INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: do Planeamento à Execução

Patrícia Oliveira Gouveia

Orientação: Professor António Casa Nova

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Do Planeamento à Execução

Patrícia Oliveira Gouveia

Orientação: Professor António Casa Nova

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Nursing is a fascinating discipline. Nurses have the honor and expertise to participate closely in human healing processes of individuals, families, communities.

(Pamela Reed, 2006)

AGRADECIMENTOS

Um mestrado em enfermagem é uma viagem longa, com altos e baixos, desafios e incertezas, tristezas e alegrias, com tropeções e conquistas ao longo do caminho. Como tudo na vida, se não for partilhado não é vivido da mesma maneira, não nos permite alcançar o máximo do nosso potencial e não nos deixa saborear o final da jornada da mesma forma. Rodeada de pessoas especiais, que partilharam comigo conhecimentos, experiências, lagrimas, sorrisos ou apenas um pouco da sua luz e energia tudo se tornou mais fácil e gratificante.

Ao professor António Casa Nova, orientador desde trabalho, pela disponibilidade, paciência e aprendizagens ao longo de todo o percurso académico.

À Cristina Paz, à Carina Cunha, à Rita Pereira e à Ana Lopes, Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, pelos ensinamentos, supervisão, disponibilidade e desafios propostos ao orientarem os meus estágios e se terem tornado referências no mundo da enfermagem em saúde infantil e pediátrica.

Ao Luís, por nunca desistir de mim, mesmo quando ausente e pouco disponível. Por acreditar cegamente em mim e nas minhas capacidades mesmo quando eu duvidei e pela paciência, amor e amizade que o caracterizam sempre.

Aos meus pais e à minha irmã por serem os pilares da minha vida, por embarcarem nas minhas loucuras como se fossem deles. A eles que nunca viram outro caminho senão o do sucesso e que sabem sempre o que dizer no momento certo.

Aos meus amigos e família, que ficaram privados da minha companhia e que sempre me amaram como se estivesse presente todos os dias. A eles que me incentivaram e motivaram vezes sem conta.

À Telma, minha companheira de viagens, trabalhos, frustrações e aventuras durante este percurso.

Aos meus colegas de trabalho pela partilha de experiências e do dia a dia, pelas trocas e compreensão, pelas dicas importantes para o desenvolvimento do projeto e pela participação no mesmo.

A todas as crianças e famílias que cruzaram o meu caminho, que me mostraram que faço o que mais amo e que me ajudaram a ser todos os dias um pouco melhor.

A todos vós, uma obrigada do fundo do coração, fazem todos eternamente parte deste processo e experiência tão importante na minha vida pessoal e profissional. Estou para sempre grata!

RESUMO

Título: O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Do Planeamento à Execução

O transporte inter-hospitalar pediátrico assume um relevante peso na equidade, qualidade e continuidade dos cuidados prestados às crianças gravemente doentes.

Quando o hospital de origem não dispõe dos recursos técnicos/humanos/materiais para assegurar os cuidados que a criança necessita, equipas especializadas no transporte inter-hospitalar pediátrico devem estar formadas e ser ativadas para assegurar que estas necessidades são supridas e que os cuidados são de elevada qualidade até à chegada ao hospital de destino.

Abordando a temática da "segurança e qualidade e vida" e de forma a promover a segurança da criança durante o transporte é imprescindível uniformizar práticas e mobilizar recursos que assegurem as boas práticas de cuidados e a prevenção e resolução rápida de complicações.

Recorre-se à metodologia de projeto, onde se planeia a formação da equipa de enfermagem que transporta crianças em situação crítica e se criam ou adaptam documentos de registo para estruturação de um transporte inter-hospitalar pediátrico seguro.

Concomitantemente elabora-se um relatório de estágio onde se descreve o percurso formativo durante o curso de mestrado em enfermagem com especialização em saúde infantil e pediátrica e se reflete acerca da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e também do mestre.

Palavras-chave: transporte inter-hospitalar pediátrico, segurança, enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

ABSTRACT

Title: Pediatric Inter-hospital Transport: From Planning to Execution

Pediatric inter-hospital transport assumes a relevant importance in equity, quality and continuity of care for critically ill children.

When the first care hospital of origin does not have the human/ material resources to ensure the care the child needs, teams specialized in pediatric inter-hospital transport must be trained and should be activated to ensure that their needs are met and that they receive quality care are provided until arrival at the destination hospital.

To the approaching the theme of "safety and quality of life" and in order to promote child safety during transportation it is essential to standardize practices and mobilize resources to ensure good care practices and the prevention and rapid resolution of complications.

We used the project methodology and the training of the nursing team who transports children in critical condition is planned and documents for the structuring of a safe pediatric inter-hospital transport are created or adapted.

At the same time, an internship report describing the training course during the master's course in nursing with specialization in children's and pediatric health is elaborated and it is reflected on the acquisition and development of the common and specific competences of the specialist nurse in child and pediatrics health and also of the master.

