria atuação do profissional:

“(...) O deixar eventualmente até que mexa e que veja as coisas da ambulância, o familiarizar-se com os objetos (...)” E19.

Usar o interesse que algumas crianças têm por ambulâncias e pelo diferente, o que, por vezes pode ser facilitador para o profissional:

“(...) depois ainda temos uma vantagem que é: os miúdos deliram um bocadinho com as ambulâncias, é uma coisa que eles gostam. Se lhe mostrarmos uma coisa diferente...uma coisa que eles acham muito engraçada é o oxímetro. Aquilo tem uma luz e eles acham aquilo um must! Não doí, nós experimentamos e tal e vamos ganhando assim confiança com eles” E4.

Brincar com a criança, como referido na análise construtiva seguinte:

“(...) o tentar fazer a aproximação com algum tipo de jogos, brincadeiras que de alguma forma possa facilitar a aproximação” E12.

Tratar a criança pelo seu nome:

“(...) primeira coisa que eu faço quando chego é identificar-me e perguntar o nome. Porque quando chegar ao pé dele já o trato pelo nome, pois é importante, é algo que já está habituado (...)” E5.

Abordar a criança de forma calma e segura, sendo carinhoso:

“(...) sendo um bocado carinhoso com a criança e tentar alertá-la e dar-lhe confiança (...)” E9;
“(...) Quando chegamos ao local temos que adotar uma postura calma e segura, um tom de voz sereno, assertivo, falando com o pai e também se possível com a criança claro, a nossa postura se for calma e assertiva normalmente é “meio caminho andado” para resolver a situação!” E11.

Conversar com a criança durante toda a abordagem:

“(...) aproveitar o momento em que ela está mais compensada e mais calma para comunicar com ela” E11.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Não infantilizar o discurso e adequar o vocabulário à criança:

“(...) falar de uma forma não infantilizada, falar normalmente, mas com uma linguagem adaptada, não utilizar termos técnicos (...)” E20.

Proteger a criança, como referido seguidamente:

“(...) protegê-la que acho que é muito importante. Para ela perceber que tem ali alguém que a pode ajudar” E9.

Efetuar pausas/respeitar o silêncio/dar tempo à criança:

“E muitas vezes nós não respeitamos o silêncio e o silêncio também é muito importante. É importante as pausas, nós trabalhamos com a nossa entoação, a nossa voz, o nosso instrumento de trabalho e aí a importância de prestar atenção a elas. A forma como colocamos a voz, as pausas, olhar para a criança e perceber “eu estou aqui”, pausar, continuar...dar-lhes tempo também para que eles também possam responder. Porque se estivermos constantemente a fazer outputs para eles nós, não vamos conseguir, por isso também é importante!” E18.

Usar material apelativo, apenas o CAPIC possui uma mochila com material lúdico para interagir com a criança, caso seja necessário que contém:

“Temos os desenhos...as pinturas que podem ser feitas na nossa estrela da vida. Uma estrela adaptada para as crianças. Temos o desenho para as crianças pintarem, temos também algumas ambulâncias para cortar, colar e fazer, construir a própria ambulância e é só (...)” E17.

Para além destas estratégias, os profissionais também utilizam algumas outras mais direcionadas para facilitar a intervenção como deixar a *criança experimentar as ações após os profissionais as terem aplicado neles próprios e colocar algumas questões para a criança decidir:*

“(...) O permitir-lhe até pôr algumas decisões na mão dela: “onde é que tu queres que te pique o dedinho?”, “Queres neste ou queres neste?”. Precisamos de medir a tensão, então “queres neste braço ou queres neste? Queres experimentar? Vou primeiro fazer em mim e depois faço em ti!” E este tipo de estratégias no fundo permitem-nos não só criar esta aproximação à criança, permitem-nos que ela confie de alguma forma em nós e permitem-nos de alguma forma fazer depois o nosso trabalho com maior tranquilidade” E19.

A estratégia de *conversar* também é usada para facilitar a intervenção dos profissionais, pois enquanto conversam com a criança, ela distrai-se e os profissionais conseguem atuar:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“(...) Falo sobre muita coisa, pergunto muita coisa...sobre a escola, se gostam disto e daquilo e enquanto estou a perguntar já eu estou a fazer as coisas e as crianças não se apercebem. Estamos a conversar sobre outras coisas!” E2.

Manter a criança, sempre que possível, *na sua zona de conforto* quer para facilitar a interação, mas essencialmente para facilitar a avaliação:

“(...) Tentamos sempre avaliar no local de conforto dela. E (...) nunca dentro da ambulância (...)” E10.

Imaginando que *a criança se encontra sozinha* (casos excepcionais), a abordagem é efetuada da mesma forma, no entanto, os profissionais devem transmitir maior tranquilidade e a aproximação à criança deve ser realizada de forma mais lenta:

“(...) é uma abordagem mais devagar, é tentar perceber...perguntar o nome, apresentar-me, dizer que estamos para ajudar (...)” E10.

Ainda durante a avaliação é importante que os profissionais continuem a explicar todos os passos que vão efetuar - *continuar a explicar os procedimentos*, de forma a antecipar as situações (diminuindo a ansiedade e o fator surpresa na criança):

“(...) a forma como conseguimos explicar o que vamos fazer, de uma forma, muito simples, muito objetiva, e muito adequada à idade de cada um é o segredo para conseguirmos chegar às crianças” E19.

É de salientar que, muitas vezes, para que os profissionais consigam efetuar a sua avaliação, têm que *improvisar* para recolher a informação pretendida, como por exemplo:

“(...) Muitas vezes as estratégias que eu tenho é pegar num objeto que ele tenha e goste, então se queres vai buscá-lo. Que é a forma de observar e ver como é que ele faz” E15.

Em relação ao segundo grupo apresentado, com o qual os profissionais demonstram maiores dificuldades (crianças com patologia prévia à ocorrência), para além da utilização de todas as estratégias até então mencionadas, nesta população os profissionais dão ainda mais importância à comunicação não-verbal (como em crianças mais novas que ainda não desenvolveram a expressão verbal oral):

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“(...) temos sempre vias alternativas à comunicação, nem que seja o desenho, nem que seja via mímica, acho que podemos sempre tentar encontrar alternativas para chegar ao outro (...) ou há o toque, ou há o uso da parte lúdica porque a comunicação como já disse não é só a linguagem verbal, também temos a comunicação não-verbal e eu acho que é tentar encontrar, perceber qual é a limitação da criança e perceber a limitação, adequar, procurar alternativas para conseguir lá chegar!” E18.

Outro aspeto importante nestas crianças é *não infantilizar* a comunicação, como mencionado na seguinte análise construtiva:

“(...) o discurso não pode ser infantilizado (...)” E18.

Assim como a *aproximação deve ser ainda mais cuidada*:

“(...) a aproximação terá que ser sempre uma aproximação lenta, progressiva e com estratégias que ela permita essa aproximação (...)” E12.

Mesmo assim, a interação nem sempre é fácil e, muitas vezes, os profissionais acabam por ter que *pedir ajuda* para além daquela que é fornecida pelos elementos de referência da criança:

“Se eu não consigo peço ajuda! Não consigo estabelecer comunicação com a criança, não consigo fazer o meu trabalho, peço ajuda! Se mesmo assim não conseguir peço ajuda ao CODU!” E3.

Durante a interação, os profissionais podem *usar a internet* para efetuar uma pesquisa rápida sobre qual a melhor postura a adotar perante aquele diagnóstico clínico, como referido seguidamente:

“(...) tento ver numa busca rápida o que é que lhe posso fazer!” E3.

Outro fator importante, é o profissional confirmar se a criança está a acompanhar as informações que lhe são transmitidas (*clarificar a compreensão da criança*):

“(...) perceber se elas estão a perceber ou não e ir clarificando, tentando repetir, tentar perceber se ela percebeu efetivamente aquilo que nós estamos a dizer (...)” E18.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Ter *experiência* com crianças acaba por ser facilitador para o profissional:

“(...) também tenho alguma experiência como pai, conseguindo passar alguns processos depois para a prática (...) em termos de segurar um bebé...pode haver alguma dificuldade, mas como já passei por isso acabo por ter essa associação (...) o limpar com soro, fazer a aspiração das mucosas ou de alguma coisa assim, já tenho prática acaba por ser mais fácil para mim. Se calhar quem nunca teve a experiência...” E10.

Por último, no que se refere às estratégias aplicadas a crianças estrangeiras, os profissionais usam as mesmas, mas utilizam o *elemento de referência* da criança mais como *tradutor* e *exploraram a comunicação não-verbal* (como por exemplo o desenho, os gestos, o apontar) caso a pessoa de referência da criança não consiga traduzir ou não esteja presente:

“(...) é muito importante, tentarmos perceber se há um elemento mais próximo, um familiar que nos possa ajudar (...) encontrar aqui um tradutor para nos ajudar” E18.