Keywords: Pediatric inter-hospital transport, security, child and pediatric health nursing

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES..... 114

Apêndice I – Pedido de parecer à comissão de ética da Unidade Local de Saúde sobre a realização do projeto de intervenção em serviço..... 115

Apêndice II – Projeto de intervenção em serviço: resumo, objetivos e cronograma..... 119

Apêndice III - Consentimento informado para participação no estudo de caso..... 127

Apêndice IV - Instrumento de colheita de dados para estudo de caso..... 129

Apêndice V - Diagnostico e planeamento de cuidados de enfermagem do estudo de caso..... 133

Apendice VI – Plano de sessão de formação em serviço: Segurança durante o internamento em pediatria..... 139

Apêndice VII - Formação em serviço: Segurança durante o internamento em pediatria..... 141

Apêndice VIII - Proposta de criação da mala para transporte inter-hospitalar do neonato do Serviço de Neonatologia..... 152

Apêndice IX - Resumo da revisão integrativa da literatura..... 167

Apêndice X - Consentimento informado para a participação em questionário de diagnostico de situação..... 170

Apêndice XI – Norma de procedimento: Transporte inter-hospitalar pediátrico..... 172

Apêndice XII - Questionário de diagnostico de situação..... 200

Apêndice XIII - Planeamento do projeto de intervenção em serviço 205

Apêndice XIV - Cronograma do planeamento de atividades…… 208

Apêndice XV - Norma de criação e manutenção da mala de transporte inter-hospitalar pediátrico…. 210

Apêndice XVI - Livro de bolso para emergências pediátricas…….. 227

Apêndice XVII - Plano de sessão de formação em serviço - projeto de intervenção em serviço: o transporte inter-hospitalar pediátrico…… 240

Apêndice XVIII - Apresentação da formação em serviço - projeto de intervenção em serviço: o transporte inter-hospitalar pediátrico…… 242

Apêndice XIX - Analise SWOT do projeto de intervenção em serviço …….. 252

Apêndice XX - Plano de sessão de formação em serviço: Suporte avançado de vida…… 254

Apêndice XXI - Apresentação da formação em serviço: Suporte avançado de vida pediátrico…… 256

Apêndice XXII - Questionário de avaliação formativa de conhecimentos em suporte avançado de vida pediátrico…… 266

Apêndice XXIII - Plano da sessão de formação em serviço: O TIP…….. 270

Apêndice XXIV - Apresentação da formação em serviço: O TIP…… 273

Apêndice XXV - Documento informático de registo de TIP's…… 281

Apêndice XXVI - Registos de enfermagem para o TIP…… 283

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS..... 289

Anexo I - Parâmetros a avaliar para preenchimento da escala de Mary Sheridan..... 290

Anexo II - Avaliação final da ação de formação..... 292

Anexo III – Programa da formação "Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens..... 294

Anexo IV - Documento de registo da avaliação da condição clínica da criança..... 296

Anexo V - Documento para avaliação para o transporte inter-hospitalar pediátrico 298

Anexo VI - Check-list Pré-Partida 301

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Organograma do diagnostico de situação 74

Figura 2 – Destino das crianças após a alta..... 76

Figura 3 – Motivo de transferência para outros hospitais 76

Figura 4 – Tipo de acompanhamento durante o transporte..... 76

Figura 5 - Adesão ao questionário por parte da equipa de enfermagem..... 79

Figura 6 - Distribuição dos enfermeiros por Género..... 80

Figura 7 - Distribuição dos enfermeiros por faixa etária..... 80

Figura 8 - Distribuição dos enfermeiros por formação académica..... 81

Figura 9 - Enfermeiros com especialidade em enfermagem..... 81

Figura 10 - Distribuição dos enfermeiros por área de especialização..... 81

Figura 11 - Distribuição dos enfermeiros por experiência profissional em anos..... 83

Figura 12 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência em contexto de urgência..... 85

Figura 13 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência em pediatria..... 83

Figura 14 - Distribuição dos enfermeiros por formação especifica..... 84

Figura 15 - Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.1: "Considera-se confortável na prestação de cuidados durante o TIP?" 85

Figura 16 - Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.2: "Considera pertinente o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço na área do TIP que vise a formação dos profissionais e o estruturamento do TIP?" 85

Figura 17 - Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.3: "Considera-se confortável na prestação de cuidados durante o TIP?" 86

Figura 18 - Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.4: "Considera que um profissional apto a realizar Transportes inter-hospitalares do doente critico adulto está igualmente apto a realizar TIP's?" 87

Figura 19 - Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.5: "Considera que a mala de transporte utilizada para o transporte de adultos é adequada também ao TIP?" 88

Figura 20 - Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.6: "Considera benéfico que existam registos no serviço dos TIP's realizados para efeitos estatísticos e proteção dos profissionais em caso de intercorrências?" 88

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CA – Conselho de Administração

CE – Comissão de Ética

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRAC - Documento de Registo da Avaliação da Condição Clínica da Criança

EC – Estudo de caso

ECTS – *European* Credit Transfer System

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ELI - Equipa Local de Intervenção

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPI – Intervenção Precoce na Infância

LEP – Livro de Bolso para Emergências Pediátricas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RETIP - Registos de Enfermagem para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

RN – Recém-nascidos

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV- Suporte Avançado de Vida

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

TMA – Teoria de Médio Alcance

TT – Teoria das Transições

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINTN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

Introdução 177

1. Enquadramento Concetual 20

1.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis 20

1.2. Segurança e Qualidade de Vida 24

1.2.1. A Criança na Temática da Segurança e Qualidade de Vida 27

1.2.2. O EESIP e a Segurança e Qualidade de Vida 28

1.3. O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico 29

1.3.1. O Enfermeiro e o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico 31

1.3.2. O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico em Portugal 32

2. Percurso Académico:De enfermeira generalista a enfermeira especialista 34

2.1. Estágio I: O desenvolvimento saudável e a maximização da saúde da criança/jovem e a sua família 36

2.1.1. O Local de Estágio 38

2.1.2. Competências do EESIP: uma reflexão sobre a aprendizagem 39

2.2. Estágio Final: A criança/jovem e família em situação de especial complexidade 49

2.2.1. Os Locais de Estágio 49

2.2.1.1 Serviço de Internamento de Pediatria 50

2.2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais 51

2.2.1.3. Serviço de Urgência Pediátrica 52

2.2.2. Competências do EESIP: Uma reflexão sobre a aprendizagem 53

2.3. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Mestre 61

2.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Uma reflexão sobre a aprendizagem.63

2.3.2. Competências do Mestre: Uma reflexão sobre a aprendizagem 70

3. Projeto de Intervenção em Serviço 72

3.1. Identificação do Problema e Diagnóstico da Situação 73

3.2. Definição de Objetivos 88

3.3. Planeamento 89

3.4. Execução 90

3.4.1. Objetivo 1: Criar/adaptar ferramentas que facilitem a organização do TIP 90

3.4.2. Objetivo 2: Realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e temáticas relacionadas 96

3.4.3. Objetivo 3: Organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP 99

3.5. Avaliação 101

Considerações finais 103

Referências bibliográficas 105

Apêndices..... 114

Anexos..... 289

INTRODUÇÃO

O presente documento é elaborado no âmbito da Unidade Curricular: Relatório, do curso Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma associação de cinco Escolas Superiores de Saúde, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

Pretendemos com este documento compilar de forma reflexiva as aprendizagens que foram adquiridas nos estágios I e Final correspondentes ao segundo e terceiro semestre, respetivamente, do curso de Mestrado em Enfermagem e ao mesmo tempo explanar o protejo de intervenção desenvolvido no decorrer dos estágios, que contribuiu de igual forma para a aquisição de conhecimentos e competências comuns e especificas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). De forma a trabalhar na obtenção do grau de mestre que segundo afirma a alínea b) do ponto 1 do Artigo 20º do Decreto-lei nº 63/2016 de 13 de Setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior é necessária a realização de um estagio profissional associado a um relatório final, que culminará em discussão publica, devendo seguir uma linha especifica de investigação, sendo que o processo formativo que decorreu durante estes três semestres se enquadra na temática da Segurança e Qualidade de Vida da criança/jovem.

Para a realização deste trabalho necessitávamos de uma temática, sendo que só fazia sentido trabalhar uma problemática que fosse real e atual, de forma a que este projeto pudesse vir a fazer a diferença, promovendo a melhoria constante da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população pediátrica. Assim identificámos a temática do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), visto este ter sido um problema reconhecido na nossa prática diária em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) num hospital sem resposta de internamento pediátrico ou cuidados intensivos pediátricos. Com a realidade da necessidade frequente de transferir crianças, muitas vezes em situação critica, para outros hospitais, a inexistência de linhas orientadoras no hospital onde exercemos a nossa prática clínica de enfermagem sobre o TIP e de apenas uma minoria dos enfermeiros ser experiente ou perito em prestação de cuidados diferenciados ao utente em idade pediátrica, instalou-se alguma inquietação quanto à suspeita de que a segurança da criança poderia estar a ser comprometida durante os transportes inter-hospitalares.

Como base teórica para a elaboração deste projeto, apoiámo-nos na Teoria das Transições (TT) de Afaf Meleis que associa o conceito de transição aos cuidados de enfermagem, suportando que a enfermagem é uma ciência humana e que por consequência deve ser capaz de apoiar as pessoas que passam por processos de transição, sendo eles de qualquer tipo de natureza, com o objetivo de passar de um estado saudável para outro estado saudável aquando da ocorrência de alguma mudança, seja ela esperada ou não. Quer a criança em situação critica e sua família, quer o próprio enfermeiro que realiza o TIP deparam-se com uma grande variedade de transições, pelo que é função do último conhecer as suas funções e estratégias no que diz respeito aos seus próprios processos de transição e no auxílio ao transpor dos processos de transição por parte dos primeiros (Meleis, 2010).

Assim, e de forma a estruturar o projeto de intervenção que pretendemos criar, recorremos à Metodologia de Trabalho de Projeto visto que o nosso objetivo coincide com os princípios desta metodologia, ou seja, o desenvolvimento e aquisição de competências pessoais na área do planeamento e implementação de projetos que visem a resolução de problemas reais de enfermagem na prática clínica. Esta metodologia demonstra claramente a ligação entre a teoria e a prática, elo este que torna ambas mais solidas e eficientes, visto que se atua sempre na prática com base em conhecimento teórico. Esta metodologia foca um problema real e de interesse para quem a aplica, aumentando a motivação do estudante e atua numa linha de tempo prolongada, mas faseada, desde a elaboração do diagnostico de situação, passando pela planificação e posterior execução de atividades e termina numa avaliação e divulgação de resultados obtidos. Para alem disso ainda inclui a população a quem o projeto se destina, proporcionando-lhes uma perceção dos seus próprios problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Tendo em conta a metodologia de trabalho escolhida, a linha de investigação a abordar, a temática em estudo e também o desenvolvimento de competências de Mestre, competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas do EESIP e visando a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização no ramo de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, definimos como objetivo geral deste percurso académico:

- Desenvolver competências na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica culminando no desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) com base na metodologia de projeto.