Em certas situações o *Google Tradutor* acaba por ser uma ferramenta muito utilizada, pois é mais funcional do que o *Manual Multilingue do INEM*:

“(...) Hoje em dia temos uma ferramenta de trabalho muito boa que é o Google Tradutor!” E8.

iv. Formação interna no INEM

A formação dada aos profissionais (Anexo M), relativamente à área da comunicação é fornecida pelos psicólogos sendo equivalente para qualquer profissional, embora a carga horária dos técnicos seja superior à dos enfermeiros e médicos. Salienta-se o facto destes já terem formação na área da saúde e os técnicos não têm obrigatoriamente que a ter. A área da comunicação é abordada de uma forma mais generalista, focando-se essencialmente nas estratégias descritas na categoria transata, como é possível analisar nas análises construtivas referidas seguidamente:

“(...) no meu caso fomos nós que criamos o CAPIC, portanto quando chegamos não tínhamos cá ninguém para nos dar formação. Aprendemos, criamos nós os produtos pedagógicos que agora passamos a quem chega. Quem chega já tem formação nesta área e na formação que está protocolada já tem módulos específicos para intervenção com crianças nesta área de intervenção em crise, tal como acontece com os tripulantes, como com os enfermeiros e os médicos da VMER que têm a sua formação aqui. Os médicos e enfermeiros têm um módulozinho pequenino sobre as especificidades das intervenções com crianças. E é neste módulo que nos falamos destas

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

especificidades...desta necessidade de criar...a criação deste tipo de relação diferente, destas estratégias diferentes para dar resposta a estas limitações e dificuldades desta população em concreto. Nos tripulantes de ambulância de emergência e no CODU também faz parte da sua formação base e das certificações, porque têm certificações a abordar esta problemática” E19. A formação prestada é muito generalista e de curta duração “(...) será uma palestra para aí de 1 hora ou assim (...)” E14.

Obviamente que quando se fala em formação relativamente a crianças com dificuldades comunicativas associadas a uma patologia prévia à situação de emergência, existe uma lacuna ainda maior:

“(...) porque nós temos formação geral, depois formação específica para tratar crianças que não falam não temos esse tipo de formação (...)” E4; “Não...zero, acho que nesse aspeto se não é zero é muito perto do zero!” E5.

A formação dos técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH) passa mais pela aprendizagem do que fazer consoante as situações encontradas, não tanto na interação com as crianças:

“(...) A formação base que nós temos aqui é mais ligada a nós aprendermos o que é que temos que fazer em cada uma das situações. Mesmo a parte da interação com outras pessoas acaba por ser um número de horas reduzido” E7.

Já os enfermeiros, na sua formação abordam as *doses da preparação terapêutica* (medicação) correspondente à idade pediátrica:

“(...) nós na formação, nomeadamente em pediatria dá-se muito ênfase à preparação terapêutica, isto em termos técnicos para não haver nenhum engano (...) Isso foi preparado, essa estratégia de pensamento aqui na formação e é dada aos profissionais” E11.

Para além desta questão os enfermeiros também desenvolvem exercícios de *prática dissimulada* na sua formação:

“Nós em termos de formação (...) Aqui o que nós fazemos é prática dissimulada. Ou seja, na formação por vezes fingimos além dos manequins, por vezes somos nós que fingimos ser as vítimas. E simulamos que somos pais que estão irrequietos, pais agressivos, pais que tentam omitir a informação. Também simulamos situações de crianças que por exemplo, que se lhe tentarem fazer alguma coisa sem explicar, como uma simples avaliação de glicemia que força a uma picada no dedo, por exemplo se alguém for fazer isso sem falar com a criança, quem está a fingir que é a criança começar a fugir, situações desse género” E11.

Assim como a *partilha de experiências vividas*:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“(...) e depois também a partilha de experiências, os formadores tendo experiência e alguns anos já de prática, também é importante a partilha de experiências vividas” E11.

Também nesta profissão a formação é mais dirigida aos conhecimentos do motivo da emergência e não tanto à parte comunicativa (como nos casos dos técnicos):

“Temos pediatria, mas é mais técnico, conhecimentos da doença e como lidar com a doença. Não é tanto de estar, comunicar, lidar (...)” E13.

O grupo de profissionais que dão maior ênfase à comunicação na formação (embora de um modo geral) são os psicólogos, como também abordam temas como as agressões e os abusos sexuais:

“(...)depois disso temos formações específicas já mais com a parte da psicologia aqui. De como estar com a criança...de situações mais específicas como as violações e inserido nessas partes vamos vendo e percebendo como interagir e estar com a criança nas mais diversas dificuldades (...)” E13.

Quando os enfermeiros entram para o INEM são sujeitos a um processo formativo direcionado para os meios de emergência médica onde podem prestar serviço:

“(...) Portanto, aquilo que temos é a licenciatura. De modo geral, e por consequência dos próprios critérios de admissão, iram se tentar recrutar os elementos que têm formação mais direcionada para esta área do doente crítico, seja a nível pediátrico ou de adulto. Cuidados intensivos, salas de emergência, ou pouco nesta área do doente crítico. Aqui somos submetidos a um processo formativo direcionado para a aquisição de competências para cada um destes meios. Ou para a parte das ambulâncias de suporte imediato de vida, ou eventualmente um nível mais avançado para o suporte avançado de vida nomeadamente para helicóptero, viaturas médicas de reanimação, portanto as VMER'S. Portanto, neste momento nós recebemos formação a esse nível. A nível das SIV'S é muito direcionada por aquele balizamento dos protocolos e muito direcionada para a parte clínica, mas para a parte de administração de fármacos” E14.

Relativamente à licenciatura estes profissionais possuem muitos conteúdos práticos e abordam a idade pediátrica, embora careça de frequente treino e atualização:

“(...) Para ser sincero na formação base já lá vão tantos anos que eu não me recordo. Existe algo que eu penso que é positivo. O curso de enfermagem tem muita prática, muito estágio. E temos vários estágios em serviços de pediatria, quer em internamento quer em urgência. O facto de termos estágios nesses serviços e trabalharmos com pessoas que se calhar trabalharam toda a vida com crianças é uma mais valia. Agora, sinceramente em termos de conteúdos teóricos no curso de formação base, não me recordo...” E11; “(...) Eu penso que ajuda! Nós temos algumas cadeiras, nomeadamente pediatria, neonatologia, temos algumas cadeiras nesse sentido. São é insuficientes, ou seja, tudo isto carece de um processo contínuo de atualização, de treino (...)”

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

mesmo nós na formação fazemos formação específica nesta área de emergência pré-hospitalar. (...)” E14.

Os psicólogos referem não abordar na sua formação de base a emergência em crise, tendo apenas formação no próprio INEM ou recorrendo a formações privadas:

“(...) toda a formação posterior de intervenção em crise ajudou a compreender melhor as técnicas que podem ser usadas e as vias de comunicação que temos para comunicar” E17 [referindo-se às estratégias que utilizam mencionadas na categoria anterior], “(...) e também com a própria aprendizagem e com outras formações nós vamos aprendendo e vamos ajustando (...)” E18.

Esta questão acaba por ser uma falha para estes profissionais, como pode ser analisado seguidamente:

“(...)Nós na nossa licenciatura, na altura eram 5 anos, recordo-me de termos algumas cadeiras. Agora, naturalmente que há sempre aquelas limitações de não se explorar algumas coisas (...)” E18.

No entanto, salientam que focam outras questões importantes para a sua prática na emergência, como o estabelecimento da relação com a criança e o conhecimento dos estádios de desenvolvimento da mesma:

“(...) enquanto psicóloga, uma das vertentes da formação de base diz respeito exatamente ao estabelecimento da relação de proximidade e à capacidade de estabelecermos relação com a pessoa com quem estamos a intervir. E, portanto, nesse aspeto, na fenomenologia e no estabelecimento da relação é facilitador! Será a grande vantagem, julgo eu, enquanto psicóloga...a interação com as crianças. Depois, por outro lado, o conhecimento do desenvolvimento, não é? De percebermos o funcionamento de acordo com a faixa etária, quais são as características da pessoa daquela idade, daquele estádio de desenvolvimento. Esse conhecimento é facilitador sim. Mas como dizia há pouco, temos que ter em atenção as outras questões idiossincráticas que não conseguimos preparar (...) mas sem dúvida que o estabelecermos características gerais, normais gerais de funcionamento de acordo com a idade é facilitador.” E20.

v. Desafios associados ao atendimento de emergência pediátrica

De acordo, com as dificuldades referidas anteriormente pelos profissionais, surgiram diversos **desafios** associados ao atendimento de emergência pediátrica (Anexo N).