Para que um objetivo geral seja atingido com sucesso é importante subdividi-lo em objetivos específicos, que se mostram como “indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao

longo do seu processo formativo" (Ruivo et al., 2010, p.18). Assim sendo, este objetivo geral foi subdividido em objetivos específicos, sendo eles:

- Desenvolver na prática, conhecimentos e competências na prestação de cuidados especializados à população pediátrica;

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, baseando a intervenção na evidência e nos referencias deontológicos e éticos da profissão;

-Elaborar uma análise reflexiva das competências adquiridas no contexto da prática;

- Elaborar um PIS numa temática de relevância para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência;

- Compilar um relatório para posterior discussão em prova pública.

Começamos este trabalho com uma breve introdução ao que se vai desenvolver durante o documento e posteriormente dividimo-lo em três grandes tópicos, iniciando com o enquadramento teórico, passando pelo percurso académico de enfermeira generalista a enfermeira especialista, terminando com o PIS. No primeiro ponto abordamos a teoria de enfermagem escolhida para suportar o trabalho e revemos a literatura acerca da segurança e qualidade de vida e acerca do transporte inter-hospitalar pediátrico. No segundo ponto abordamos o local onde foi realizado o Estágio I e as competências especificas do EESIP adquiridas durante este percurso e posteriormente fazemos o mesmo relativamente ao Estágio Final, descrevendo os três locais onde realizámos estágio e posteriormente abordando as competências especificas desenvolvidas nesse espaço temporal. No ponto três desenvolvemos o PIS, começando pela identificação do problema e diagnostico de situação, passando pela definição de objetivos, planeamento e posteriormente pela execução, onde dividimos as atividades a desenvolver pelos três objetivos que traçámos. Terminamos com uma breve avaliação do projeto que elaborámos e terminamos com as considerações finais. Depois disso é possível encontrar a bibliografia do trabalho e posteriormente todos os apêndices e anexos elaborados ou utilizados no decorrer do trabalho.

Importa referir que a elaboração do presente trabalho visou o cumprimento das normas gramaticais do acordo ortográfico legalmente em vigor no território nacional, o novo Acordo Ortográfico, bem como as regras de referenciação de autores da sexta edição da *American Psychological Association.*

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

A Enfermagem na área Pediátrica tem como grande objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados que são prestados às crianças/jovens e famílias. Para que isto seja concretizado, a pratica deve apoiar-se e aconselhar-se diretamente com o pensamento critico e com a ética e basear-se sempre na evidência Hockenberry & Barrera, 2014). Seguindo esta linha de pensamento formulámos o capítulo seguinte, onde pretendemos elaborar um referencial teórico e conceptual, definindo as temáticas base do projeto e conceitos importantes para o desenvolvimento da temática, baseado na mais recente evidência científica, nos referenciais de enfermagem e nos documentos reguladores da profissão. Iniciaremos por uma breve exposição da TT de Afaf Meleis, seguida de uma abordagem da linha de investigação escolhida para este projeto: Segurança e Qualidade de Vida, bem como o seu papel nos cuidados ao utente pediátrico e o papel do EESIP na questão. Terminaremos este capítulo com uma análise da literatura relativamente à temática do transporte inter-hospitalar pediátrico, sua organização e o papel do enfermeiro na promoção da segurança no mesmo.

1.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis

Nos dias que correm a enfermagem impõe e ganha constantemente o seu lugar como disciplina perante a sociedade, sendo que esta definição não invalida nem diminui a prática de enfermagem. Os dois conceitos encontram-se de braços dados, sendo que a pratica advém e se desenvolve do avanço da disciplina. Temos então perante a literatura, a enfermagem como uma ciência que ao mesmo tempo é também uma arte, sendo a primeira considerada o domínio das teorias e da investigação e a segunda a criatividade e mestria como esse conhecimento é aplicado na prática (Smith & Liehr, 2014).

No entanto nem sempre a enfermagem ocupou este espaço na sociedade. Até ao final dos anos 50 as palavras Enfermagem e Ciência raramente eram encontradas juntas na literatura, sendo nessa altura que se começa a verificar uma carência emergente de mudança de paradigmas diretamente relacionados com a profissão. Assim, com esta necessidade de mudança começa a gerar-se conhecimento empírico com o objetivo de gerar explicações sistemáticas e controláveis baseadas na evidencia, conhecimento esse que começa a ser organizado e classificado em forma de leis e teorias que descrevem, explicam e preveem os fenómenos diretamente relacionados com a prática de enfermagem (Carper, 1978).

Surgem então as teorias de enfermagem que vêm dar resposta às bases teóricas de enfermagem, os metaparadigmas, vindo identificar fenómenos específicos através de conceitos amplamente abstratos. Estas teorias dividem-se então de acordo com o seu conteúdo e grau de abrangência, iniciando nas

Grandes Teorias, que são bastante abstratas e fornecem uma estrutura sob a qual os principais conceitos e princípios da disciplina se podem identificar, passando por Teorias de Médio Alcance (TMA) que são mais precisas e especificas e analisam uma situação particular com um número reduzido de variáveis ou então Teorias Práticas que analisam uma situação particular da prática de enfermagem, definindo objetivos específicos e definindo um caminho para os atingir (Polit et al, 2001).

As TMA, que estruturam a disciplina, utilizam o conhecimento de forma a explicar fenómenos específicos que estejam relacionados com o processo do cuidar, baseando-se cada uma num determinado Metaparadigma ou numa Grande Teoria. As TMA tornam-se assim mais especificas, resultando delas conceitos mais concretos e específicos do que naquelas em que se baseiam (Smith & Liehr, 2014).

Para a abordagem do TIP, é necessária a utilização de conceitos mais sistematizados e concretos, sendo benéfico que a base teórica a ser utilizada se restrinja a temas menos abrangentes e a focos de interesse mais limitados. Por outro lado, quando uma criança e sua família estão envolvidas numa situação em que o TIP se torna a melhor resposta, estamos normalmente perante uma situação de doença aguda ou agudização de doença crónica, sendo que este conjunto de pessoas passam a ver-se obrigadas a gerir diversos processos de transição, desde a transição do estado de saúde para o estado de doença, até à transição de espaço físico, entre um hospital e outro.

Por esses dois motivos, este trabalho e todo o projeto desenvolvido em contexto de estágio é sustentado por uma TMA, a TT de Afaf Meleis, que tem por base um modelo focado nos processos de transição a que as pessoas estão sujeitas durante o seu ciclo de vida, sendo que por esse motivo suporta a temática em questão, adequando-se aos objetivos e necessidades deste projeto.

Meleis (2010) sustenta a ideia de que apesar de os seres humanos enfrentarem ao longo das suas vidas uma grande variedade de mudanças, que desencadeiam processos de transição, são os enfermeiros quem mais trabalham, e diariamente, com pessoas que estão a passar por transições que afetam a sua saúde, o seu bem-estar ou a capacidade de se auto-cuidarem, bem como estão presentes nos ambientes que facilitam ou inibem os processos de mudança. Assim surge a transição como um conceito de enfermagem, de relevância para a prática da profissão. A mesma autora, ao introduzir este conceito, define transição como o processo de passar de um estado estável para outro estado estável, processo despoletado por qualquer mudança, e que requer por parte das pessoas que nela participam, a aquisição de conhecimentos, mudanças comportamentais e também alterações ao nível do conceito da sua própria existência.

Com a TT, a definição de Enfermagem foi alargada à ciência humana que cuida também das reações, humanas e ambientais, em contexto de saúde e doença. O propósito da enfermagem passa a incluir a competência de apoiar as pessoas em situações de transição ou antecipação de uma, como em doenças súbitas, acidentes, ou outros processos que comprometam o bem-estar, com o objetivo de que o individuo que experimenta um momento de transição o consiga fazer de uma forma saudável, ou seja, que altere os seus próprios comportamentos de forma a adquirir novas habilidades e a aceitar ou reformular a sua nova identidade. Assim, o enfermeiro deve estar capacitado para responder às necessidades do utente e sua família, necessitando de ter uma visão verdadeiramente holística do individuo (Morais, 2012) & (Meleis, 2010).

Os processos de transição dependem das mudanças na vida, na saúde, nos ambientes e nos relacionamentos e são todos singulares e de grande diversidade, o que por consequente resulta numa temática de grande complexidade, variando no seu significado que se encontra dependente da perceção e vivencias de cada pessoa. As transições podem variar então a nível da sua natureza e do seu padrão, sendo que no primeiro ponto podem ser do tipo: desenvolvimental, relacionadas com alterações durante o ciclo da vida, situacional, quando existem alterações nos papeis que as pessoas desempenham, saúde/doença, quando existe uma mudança de um estado de bem-estar para um processo de doença e organizacional, relacionadas com alterações da sociedade sendo elas de cariz social, politicas ou económicas. No que aos padrões diz respeito, as transações podem ser simples, quando ocorre uma única transação ou múltiplas, quando ocorrem diversas transações encadeadas. Podem também ser simultâneas quando ocorrem ao mesmo tempo ou sequenciais quando ocorrem em intervalos de tempo diferentes e podem estar relacionadas ou não relacionas entre elas. Para que ocorra o processo de transição é importante que esta tenha determinadas propriedades como o espaço temporal necessário à transição, os eventos e os prontos críticos e que ocorram uma diversidade de processos, começando na consciencialização, passando pelo empenho, até à mudança (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2010) & (Guimarães & Silva, 2016).

A mudança é ponto-chave na TT, pois todas as transições implicam algum tipo de mudança, sendo que o enfermeiro deve compreendê-la e identificar os efeitos que dela possam resultar e também o seu significado para cada individuo. O profissional deve abordar estas mudanças de acordo com a sua natureza, gravidade, espaço temporal, impacto nos indivíduos e suas famílias, focando-se nas expetativas de cada pessoa que passa por um processo de mudança e deve ter sempre em conta que o processo de transição pode levar a alterações das perceções, objetivos, rotinas ou relacionamentos (Meleis et al., 2010).