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Um dos desafios mencionados será a possibilidade de vir a ter *formação específica na área da comunicação na criança e as suas especificidades*, tendo sido o fator mais evidenciado pelos entrevistados, como se pode verificar a seguir:

“Eu acho que tudo aquilo que nos possa ajudar, estamos sempre em aprendizagem e é sempre uma mais valia! Portanto, tudo aquilo que nos possa a vir dotar de mais ferramentas é sempre bem-vindo! Estaria completamente recetiva a novas estratégias, a novas formas de trabalho, sem dúvida! (...) eu acho que formação é sempre pertinente e uma mais valia! Acho que nós nos irmos atualizando, até com novas estratégias, novas metodologias, é sempre uma mais valia! Se outra área funcional nos poder ajudar, ótimo, perfeito! Da mesma forma, como nós também nos ajudamos e vamo-nos enriquecendo uns aos outros (...)” E18.

Referiram ainda que seria importante que esta formação fosse *inserida na formação contínua* dos profissionais, de forma a não ser descurada e até para garantir a presença de todos:

“(...) acho que seria importante haver algo programado até em termos de formação contínua para nos ir atualizando. Quer relativamente ao conhecimento que já existe neste momento, quer eventualmente em termos de atualização de novo conhecimento que se vá produzindo (...) enquadrado na nossa formação contínua. De atualização ou de refrescar algo ao longo do tempo (...) da formação contínua acho que é relevante, irmos com alguma frequência, fazermos atualizações quer para enfermeiros quer para os técnicos que tenham contacto com as crianças. Eu considero que isso é uma base de trabalho para todo o resto, tal e qual como já referi para a prestação. Se não conseguirmos conquistar a criança muito dificilmente conseguimos inculir as nossas técnicas e levá-las a bom porto.” E14.

Por outro lado, esta área de formação seria uma forma de *motivar os profissionais* a participarem numa área diferente do habitual, embora sejam casos em que a casuística é menor são aquelas situações em que demonstram maior dificuldade:

“(...) Nós chegamos a um patamar que as pessoas destas casa têm que pensar! É massacrante e é desmotivante termos todos os anos as mesmas formações sobre as mesmas coisas que são exatamente aquilo que nós apanhamos todos os dias na rua! De um certo modo começa a ser mesmo enervante até! E tudo o que é este tipo de situações acho que vão ser muito bem-vindas, acho que até nos dão outra motivação! [Portanto a formação seria muito importante pois, por vezes, os profissionais podem desvalorizar alguma aspeto importante por não terem conhecimento] Sim claro, porque não sabemos! Sim sem dúvida que seriam aspetos a melhorar! (...) temos que começar por algum lado e acho que sim, que iria ser muito útil!” E2.

A própria discussão de casos entre os colegas, a *partilha de experiências* seria uma forma simples de auxiliar e melhorar os profissionais em futuras ocorrências:

“(...) Depois o que nos falta e isso é que era fundamental existir, era tipo workshops ou mais comunicações entre pares em que pudesse existir uma partilha de experiências vivenciadas e de

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

que forma foram ultrapassadas. Para que quando nós estivéssemos uma situação parecida saber, “o meu colega fez assim o outro de outra forma...” e tentar cruzar. Era fazer tipo cada situação que surgisse servisse de aperfeiçoamento e crescimento grupal. Isso eu noto que há necessidade de haver isso!” E15.

Outra necessidade de formação abordada foi a formação *em Língua Gestual Portuguesa* que, segundo os psicólogos, já estão a laborar para esse acontecimento. A existência de algum *material* nesta área também foi referida como algo que pudesse ser facilitador no dia-a-dia dos profissionais do INEM:

“Se calhar a formação de língua gestual em emergência (...) Se tivéssemos algum tipo de glossário, algum tipo de ferramenta, algumas frases pré-definidas com os gestos...não sei se será assim tão fácil ou não...não sei...se calhar podia-se passar por aí em questões específicas...das dores, se dói no peito se não dói. Passar por aí. Um género de umas folhas que tivesse depois a associação ao gesto...” E10.

Foi também referida a pertinência da *criação de alguma ferramenta* que fosse facilitadora em termos de comunicação:

“(...) eu próprio sinto alguma dificuldade em comunicar nessas situações. E sinto, embora não esteja a ver o quê, mas sinto que gostava de ter mais algum meio mais (...)” E6. Este material teria que ser algo simples e objetivo, como por exemplo, através de imagens para que a criança apontasse, assim como seria igualmente necessária formação para a sua correta utilização *“(...) Se perguntarmos onde dói eles apontam no corpo...mas os miúdos gostam sempre de imagens, de bonequitos...se calhar isso é outra forma de lhes mostrar que os bonequitos também têm dói dói, talvez fosse engraçado!” E4,* [Algo simples e objetivo] *“Exatamente, através de imagens que a criança pudesse ter uma interpretação mais objetiva” E8,* [A criação de material físico facilitador é uma mais valia] *“Sem dúvida, e faz todo o sentido (...) Aqui e em tempos nos pensamos em fazer uma espécie de um book pequenino para ter nas ambulâncias. Não avançamos com esta ideia, mas foi uma coisa que já esteve em cima da mesa e que está na gaveta. Onde essencialmente tivesse, para substituição da régua, pictogramas que expressassem emoções e depois um outro que tivesse o corpo humano onde eles pudessem eventualmente apontar onde dói (...) Depende do que estamos a tentar perguntar-lhes, se é a dor...eventualmente poder-se criar um pictograma para a dor...que represente a intensidade da dor e a localização da dor. Isto poderia fazer sentido. Mais do que isto, faz sentido se calhar em contexto consultório...aqui em contexto de rua tem que ser uma coisa mais objetiva... é uma mais valia para perceber em termos emocionais como é que a pessoa está. Há pictogramas e nos temos aí, com várias faces para as várias emoções. E por outro lado, é a dor. Onde e quanto” E19.*

Outra ideia para facilitar a interação com a população infantil seria implementar alguma *aplicação ou um programa no tablet* (um dos recursos que todos os profissionais têm disponível):

“(...) Nós temos uma ferramenta, temos um tablet, eventualmente poderá haver um ou outro programa que se for uma aplicação aplicada no tablet pode ajudar!” E11.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Os profissionais mencionaram ainda que o facto de não terem nenhum *material apelativo* para interagir com a criança *na ambulância*, por vezes fazia falta, pelo que seria pertinente a sua existência. Algo de fácil esterilização, ou até descartável:

“(...) algumas ferramentas na ambulância, como há pouco falei nos peluches, outro tipo de ferramentas físicas que nos possam ajudar, mas que ao mesmo tempo sejam mais fáceis em termos de limpeza e que não sejam potenciadores de focos de infeção. Alguma coisa descartável... não sei... os balões...” E10.

Outro fator importante para os profissionais, para além da formação, seria, a oportunidade de experienciarem de alguma forma o *contacto com crianças e principalmente com crianças com patologia associada*:

“Eu acho que basicamente isto é a experiência, é assim tudo o que é formação é ótimo, mas a formação se for acompanhada de experiência, ou seja, se tivermos oportunidade de conviver mais de perto com crianças e então com crianças com patologia mais facilmente vamos conhecer...” E6.

Associado a estes aspetos foi também referida a necessidade da existência de um *guia orientador*, para que os profissionais, no decorrer da sua intervenção, pudessem seguir estratégias e questões a ter em atenção na interação com a criança:

“Para nós facilitaria (...) seria importante algo, alguns instrumentos que fossem tipo pictogramas ou alguns documentos resumo onde tivéssemos esta informação devidamente estandardizada para nos servir de guia orientador. Não quer dizer que fosse organizado ao nível de protocolo, mas que pelo menos tivéssemos algumas orientações, de fácil acesso, eu penso que isso nos ajudaria bastante! (...) acho que é um aspeto extremamente relevante, o facto de existir um guia orientador de fácil consulta, tipo esquemático, nem que fosse só para nos dar algumas ideias no momento da emergência podendo nos socorrer ali de algumas estratégias! (...) portanto, se houvesse um guião simples, tipo um pictograma ou algo desse género, um fluxo, poderia facilitar!” E14.