Para que uma transição saudável ocorra, para alem dos conhecimentos que o enfermeiro deve possuir acerca dos processos de adaptação que ocorreram ao longo do ciclo vital do individuo/família, é imprescindível que este atente em dois tipos diferentes de indicadores. Durante este processo é necessário trabalhar os indicadores de processo e posteriormente os indicadores de resultados. No primeiro, é importante que a pessoa crie uma ligação a qualquer rede de apoio (família, amigos, grupos de ajuda) e interaja com pessoas próximas, profissionais de saúde ou cuidadores/familiares, de forma a poder analisar e reajustar os comportamentos de resposta, ao mesmo tempo que deve estar situado no tempo e espaço de forma a pensar no presente e no futuro. A confiança e os mecanismos de *coping,* bem como a utilização de recursos para desenvolver estratégias de adaptação são também indicadores de processo que demonstram que o individuo está a caminhar para um processo de transição saudável. Numa segunda fase entram os indicadores de resultado, que incluem a aquisição de novas competências e a reformulação de identidade (Meleis et al., 2010).

A TT mostra-se então transversal a todos os contextos da prática de enfermagem, quer seja na promoção da saúde ou no tratamento da doença, visto que existem processos de transição em qualquer das duas valências, desde o nascimento de um filho, a entrada na menopausa, o assumir do papel de cuidador, até ao luto, à doença critica ou ao conhecimento de doença crónica (Meleis et al., 2010). No entanto, para a elaboração desde projeto, iremos focar-nos nos processos de transição que ocorrem perante a doença critica na criança/família, pois a temática do TIP assim o exige.

A prática de enfermagem num SUP proporciona aos enfermeiros um convívio diário e constante com crianças/famílias envolvidos em processos de instabilidade e consequente transição, normalmente numa fase muito inicial, pois apenas neste momento são confrontados com uma transição de um estado de saúde para um estado de doença, o que pode causar instabilidade física, psicológica e emocional quer à criança, quer aos pais, o que implica a intervenção dos enfermeiros o mais precocemente possível, com vista a alcançar transições saudáveis, sendo para isto imprescindível um entendimento da pessoa em situação critica (Meleis, 2010) & (Morais, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica considera a pessoa em situação critica “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19362). Por outro lado, Afaf Meleis considera que os enfermeiros que prestam cuidados nos Serviços de Urgência (SU) devem considerar não só o bem-estar físico da pessoa em situação critica, devendo ser este conceito mais abrangente, vendo a pessoa como um ser holístico e não se focar apenas

nos aspetos biológicos (Morais,2012). De forma a encontrar um meio termo nas duas propostas, quer de Meleis, quer da OE, partimos do pressuposto, para a concretização deste projeto, que qualquer criança que recorra ao SUP e que consequentemente necessita de TIP apresenta ou corre risco de apresentar algum tipo falência nas suas funções vitais e que ao mesmo tempo irá passar por processos de transição, pelo que é uma criança em situação critica.

Outra abordagem a esta teoria, no contexto deste projeto, passa pela ótica dos profissionais de saúde, pois também os enfermeiros experimentam alguns processos de transição que uma situação de doença critica implica, visto ser uma situação sempre imprevisível e instável, principalmente no contexto de um TIP, quando há a necessidade de alterar todo o contexto da prestação de cuidados, a nível de infraestruturas, material, composição da equipa e resposta a situações adversas não programada. Para o sucesso das intervenções e segurança dos doentes, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam conscientes de que enfrentam processos de transição, quais as suas fases e os passos importantes para que estas transições sejam saudáveis e seguras, quer para si, quer para o doente a quem prestam cuidados. Assim, a pertinência deste projeto impera, pois se as práticas de enfermagem perante um TIP estiverem bem enraizadas e esquematizadas, estamos perante uma estratégia de *coping*, que proporciona um aumento na segurança durante a prestação de cuidados, o que por um lado resulta numa menor probabilidade de os processos de transição se revelarem negativos para a saúde da criança ou para o desenvolvimento profissional e bem-estar dos enfermeiros e por outro lado, ao aumentar a confiança e mestria dos profissionais na componente pratica, libertamos tempo e atenção dos mesmos para abordar a criança e sua família numa vertente mais holista, trabalhando ativamente na criação de oportunidades de intervir positivamente nos processos de transição saudáveis destes.

1.2. Segurança e Qualidade de Vida

Diversos autores já propuseram diferentes definições e perspetivas para definir o conceito de qualidade, mas esta não se mostra uma tarefa fácil e de consenso, pois a qualidade não é encarada por todos da mesma forma, não sendo também um conceito estático, visto que acompanha a evolução dos tempos e das sociedades e varia de acordo com os setores onde é aplicada. Na nossa sociedade, no entanto, é ponto assente que a qualidade deve ser monitorizada e que todos temos a nossa quota de responsabilidade nesta área, sendo cada individuo responsável pela qualidade do que faz ou produz. Na área da saúde, podemos ver que o conceito de qualidade vai evoluindo e alterando o seu significado de acordo com as expetativas e necessidades do doente recetor dos cuidados e também dos prestadores de cuidados, gestores e financiadores evolvidos nos cuidados de saúde. A área da saúde será uma das áreas em que a

qualidade será mais valorizada e monitorizada pois estamos perante uma área e um valor reconhecido por todos como imprescindível para a vida (Grilo, 2018).

A qualidade, na vertente da prestação de cuidados é tão antiga quanto a profissão de enfermagem, tendo sido prontamente ressalvada por Florence Nightingale, pioneira da enfermagem, no seculo XIX. No entanto só é possível encontrar uma definição própria para a palavra no final da década de 60, onde é considerada a tríade "Resultado, Processo e Estrutura" (Fragata, 2011). Mais tarde, torna-se impossível refutar que a segurança está intrinsecamente relacionada com a qualidade e que esta não existe quando temos uma prestação de cuidados de fraca qualidade com erros e complicações associadas (Fragata, 2010). Depois de acrescentada a segurança à até então tríade, surge mais tarde uma quinta referência: a satisfação do doente, que se foca nas suas experiências pessoais e expetativas quanto aos cuidados recebidos. Temos então, na atualidade, um conceito de qualidade em saúde que envolve a efetividade e é dependente da eficiência e eficácia, a experiência/satisfação do doente e a sua segurança (Fragata, 2011).

A segurança do doente, uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, uma das dimensões da qualidade em saúde da Direção Geral da Saúde (DGS) (2015), é definida pela mesma organização (2011) como a diminuição da ocorrência de eventos adversos na prestação de cuidados de saúde para um número que se possa considerar aceitável, ao passo que evento adverso é considerado uma ocorrência não desejada que resulta do tratamento e não da doença, podendo resultar em dano, sendo que este pode ou não ser evitado.

No ano 2000, foi tornado publico o relatório do *Institute of Medicine* Americano com o título "*To err is human*", que referia que ocorriam nos hospitais americanos 44 a 98 mil mortes por ano resultantes de erros médicos evitáveis, dados que vieram mostrar que os cuidados de saúde estão sempre associados a riscos que podem causar desde sofrimento, a incapacidade e até morte, tendo-se este documento tornado o impulsor da segurança do doente (DGS, 2015). Para alem destas implicações diretas na saúde das pessoas existem outras complicações que não podem ser ignoradas como a perda de confiança nos profissionais e nas organizações de saúde, aumentos dos custos da saúde e diminuição da eficácia dos cuidados e do alcance dos resultados desejados (Fragata, 2010). Assim, e concordando com a evidencia cientifica que vem sendo criada, as organizações da saúde como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia vêm alertando os seus Estados Membros de que é impreterível monitorizar a cultura de segurança dos doentes, com o objetivo de extrair daqui uma avaliação importante para a reflexão e adoção de metodologias seguras, quer a nível da gestão, quer a nível da prestação de cuidados (DGS, 2011).

Esta mudança de paradigma que tem surgido com o tempo, na exigência da segurança do doente, tem gerado profundas alterações na maneira de encarar a qualidade dos cuidados nos sistemas de saúde e na maneira de planear e prestar cuidados. Em suma, pretende-se atingir um sistema de saúde com qualidade, sendo que esta necessita de ser "segura, efetiva, centrada no doente, atempada, eficiente e universal" (Grilo, 2018, p.25).

A segurança do doente passa a ser o pilar sobre o qual todos os aspetos da qualidade em saúde devem ser estabelecidos, surgindo daqui a necessidade de criação de uma cultura de segurança, de forma a aumentar a qualidade e por consequência a segurança do doente (Grilo, 2018). A OMS define cultura de segurança como o "produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde." (DGS, 2018, p.3). Quando se fala em cultura de segurança, subdivide-se a atuação em sistemas de organização e em pessoas, sendo que no primeiro deve investir-se em modelos de trabalho/ambientes seguros, promovendo a diminuição do erro humano. No segundo ponto-chave determinante de uma cultura de segurança, é imperativo ter em conta a opinião das pessoas (quer profissionais, quer utentes) (Silva, Pedrosa, Leça & Silva, 2016).

Apesar da existência de uma definição internacional, a cultura de segurança é um processo complexo, abrangendo uma grande variedade de fatores. Assim sendo, é difícil chegar a um consenso quanto às atitudes indispensáveis ao seu desenvolvimento. Ainda assim, algumas são mais consistentes na literatura como, por exemplo, a importância dada aos eventos adversos e sua notificação, a promoção de uma cultura em que as pessoas não são penalizadas pelo erro e a aprendizagem com o mesmo, a comunicação entre profissionais, a liderança e o trabalho em equipa e um pilar base, a prestação de cuidados baseados na evidencia e centrados no doente (Silva et al., 2016). Uma organização com uma cultura de segurança positiva é tendencialmente caracterizada pela "comunicação baseada na confiança mútua, pela perceção partilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas" (British Health and Safety Commission, 1993 citado por Grilo,2018, p.26).

Desta forma e desde 2015, com a elaboração do Despacho nº 1400-A/2015 do Diário da República, a cultura de segurança passa a constituir um dos Objetivos Estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, tornado publico com o despacho 5613/2015 do Diário da República (DGS, 2015).

Como já foi referido anteriormente, a segurança ou a criação de uma cultura de segurança, tem como objetivo diminuir a ocorrência de eventos adversos de forma a minimizar o número de erros evitáveis,

sendo esta a meta das organizações de saúde. Ainda assim, e apesar de existir cada vez mais preocupação com este ponto imprescindível na área da saúde, o erro é inerente ao ser humano e está presente em toda a esfera da saúde, desde o diagnostico ao tratamento. De acordo com a literatura é possível concluir que a encabeçar topo da lista dos problemas que afetam a qualidade dos cuidados e por consequência a cultura de segurança estão as falhas de comunicação entre profissionais de saúde (Grilo, 2018).