Nem sempre que os profissionais necessitam de *apoio suplementar* o mesmo é fornecido, uma vez que, os psicólogos nem sempre efetuam a sua prestação no terreno. Essa ajuda via telefone, acaba por muitas vezes não ser suficiente. Portanto no sentido, de se ultrapassar essa lacuna, seria importante a implementação destas questões já mencionadas:

“(...) nem apoio! Se eu ligar para aqui a pedir um psicólogo para o local, o mais certo é não ir! (...) O que acontece é isso! Muitas vezes, o que acontece é que nos põem em contacto com o psicólogo que esteja de serviço ao telefone o que para mim não adianta! Porque o psicólogo também não está a ver a criança, por isso é difícil dizer faz isto ou aquilo! [não facilitando praticamente a prestação do profissional] Com certeza!” E2.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Outra situação já várias vezes abordada, é a questão das *falsas chamadas para o CODU*. Esta é sem dúvida um dos grandes desafios que o INEM tem para ultrapassar. As falsas chamadas (situações que não são consideradas emergências), continuam a suceder não tendo os profissionais como contornar esta situação:

“(...) cada vez assistimos mais a isso. As pessoas enganam muito o CODU, muito mesmo! Aqui na cidade acontece porque as pessoas já sabem que se disserem que têm dispneia ou assim que têm uma ambulância à porta. As outras ambulâncias são pagas e esta não! E depois fica a chamada gravada e o colega que a atende não pode dizer que não tem nada!” E4.

Outro desafio referido é a *falta de atualização da formação* já existente. As formações realizadas são normalmente idênticas e não estão direcionadas para a componente da comunicação:

“(...) e depois em termos de atualização...também não é feita...que me recorde a este nível terá sido feito no ano passado mas mais direcionado para o abuso sexual (...) a todos os enfermeiros no final do ano, mas foge um bocado (...)” E14.

Diferente recurso a que os profissionais têm acesso é o Manual Multilingue. No entanto, como já referido o mesmo foi desenhado para a população adulta. Outro desafio seria a *adaptação deste material para a idade pediátrica*:

“(...) era fundamental, da mesma forma que nós temos lá o manual multilingue, que dá para os adultos, se calhar era pertinente ter alguma coisa, tipo figuretas, desenhos. Mesmo que ele não soubesse ler podia identificar com desenhos, para poder apontar (“olha é aqui que dói”). Acho que isso era uma coisa que era fundamental, nomeadamente e que está na área (...) eu não sei como, isto é grosseiramente, mas acho que era uma coisa que poderia ser desenvolvida! (...) da mesma forma que criamos um material multilingue, também deveria ter para as crianças alguma coisa que fosse a esse encontro! Eu acho que era fundamental! Era um instrumento que fosse facilitador! Quando eu sentisse dificuldade, poder recorrer para minimizar!” E15.

A possibilidade de existir algum *material com as informações gerais* sobre a criança, como por exemplo: alergias, medicação que toma, meio preferencial de comunicação, (...), era importante para as situações em que eventualmente, por alguma razão, a criança estará sozinha, sem elementos de referência. Principalmente se se tratar de crianças com patologia prévia à ocorrência:

“Sim, seria uma ferramenta facilitadora! (...) julgo que tudo aquilo que possa tornar mais imediato o processo de interação poderá ser facilitador. Como dizia há pouco, esse material que já estaria na posse da criança, essa informação sobre o funcionamento dela, julgo que será facilitador sim” E20.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Outro grande desafio seria *implementar a área da comunicação na criança e as suas especificidades nas próprias licenciaturas* de base de alguns destes profissionais. Assim como, no caso dos psicólogos, a própria intervenção em crise que não é abordada:

“(...) no curso de psicologia independentemente da faculdade em que estejamos a falar, em termos de formação base não há até agora nada sobre intervenção em crise, portanto falamos muito e na minha formação base eu tive cadeira específicas na intervenção com crianças, mas era intervenção com crianças com patologia em contexto psicoterapêutico. Não nesta área. Que é uma área completamente diferente e se calhar faz sentido isto de ser trabalhado. Não só a intervenção em crise no todo, intervenção em crise com crianças e intervenção em crise com crianças com determinadas especificidades. Isto sim faz sentido ser trabalhado (...) o tentar fazer alguma pressão junto das faculdades, no sentido de puder a intervenção em crise ser contemplada até nas cadeiras que já existem, porque há cadeiras que são cadeiras específicas de crianças e crianças com dificuldades, não têm é esta vertente do abordar numa fase aguda! Isso poderia ser uma mais valia! (...) até porque por exemplo, o curso de enfermagem é um curso muito focado na relação com... Eles treinam muito isto, a relação, a comunicação isto é muito treinado. Se calhar não nesta população em concreto com esta especificidades. Por exemplo o curso de medicina é um curso onde isto mal é falado, portanto não existe isto, formação a este nível. Por isso, é uma área a explorar... Vinha com uma formação de base diferente e com um saber fazer diferente...”
E19.

vi. Motivos de (In)Satisfação profissional

Todos os fatores já referidos contribuem para o **grau de (In) Satisfação profissional** relativamente ao atendimento de emergência pediátrica, como se pode verificar no (Anexo O).

De uma forma geral, os profissionais encontram-se satisfeitos a muito satisfeitos relativamente ao processo de comunicação na criança, no geral. Sendo notório que aqueles que se sentem menos satisfeitos são os enfermeiros e os TEPH. Os profissionais atribuíram essa qualificação baseando-se na maior parte das ocorrências para os quais são acionados, ou seja, situações de crianças ditas “normais”. Mais uma vez, porque a casuística de crianças com dificuldades comunicativas prévias à situação de emergência e de crianças estrangeiras é menor:

“Vou dar o 4 por ser só apenas aquele nicho de situações que até são menos comuns. Pelo menos das que eu tenho apanhado. Não posso dizer 5 porque temos sempre esse nicho e temos que contar em qualquer altura apanhar uma situação dessas. Porque de resto não tenho assim grandes dificuldades!” E2.

Portanto, quando se reflete apenas para as situações de casuística menor, o grau de satisfação diminuí:

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

“Eu diria estou ali no pouco satisfeito a chegar ao satisfeito, mas se calhar fico pelo pouco satisfeito. Porque sinto que em determinadas circunstâncias há muito mais coisas que eu poderia obter se conseguisse uma comunicação mais eficaz e que posso não obter porque não a consegui obter (...)” E12.

No entanto, é também importante salientar que muitos dos profissionais responderam à questão, classificando a sua própria prestação como profissional e não pelo que a instituição fornece como ferramentas de trabalho, uma vez que, quando é refletido sobre a preparação que têm e o material disponível o grau de satisfação também diminui:

“Pela minha experiência, mesmo fora daqui eu tive dificuldade no início e a partir daí adorei lidar com estas crianças. Mesmo algumas que não falavam, nós aprendemos a comunicar com elas. Por isso, considero-me satisfeita. Mas lá está, mais uma vez, por conhecimentos que adquiri sem ser aqui. E isso acho que era uma mais valia na instituição (...) [De acordo com os conhecimentos adquiridos na instituição a profissional diminui o seu grau de satisfação relativamente aos casos de menor casuística para] “(...) pouco satisfeita (...) Porque falta informação específica” E7; “(...) Não posso estar muito satisfeito porque pouca coisa tenho. Ou ia dizer pouco satisfeito ou satisfeito sendo que satisfeito seria pelo meu conhecimento e não pelas ferramentas que tenho. Pois se for por aí é pouco satisfeito (...)” E13.

Portanto, são os psicólogos que regra geral apresentaram um grau de satisfação mais elevado, no entanto, têm consciência que essa satisfação não é transversal a todos os profissionais:

“(...) acho que de alguma forma, tendo em conta a formação permiti-me ter alguma capacidade, algumas aptidões para interagir com as crianças. Embora e também tenho consciência que não é transversal a todos os profissionais do INEM e acho que ainda assim poderia ser melhorado (...)” E20.

vii. Recursos associados ao atendimento de emergência pediátrica

De acordo, com os desafios mencionados, os **recursos** (Anexo P), disponibilizados aos profissionais, no sentido de facilitar a sua intervenção com a criança, são importantes. No entanto, para além do material disponível nos meios para a prestação de cuidados médicos, os profissionais *não possuem nenhum material* que seja facilitador na interação com a população pediátrica, como também não possuem nenhum material que facilite a avaliação da criança:

“(...) Não temos nada. Temos material pediátrico para avaliar tensões...mas para ajudar na interação não temos nada! Nem lúdico!” E1;[Antigamente existiam brinquedos nas ambulâncias, no entanto, como teriam que ser esterilizados sempre que eram utilizados, o INEM optou por retirar

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

este material das ambulâncias]“(…) Não porque dentro da ambulância, ou mesmo para este género de crianças, peluches ou bonecos...há muito micróbio e não há esterilização. Existiam antigamente, mas não é saudável! E mais com os bebés que não têm a vacinação toda!” E3.

Obviamente que quando se fala de populações específicas, como as crianças portadoras de deficiência ou as crianças estrangeiras, também não há recursos para esta população:

“Específico, específico acho que não temos!” E13.

Apenas existe o já mencionado *Manual Multilingue* que foi construído para a população adulta, no entanto, alguns profissionais referem que é possível adaptá-lo para algumas situações pediátricas, como por exemplo se se tratar de crianças mais crescidas que já sejam capazes de ler. Mesmo assim, regra geral, os profissionais não utilizam muito esta ferramenta e quando o fazem têm que adaptar algumas questões que não estão adaptadas a esta faixa etária:

“Nós temos os manuais bilingues nas ambulâncias em que temos as perguntas já pré-feitas. Temos a pergunta em português e temos na língua que pretendemos e conseguimos através desse manual no adulto. Para a criança não temos nada, ou seja, isto vai ter que ser utilizado no adulto (...) [no entanto em casos em que as crianças já leem pode ser utilizado] as crianças que já leem dá perfeitamente! Se tiver que ser também usamos. Só queria era referir é que as perguntas não estão adaptadas a situações de pediatria. Cabe a nós adaptar alguma pergunta que seja completamente desajustada (...)Eu pessoalmente ainda não usei!” E6.

Também existe a *escala de dor* (escala das faces), que é mais usada nos adultos, no entanto, em algumas situações pode ser utilizada com as crianças mais velhas:

“Temos uma escala de dor também que é utilizada para as crianças, que tem SMILES, e que as crianças para conseguirem identificar o grau de dor que sentem apontam uma carinha (...) desde que seja funcional! É uma escala de 0 a 10, é mais fácil de identificar, pois muitas vezes, lá está, a criança tem dificuldade em quantificar coisas, em dizer que está muito triste ou pouco triste. E sendo por pictogramas como estava a dizer há bocadinho, facilita imenso pois eles conseguem identificar mais facilmente” E19.

Para além destes materiais têm ainda os *tablets e os computadores*, que apenas têm o objetivo de receber a informação da ocorrência, de efetuar registos e também para enviar dados ao CODU (onde se encontra o programa *Icare*):

“(…) Nós temos uma ferramenta, temos um tablet (...) para registos. É onde está o Icare e serve também quando queremos enviar dados para o CODU, nomeadamente eletrocardiogramas por

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

exemplo, colocamos numa porta USB e aquilo acaba por ser o monitor, acaba por se ligar à net pelo Tablet. Temos ligação à internet...” E11.

Por fim, apenas a UMIPE, é que usufrui de um conjunto de material lúdico (desde lápis de cor a desenhos para pintar e recortar), para facilitar a interação e a própria avaliação da criança, no entanto, pode também não ser funcional para todas as crianças:

“Nós na nossa mochila da UMIPE temos um material lúdico, temos desenhos para pintar com ambulância, carro médico, temos também para fazer montagem das viaturas, temos um carimbo que funciona como se fosse uma tatuagem, temos lápis de cor, também faz parte da mochila e nessas situações de conseguirmos interagir e também avaliar o estado emocional da criança. Portanto na nossa carga da UMIPE temos esse material” E20.

2. DISCUSSÃO

De seguida será apresentada a discussão dos resultados obtidos neste estudo, iniciando-se com algumas considerações relacionadas com os procedimentos associados ao atendimento pediátrico, às situações onde surgem dificuldades de comunicação e, por fim, ao funcionamento da comunicação entre os profissionais e as crianças com dificuldades comunicativas. Posteriormente é então apresentada uma exploração reflexiva dos resultados, de acordo com as questões de investigação formuladas, que funcionaram como orientação para a condução da discussão.

Assim, pretende-se uma interpretação e reflexão dos dados qualitativos mais relevantes, de acordo com a revisão bibliográfica efetuada, assim como com resultados verificados em outros estudos científicos relacionados com a comunicação no contexto de prestação de cuidados de saúde.

O presente estudo foi iniciado com a intenção de clarificar como ocorre, de um modo geral, um atendimento de emergência pediátrica no INEM. Assim os resultados sugerem que os procedimentos pediátricos não são imóveis, uma vez que acarretam bastante imprevisibilidade e algumas fragilidades.

Esta imprevisibilidade pode ser sentida por diversas razões, como por exemplo quando a informação transmitida pelo CODU aos profissionais, relativamente à ocorrência não corresponde totalmente à realidade. Ou seja, muitas vezes a informação transmitida por quem efetua a chamada para o número europeu de emergência (112) não se ajusta totalmente à realidade da ocorrência, sendo por vezes uma situação mais ou menos gravosa do que aquela que foi transmitida. Portanto, é importante a clareza da informação cedida para que a conduta dos profissionais seja mais rápida e eficaz. Outra razão que leva a que o atendimento pediátrico seja imprevisível é o próprio motivo da ocorrência, ainda mais quando se trata de vítimas pediátricas, pelas fragilidades que esta população apresenta, como reforça Valente et al. (2012b).

Como este tipo de intervenção é um atendimento rápido, associado ao sofrimento e ao desconhecido, o depoimento dos profissionais do INEM realça ainda a importância da existência de uma boa articulação entre os profissionais, um bom *feedback*, uma boa clareza das funções, sem subjetividade para que a intervenção seja o mais clara e imediata possível, como referido por Valente et al. (2012b) e Blackstone e Kailes (2015).

Desta forma, relativamente aos procedimentos específicos do atendimento pediátrico, é importante a prestação que cada área profissional estabelece, no sentido de atribuir a resposta mais adequada às necessidades das crianças (intervindo de forma pluridisciplinar). É ainda importante, realçar o papel que os psicólogos têm na prestação, uma vez que, para além dos seus objetivos de intervenção, fornecem ainda apoio aos restantes profissionais, nomeadamente, no fornecimento de estratégias como as mencionadas por Valente et al. (2012b).

De seguida, entendeu-se importante perceber em que situações surgem dificuldades comunicativas num atendimento de emergência pediátrica. Assim, foi possível apreender, que a própria situação de crise cria, por si só, obstáculos à disponibilidade da criança para o desenvolvimento de uma relação empática com o profissional, ou seja, são atendimentos rápidos e dolorosos em que as crianças estão em contacto com pessoas que lhe são desconhecidas como também referido pelos autores Blackstone e Kailes (2015) e Diogo et al. (2015). O medo, a ansiedade, o desconhecido, a dor e o desconforto associado a este tipo de atendimentos foram também relatados pelos profissionais como influências

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

negativas que poderão condicionar a interação com os profissionais de saúde, pois mais uma vez a criança não se encontrará na sua zona de conforto, fator também realçado pelos autores Valente et al. (2012a) e Diogo et al. (2015).

Neste estudo ressaltou também que as dificuldades mais prevalentes acontecem quando as dificuldades de comunicação da criança derivam da própria situação de emergência em si, indo de encontro ao referido pelos autores Diogo et al. (2015). Os resultados evidenciaram que o atendimento pediátrico acaba por dificultar a conduta dos profissionais devido a vários fatores como o simples facto de se tratar de uma criança que, como se compreenderá, encara, regra geral, a situação de emergência de forma negativa, o que também é reforçado pelos autores Diogo et al. (2015), assim como as próprias diferenças anátomo-fisiológicas também dificultam a avaliação/intervenção dos profissionais. No sentido de minimizar tais dificuldades, os profissionais recorrem, de acordo com os resultados, ao uso de estratégias específicas para abordar a população pediátrica como as descritas por Valente et al. (2012b). Blackstone, (2015) reforça também, que as crianças são um dos grupos vulneráveis a apresentarem dificuldades comunicativas em contexto de emergência.

De acordo com as dificuldades de maior severidade os profissionais deste estudo, apontam para as crianças com patologia prévia à situação de emergência que afeta a comunicação, como menciona Blackstone (2015), e que por consequência influencia a qualidade do atendimento de emergência como reforçado por Bartlett et al. (2008). Os profissionais evidenciam ainda que a eficácia do atendimento nestas situações específicas é ainda mais dificultada, pois muitas das vezes a capacidade de expressão e de compreensão destas crianças está comprometida, acabando por criar uma barreira comunicativa com os profissionais como reforça Blackstone (2015). Assim, a conduta dos profissionais é também mais dificultada para chegar a um diagnóstico preciso, indo ao encontro dos autores U. S. Department of Justice, (2003) e Blackstone (2015), levando a que seja necessário despende mais tempo para a intervenção, como realçam também Yorkston et al. (2016), fator que contribui ainda mais para a difícil gestão da prestação dos profissionais, uma vez que, o atendimento de emergência, como já referido, tem que ser rápido e concreto também destacado por Valente et al. (2012a); Blackstone e Kailes

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

(2015). Desta forma, a intervenção tenderá a não ser tão eficaz, conduzindo a consequências negativas (Rao, 2011; Blackstone, 2016).

Outro dos obstáculos referidos pelos participantes foi a questão da língua estrangeira, pela barreira comunicativa que se cria quando as crianças não dominam a língua portuguesa falada e/ou escrita, assim como os profissionais a língua de origem da criança. As crianças estrangeiras foram também referidas por diversos autores, uma vez que, as dificuldades de compreensão e de expressão dificultam a interação e, por consequência, a qualidade do atendimento (Chandrika et al., 2007; Bartlett et al., 2008; Blackstone, 2015).

O facto dos profissionais não terem formação aprofundada na área da comunicação e suas especificidades, referido pelos participantes, foi também apontado pelos autores Blackstone et al. (2015), Burns et al. (2015) e Yorkston et al. (2016). Este fator também contribuí de forma negativa para a brevidade e qualidade da ocorrência, principalmente quando se trata de casos de crianças com patologia prévia à situação de emergência (pois são as situações de maior severidade para os profissionais). Os participantes referem ainda que, muitas vezes, não sabem qual a melhor postura a adotar perante determinadas situações e até se a prestação efetuada poderia ser diferente e/ou melhorada se tivessem um conhecimento mais aprofundado nas patologias que afetam a comunicação. Seria espectável que os profissionais estivessem mais recetivos a estas dificuldades de modo a diminuir e/ou atenuar a imprevisibilidade e incerteza do contexto de crise (Hemsley e Balandin, 2014).

Outra razão que contribuí para um contexto de difícil gestão é a ausência de recursos que facilitem a interação com as crianças (desde as sem patologia prévia à situação de emergência até às com diagnóstico prévio e às crianças estrangeiras). Os profissionais sentem falta de material que os auxilie nestas situações mais complexas, sendo material fundamental para melhorar a prestação dos profissionais, como reforçam Blackstone e Kailes (2015).

Em suma, os profissionais do INEM tentam prestar o melhor serviço possível dentro das condições que têm, contudo não é uma situação ideal, o que a torna ainda mais difícil, como mencionado pelos autores Diogo et al. (2015).

De seguida, foi intuito entender como funciona a comunicação entre os profissionais e as crianças com dificuldades comunicativas, ou seja, de que forma é que os profissionais ultrapassam as suas dificuldades.

Foi notório, de acordo com o depoimento dos profissionais, a implementação de estratégias para superarem as suas dificuldades, o que melhora significativamente a qualidade do seu atendimento, como realçam Rao (2011), Turner et al. (2016), Yuksel e Unver (2016). Alguns exemplos de estratégias utilizadas pelos profissionais são: integrar a criança no atendimento, tratar a criança pelo seu nome, colocar-se ao nível da criança, brincar com a criança e usar material apelativo. Este tipo de estratégias de acordo com os profissionais e o autor O'Gara e Fairhurst (2004), são importantes para envolver a criança e constituem-se como basilares para que seja possível a implementação dos procedimentos técnicos, nomeadamente a avaliação e intervenção, o que nem sempre é possível, principalmente se se tratar de crianças vulneráveis a apresentarem dificuldades comunicativas, como referido por Blackstone (2015).

Assim, uma das estratégias fundamentais de acordo com o discurso dos participantes no atendimento pediátrico, é recorrer ao elemento de referência da criança, no sentido de facilitar/suportar a interação, promovendo a criação de empatia como reforça Burns et al. (2015). Esta estratégia de acordo com os profissionais e os autores Diogo et al. (2015) é muitas vezes benéfica. No entanto, segundo os autores Burns et al. (2016) acaba por desprezar a opinião/sintomas experienciados pela própria criança vítima da ocorrência. Para além dessa questão, existem situações em que os elementos de referência não estão presentes, dificultando a intervenção dos profissionais. Nessas situações, de acordo com os profissionais, a existência de recursos para facilitar a comunicação seria fundamental, fator reforçado também por Blackstone e Kailes (2015).

IV. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”, eis o título de um trabalho que procurou, no geral, compreender de que forma é realizada a comunicação num atendimento de emergência pediátrica no INEM entre crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica.

Relembra-se, a partir daqui, o percurso investigativo efetuado, começando por evidenciar as linhas de pensamento teórico, epistemológico e metodológico orientadoras do estudo, articulando-as com os principais resultados obtidos. Procura-se, de seguida, salientar aquelas que poderão ser algumas das limitações do estudo e termina-se com a sugestão de pistas de investigação futura.

Começa-se por lembrar que no Capítulo I refletiu-se sobre a importância que a comunicação tem no dia a dia do ser humano, assim como o papel fundamental que tem na prestação de cuidados de saúde (Beukelman e Mirenda, 2013; Blackstone, 2015). Uma comunicação eficaz na prestação de cuidados de saúde acarreta aspetos positivos como a melhor adesão do paciente aos cuidados de saúde e, por consequência, uma maior satisfação do mesmo; contribui ainda para melhores resultados terapêuticos, assim como na obtenção mais facilitada de diagnóstico (Araújo et al., 2007; Beukelman e Mirenda, 2013; Blackstone, 2015; Blackstone et al., 2015). Para além destas questões, é cada vez dada maior importância à comunicação na prestação de cuidados de saúde devido à redução de custos que implica utilizar uma comunicação mais eficaz e centrada no paciente (Blackstone et al., 2011; Blackstone, 2015; Blackstone et al., 2015). Neste capítulo, foram abordadas o tipo de barreiras comunicativas que podem existir na prestação de cuidados de saúde e as consequências negativas que estas podem trazer a nível físico/psicológico do paciente (Rao, 2011; Blackstone, 2016).

Ainda na fase da leitura mais inicial realizada, foi focada a importância da utilização de facilitadores comunicativos na comunicação, como estratégias, protocolos e programas de comunicação existentes para facilitar a comunicação em meio hospitalar (Makoul, 2001; Elwyn et al., 2005; Blackstone, 2015; Yorkston et al., 2015b; Burns et al., 2016;

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Cruz e Riera, 2016). Nesta sequência, foi abordado o TF como o profissional com um papel crucial na implementação de uma comunicação eficaz nos cuidados de saúde, uma vez que está habilitado nesta área podendo tornar estas interações mais satisfatórias (Blackstone, 2011).

Por fim, foi destacada a existência de grupos vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas (Blackstone, 2015), como: pessoas com literacia limitada na saúde (Neilsen-Bohlman et al., 2004; Engelke, 2016), pessoas com barreiras linguísticas pelo não domínio do idioma falado e/ou escrito (Chandrika et al., 2007; Bartlett et al., 2008; Blackstone, 2015), pessoas com práticas religiosas diferentes da cultura dominante (Waters e Asbill, 2013; Blackstone, 2015), pessoas com dificuldades comunicativas derivadas do contexto e pessoas com patologia prévia que afeta a comunicação (Blackstone, 2015).

Face a este encadeamento, ainda no Capítulo I, lançou-se um olhar pelo conceito e funcionamento do INEM, dando visibilidade aos diversos meios de emergência para dar resposta a diferentes necessidades (INEM, 2013). De seguida foi realçado o funcionamento da emergência pediátrica, terminando-se com esclarecimento de como funciona o atendimento de emergência médica no caso de se tratar de crianças com dificuldades comunicativas.

Chegados ao subcapítulo seguinte, detalhou-se como ocorre a comunicação com crianças com dificuldades comunicativas no contexto da emergência médica, salientando-se um conjunto de materiais já existentes para facilitar a comunicação nestes contextos que recorrem ao auxílio da CAA (Blackstone e Kailes, 2015). Terminou-se fazendo referência a cinco grupos de crianças vulneráveis a evidenciarem dificuldades comunicativas em contexto hospitalar como as crianças com condições pré-existentes, crianças com língua/cultura diferente, crianças em risco de apresentarem dificuldades comunicativas temporárias, crianças com início agudo em dificuldades comunicativas e crianças a receberem cuidados paliativos e/ou cuidados de fim de vida (Costello et al., 2015).

Já no capítulo II, referente à metodologia, foram indicados os pressupostos orientadores da investigação e identificadas as opções metodológicas (pesquisa qualitativa com

recurso a entrevistas em profundidade, semi-estruturadas, aplicadas na forma semi-diretiva). Terminou-se este capítulo abordando diferentes questões associadas aos estudos interpretativos (rigor teórico, metodológico e interpretativo).

Assim, no capítulo III apresentaram-se os resultados obtidos nas entrevistas aos profissionais do INEM, ou seja, aos TEPH, enfermeiros e psicólogos de acordo com as diferentes categorias encontradas: procedimento geral e específico num atendimento de emergência pediátrica, dificuldades mais prevalentes e de maior severidade, estratégias de superação de dificuldades, formação interna do INEM, desafios, motivos de (in)satisfação profissional e recursos. Ainda neste capítulo, foram indicados e discutidos os resultados mais evidentes provenientes das entrevistas aos profissionais de emergência pré-hospitalar. Assim emergiram, de acordo com as questões de investigação, alguns resultados mais prevalentes, os quais de seguida se apresentam de modo sintetizado.

Os resultados proporcionaram o conhecimento aprofundado da complexidade da emergência pediátrica. Nomeadamente, compreender que um atendimento de emergência pediátrica apresenta várias fragilidades e imprevisibilidades, dependendo da realidade encontrada no terreno pelos profissionais. A forma como é transmitida a informação neste contexto (clara e sem subjetividade), é muito importante para que a intervenção seja o mais breve possível e de maior qualidade.

De seguida, pretendeu-se entender quais as principais dificuldades sentidas por estes profissionais. Assim, o próprio contexto, por si só, pode ser considerado um obstáculo/dificuldade para a interação comunicativa. Outra razão evidenciada são as próprias características da população pediátrica que também dificultam os profissionais na sua conduta como reforçado por Valente et al. (2012a), emergindo como dificuldades mais prevalentes. No entanto, as dificuldades mais severas depararam-se com as crianças com patologia associada e/ou crianças estrangeiras, facto que vai de encontro à bibliografia consultada (Blackstone, 2015). A não existência de recursos facilitadores para a interação com esta população e a falta de formação mais detalhada na área da comunicação foram outros fatores mencionados.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

De forma a minimizar estas dificuldades, os profissionais utilizam várias estratégias para facilitar a aproximação à criança e, por consequência, a sua intervenção, como por exemplo as estratégias da modificação do significado da dor, estratégias de distração e permitir que a criança tome algumas decisões durante a abordagem.

Sistematizados os pontos principais relacionados com o objeto de estudo desta investigação, assume-se os resultados obtidos como possíveis e não como verdades absolutamente rigorosas, neutras e imparciais. Acredita-se que as informações recolhidas através da leitura e interpretação dos discursos de quem partilhou as suas experiências profissionais, correspondem a pontos de vista inevitavelmente influenciados pelo próprio percurso académico, profissional e pessoal da investigadora.

Assim sendo é o momento de apresentar, aquelas que, poderão ser consideradas algumas limitações nesta investigação. Equaciona-se ainda, a partir das limitações, alguns desafios colocados durante a elaboração desta investigação (novas pistas de investigação futura).

Portanto, ao longo da condução deste trabalho surgiram alguns constrangimentos e limitações que condicionaram, de algum modo, o seu desenvolvimento e os seus resultados. Prenderam-se sobretudo com questões relacionadas com os participantes e o tempo disponibilizado para a realização da investigação.

Desde logo, considera-se importante referir o facto dos participantes neste estudo não contemplarem todos os profissionais que podem estar em contacto direto com as vítimas pediátricas no INEM. Ou seja, seria importante acrescentar o ponto de vista dos médicos relativamente a este tipo de atendimento.

Durante a realização deste estudo, várias situações suscitaram alguma reflexão sobre as práticas recomendadas, aquelas que são realmente implementadas e a vontade de melhorar este desfasamento, quer por parte dos profissionais, quer por parte dos serviços.

Deste modo, consideramos que os dados obtidos nesta investigação, poderão constituir-se como uma importante ajuda, no sentido em que proporcionam informação detalhada sobre o atendimento pediátrico e as suas fragilidades/limitações. Acredita-se que essa

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

informação poderá criar mudanças com vista a melhorar este tipo de atendimento pré-hospitalar. Assim, passa-se a expor alguns aspetos que emergiram dos resultados e que se considera que constituem indicadores que poderão orientar eventuais mudanças na instituição que integrou este estudo:

- A possibilidade de criar uma ferramenta de trabalho, no sentido de facilitar as trocas comunicativas entre estes profissionais e a população infantil (especialmente com crianças com dificuldades comunicativas associadas a um diagnóstico prévio à situação de emergência) seria uma forte possibilidade. Assim como adaptar material já existente para a população pediátrica, como por exemplo o Manual Multilingue do INEM e ter material apelativo para interagir com as crianças no geral;

- De forma a reforçar a melhoria da qualidade do atendimento de emergência pediátrica seria de igual modo importante, formação na área da comunicação e suas especificidades, criando uma maior sensibilização para a temática da comunicação também nestes contextos.

Em termos de investigação futura sugerimos reforçar o estudo a nível nacional e alargar o mesmo à especialidade médica. Outra sugestão seria explorar o contributo do TF como elemento colaborador/consultor no INEM. Tal poderia ocorrer através da implementação de um projeto piloto, integrando diversas ações relacionadas com os aspetos anteriormente referidos.

Finalizamos com o intuito de ter contribuído, através das conclusões obtidas, para a melhoria da prática clínica destes profissionais!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, P. L. *et alli*. (2016). Efeito da interação com palhaços nos sinais vitais e na comunicação não verbal de crianças hospitalizadas. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(4), pp. 432-438.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of communication disorders and variations [Em linha]. Disponível em www.asha.org/policy [Consultado em 06/11/2017].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2007). Childhood apraxia of speech. [Em linha]. Disponível em www.asha.org/policy [Consultado em 06/11/2017].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2017a). Speech Sound Disorders – Articulation and Phonology. [Em linha]. Disponível em <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935321§ion=Overview> [Consultado em 06/11/2017].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2017b). Social Communication Disorders in School-Age Children. [Em linha]. Disponível em [http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934980§ion=Signs and Symptoms](http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934980§ion=Signs_and_Symptoms) [Consultado em 06/11/2017].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2017c). Late Language Emergence. [Em linha]. Disponível em <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935380§ion=Overview> [Consultado em 06/11/2017].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2017d). Childhood Fluency Disorders. [Em linha]. Disponível em <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Childhood-Fluency-Disorders/> [Consultado em 06/11/2017].

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

American Speech-Language-Hearing Association. (2017e). Spoken Language Disorders. [Em linha]. Disponível em <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Spoken-Language-Disorders/> [Consultado em 06/11/2017].

American Speech-Language-Hearing Association. (2017f). Voice Disorders. [Em linha]. Disponível em http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942600§ion=Signs_and_Symptoms > Consultado em 06/12/2017].

Amorim, R. (2011). Avaliação da criança com alteração da linguagem, *Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(3) , pp. 174-176.

Araújo, M. M. T.; Silva, M. J. P.; Puggina, A. C. G. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico, *Revista da Escola de Enfermagem da USP Universidade de São Paulo*, 41, pp. 419-425.

Bartlett, G. *et alli*. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings, *Canadian Medical Association Journal*, 178(12), pp. 1555-1562.

Benson, B. J. (2014). Domain of Competence: Interpersonal and Communication Skills, *Academic Pediatrics*, 14, pp. 55-65.

Beukelman, D. R. e Mirenda, P. (2013). *Augmentative & Alternative Communication - Supporting Children & Adults with Complex Communication Needs*. Baltimore, Maryland, Paul H Brookes.

Blackstone , S. W.; Kailes, J. I. (2015). Integrating Emergency and Disaster Resilience Into Your Everyday Practice. *In: Blackstone, S.W.; Beukelman, D.R. e Yorkston, K.M. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp.103-138.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Blackstone, S. W. (2015). Issues and Challenges in Advancing Effective Patient-Provider Communication. *In: Blackstone, S.W.; Beukelman, D.R. e Yorkston, K.M. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp. 9-35.

Blackstone, S. W. (2008). Communication access for people who rely on AAC, *Augmentative Communications News*, 20(3), pp. 1-16.

Blackstone, S. W. (2016). What does the patient want?, *The ASHA Leader*, 21, pp. 38-44.

Blackstone, S. W. *et alli.* (2011). Converging Communication Vulnerabilities in Health Care: An Emerging Role for Speech-Language Pathologists and Audiologists, *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations*, 18(1), pp. 3-11.

Blackstone, S. W.; Beukelman, D. R.; Yorkston, K. M. (2015). Making it happen: moving toward full implementation. *In: Blackstone, S.W.; Beukelman, D.R. e Yorkston, K.M. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp. 303-320.

Boone, D. R. *et alli.* (2010). *The Voice and voice therapy*. Boston, Allyn & Bacon.

Burns, M. *et alli.* (2015). Asking the stakeholders: perspectives of individuals with aphasia, their family members, and physicians regarding communication in medical interactions, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24, pp. 341-357.

Burns, M. I. *et alli.* (2012). Training healthcare providers in patient-provider communication: What speech-language pathology and medical education can learn from one another, *Journal Aphasiology*, 26(5), pp. 673-688.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Burns, M. I.; Baylor, C. R.; Yorkston, K. M. (2016). Words of preparation for patients: through a series of simple steps, we can help clients with communication disorders plan ahead to get what they need from medical visits-despite their challenges, *American Speech-Language-Hearing Association*, 21, pp. 52-56.

Center for Health Care Strategies; Mahadevan, R. (2013a). Improving Oral Communication to Promote Health Literacy. [Em linha]. Disponível em <https://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/> [Consultado em 06/06/2017].

Center for Health Care Strategies; Mahadevan, R. (2013b). What is Health Literacy? [Em linha]. Disponível em <https://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/> [Consultado em 06/06/2017].

Chandrika, D. *et alli*. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study, *International Journal for Quality in Health Care*, 9(2), pp. 60-67.

Collier, B. (2006). The United Nations Convention on the Rights of Persons with disabilities, *Augmentative Communications News*, 20(3), pp. 4-7.

Costello, J. M.; Santiago, R. M.; Blackstone, S. W. (2015). Pediatric Acute and Intensive Care in Hospitals *In: Blackstone, S.W.; Beukelman, D.R. e Yorkston, K.M. Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp.187-223.

Cruz, C. O.; Riera, R. (2016). Comunicando más noticias: o protocolo SPIKES, *Diagn Tratamento*, 21(3), pp. 106-108.

Davidoff, B. E. (2017). AAC With Energy – Earlier - Research shows that children with communication challenges do best when introduced to augmentative and alternative communication as early as 12 months, *The ASHA Leader*, 22(1), pp. 48-53.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Decreto de Lei nº 564/99 de 21 de dezembro.

Dingley, C. *et alli.* (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. *In: Henriksen, K.; Battles, J. B.; Keyes, M. A., et al. (Ed.). Advances in patient safety: New directions and alternative approaches.* Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 3, pp. 1-25.

Diogo, P. *et alli.* (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), p. 43.

Elwyn, G. *et alli.* (2005). The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks, *Health Expectations*, 8(1), pp. 34-42.

Engelke, Z. (2016). Patient Education: Caring for Patients with Low Health Literacy, *Nursing Practice & Skill*, Cinahl Information Systems, 65(4).

Finke, E. H.; Light, J.; Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication, *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), pp. 2102-2115.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures, Lusodidacta.

Franco, E. C. *et alii.* (2015). Intervention in aphasia using the augmentative and alternative communication, *Revista CEFAC*, 17(3), pp. 956-964.

Hemsley, B. *et alli.* (2013). Parents and children with cerebral palsy discuss communication needs in hospital, *Developmental Neurorehabilitation*, 16(6), pp. 363-374.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Hemsley, B.; Balandin, S. (2004). Without AAC: the stories of unpaid carers of adults with Cerebral Palsy and complex communication needs in hospital, *AAC: Augmentative & Alternative Communication*, 20(4), pp. 243-258.

Hemsley, B.; Balandin, S. (2014). A Metasynthesis of Patient-Provider Communication in Hospital for Patients with Severe Communication Disabilities: Informing New Translational Research, *AAC: Augmentative & Alternative Communication*, 30(4), pp. 329-343.

INEM. (2013). SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica. INEM.

Jakobson, R. (2007). *Linguística e Comunicação*. São Paulo, Editora Cultrix.

Johnston, S. S. *et alli*. (2014). *AAC Strategies for Individuals with Moderate to Severe Disabilities*, University of West Virginia, West Virginia University Press.

Kennedy, P. (2015). Advocacy for People with Speech Disabilities: Emergency Preparedness Resources, *Therapy Times*, 14, p.15.

Lawrence, L. J. (2017). Tapping Into the Augmentative of AAC-Who can benefit from augmentative communication and how do you choose a system? Here are some tips. *The ASHA Leader*, 22(2), pp. 38-39.

Léssard-Hebert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa, Instituto Piaget.

Levinson, W. *et alli*. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons, *JAMA*, 277 (7), pp. 553-559.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

- Light, J. C. *et alli.* (1998). Augmentative and alternative communication to support receptive and expressive communication for people with autism, *Journal of Communication Disorders*, 31(2), pp. 153-180.
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills, *Patient Education and Counseling*, 45, pp. 23-34.
- Molina, R. C. M. *et alli.* (2007). Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar, *Escola Anna Nery R Enfermagem*, 11(3), pp. 437- 444.
- Neilsen-Bohlman, L.; Panzer, A. M.; Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC, National Academies Press.
- O'Gara, P. E.; Fairhurst, W. (2004). Therapeutic communication part 2: strategies that can enhance the quality of the emergency care consultation, *Accident and Emergency Nursing*, 12 (4), pp. 201-207.
- Oslund, M. (2017). Tips to Better Communicate With Patients. [Em linha]. Disponível em <https://blog.asha.org/2017/06/15/tips-to-better-communicate-with-patients/> [Consultado em 15/06/2017].
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- Rao, P. R. (2011). From the president: Our role in effective patient-provider communication. *ASHA Leader*, 16(13), p.17.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

The Joint Commission (2010). Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient-and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. [Em linha]. Disponível em <
<https://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>> [Consultado em 06/06/2017].

Tomblin, J. B. *et alli.* (2014). The influence of hearing aids on the speech and language development of children with hearing loss, *Jama Otolaryngol Head Neck Surg*, 140 (5), pp. 403-409.

Topia, M.; Hocking, C. (2012). Enabling Development and Participation through Early Provision of Augmentative and Alternative Communication, *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59 (1), pp. 24-30.

Turner, J. S. *et alli.* (2016). Medical student use of communication elements and association with patient satisfaction: a prospective observational pilot study. *BMC Medical Education*, 16, p. 150.

U. S. Department of Justice (2003). ADA Business Brief: Communicating with people who are deaf or hard of hearing in hospital settings. [Em linha]. Disponível em https://www.urmc.rochester.edu/ncdhr/ResourceDirectory/Documents/ADAHospitals_129234456287287500.pdf [Consultado em 06/06/2017].

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. [Em linha]. Disponível em <
https://health.gov/communication/hlactionplan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf> [Consultado em 20/06/2017].

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In: Silva, A. S.; Pinto, J. M. *Metodologias das Ciências Sociais*, 8ª edição. Porto, Afrontamento, pp. 101-127.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Valente, M. *et alli.* (2012a). Normas, emergências pediátricas e obstétricas - Manual TAS. [Em linha]. Disponível em <<http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emerg%C3%A4ncias-Pedi%C3%A1tricas-e-Obst%C3%A9tricas.pdf>> [Consultado em 29/05/2017].

Valente, M. *et alli.* (2012b). Abordagem à vítima - Manual TAS/TAT. [Em linha]. Disponível em <<http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>> [Consultado em 29/05/2017].

Von Tetzchner, S.; Martinsen, H. (2010). *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa*. Porto, Porto Editora.

Wanzer, M. B.; Booth-Butterfield, M.; Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*, 16(3), pp. 363-383.

Waters, A.; Asbill, L. (2013). Reflections on cultural humility - Given the complexity of multiculturalism, it is beneficial to understand cultural competency as a process rather than an end product. [Em linha]. Disponível em <http://www.apa.org/pi/families/resources/newsletter/2013/08/cultural-humility.aspx> [Consultado em 29/05/2017].

Yorkston, K. M. *et alli.* (2015a). Enhancing Communication in Outpatient Medical Clinic Visits. *In*: Blackstone, S.W.; Beukelman, D.R. e Yorkston, K.M. *Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals* San Diego, Plural Publishing, pp 73-101.

Yorkston, K. M. *et alli.* (2015b). Medical Education: Preparing Professionals to Enhance Communication Access in Health Care Settings. *In*: Blackstone, S.W.; Beukelman, D.R. e Yorkston, K.M. *Patient-Provider Communication - Roles for Speech-Language Pathologists and Other Health Care Professionals*. San Diego, Plural Publishing, pp. 37-71.

“A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldades de comunicação e profissionais de emergência médica (INEM)”

Yorkston, K. M., Baylor, C. R.; Burns, M. I. (2016). Simulating patient communication strategies in a university of washington training program, medical and speech-language faculty and students collaborate to prepare future physicians to treat people with communication disorders. *ASHA Leader*, 21(3), pp. 46-51.

Yuksel, C.; Unver, V. (2016). Use of Simulated Patient Method to Teach Communication With Deaf Patients in the Emergency Department. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(7), pp. 281-289.