A The Joint Commission (2011) considerou então imprescindível que os hospitais repensassem as suas políticas, trabalhando para a maior efetividade das mesmas, de forma a aumentar a cultura de segurança dos doentes. Como se verificou por todo o mundo uma elevada falta de notificação de erros e eventos adversos tem vindo a instituir-se aos poucos a promoção de um ambiente não-punitivo, como forma de incentivo à participação na notificação dos mesmos. A criação deste ambiente não-punitivo tem vindo a dividir opiniões, sendo que alguns autores afirmam que este ambiente é positivo para o incentivo à participação dos profissionais na notificação de erros, pois o erro desde sempre que está enraizado na sociedade com uma conotação negativa e punitiva, associado a falhas individuais pelo que o seu encobrimento se torna frequente, não sendo assim possível tomar consciência dos mesmos de forma a elimina-los. Por outro lado, outros autores afirmam que a não punição pode gerar um ambiente em que não existem culpados e não há responsabilidades atribuídas, resultando numa prestação de cuidados insegura. Assim, tem-se apostado mais frequentemente em sistemas de notificação de erros, em que apesar de não existir uma responsabilização direta, é possível recolher e analisar os erros, as suas causas e as medidas de prevenção a adotar de forma a aumentar a qualidade de cuidados e proporcionalmente a segurança dos doentes (Grilo, 2018).

1.2.1. A Criança na Temática da Segurança e Qualidade de Vida

O direito à segurança é, há já pelo menos três décadas, considerado um dos direitos fundamentais para o desenvolvimento saudável de uma criança, tendo sido a UNICEF em 1990 a considera-lo na Convenção sobre os Direitos da Criança, fazendo a ponte com os cuidados de saúde e instituições que cuidam de crianças, quando imputam aos estados membros, na alínea 3) do Artigo 3º o dever de garantir o funcionamento das mesmas com base na proteção das crianças nos domínios da segurança e da saúde (UNICEF, 1990). Mais tarde, nas Anotações à Carta da Criança Hospitalizada também é possível identificar as preocupações das instituições com a segurança das crianças, desta vez especificamente em contexto hospitalar, sendo claro o dever do hospital em providenciá-la no Artigo 7º, onde afirmam que este "deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança." (Instituto de Apoio à Criança, 2009, p.24).

No entanto, apesar de estes documentos virem enfatizar a importância e o direito à segurança por parte das crianças e apesar de esta ser uma temática amplamente abordada, no que diz respeito ao doente pediátrico a literatura e os estudos já não abundam, provavelmente devido ao facto de os serviços pediátricos serem apenas uma pequena fração dos hospitais. De qualquer forma, os dados disponíveis são preocupantes e o consenso de que as crianças, por todas as suas particularidades são mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos em contexto de cuidados de saúde também deixa alerta quem sobre este tema se debruça (Silva et al., 2016) & (Oliveira, 2015).

O grande espectro de idades das crianças internadas, em Portugal dos 0 anos aos 17 anos + 365 dias, com diferentes estadios de desenvolvimento e diferentes necessidades, a imaturidade fisiológica, as características das crianças ou as defesas limitadas, são alguns dos fatores que tornam esta população mais propensa a eventos adversos na área da prestação de cuidados. Estes erros são mais graves e mais frequentes em ambientes de cuidados intensivos ou de emergência e os eventos adversos relacionados com medicamentos são três vezes mais frequentes em crianças do que nos adultos, resultante da grande variedade de dosagens necessária devido ao peso das crianças e também por grande necessidade de manipulação, preparação e diluição dos mesmos, visto a maioria dos medicamentos não apresentarem dosagens destinadas a crianças (American Academy of Pediatrics, 2011).

Os internamentos pediátricos são tendencialmente mais dinâmicos e existem salas didáticas para alem das unidades dos doentes, onde podem estar diversas crianças ao mesmo tempo. Até certa idade, as crianças demonstram-se incapazes de questionar os cuidados que lhes são prestados, pelo que isto, associado ao risco de uma incorreta identificação do doente, também constituem fatores de risco para a ocorrência de eventos adversos nesta população especifica, mesmo que esteja preconizado que a criança se encontre acompanhada pelos pais, pois isto nem sempre é possível nas 24 horas do dia, perdendo-se assim provisoriamente um aliado na busca da qualidade dos cuidados (Sanders, 2014) & (Silva et al., 2016).

1.2.2. O EESIP e a Segurança e Qualidade de Vida

É ponto assente no quadro regulador da profissão de Enfermagem que a segurança é uma prioridade para todos os profissionais abrangidos por este, sendo isto refletido diretamente no Código Deontológico do Enfermeiro. Servindo de base a esta afirmação e a toda a temática da segurança, o Artigo 97º enfatiza a competência técnica e científica, bem como o respeito pelos direitos humanos como sendo dever e responsabilidade individual, na busca de qualidade nos cuidados e serviços de enfermagem. O Artigo 99º, por seu lado, define como princípios gerais da prática de enfermagem a igualdade, a verdade e a justiça e também a escolha com vista ao bem comum e o aperfeiçoamento profissional, com resultados na

qualidade da prática. Relativamente às políticas abordadas anteriormente, como a abordagem ao erro, também estas vêm contempladas no Código Deontológico dos enfermeiros, mais precisamente no Artigo 109º onde na alínea a) refere que estes devem analisar regularmente os cuidados que prestam e reconhecer as falhas que necessitam de uma mudança de atitude, ao mesmo tempo que devem comunicar os problemas que prejudiquem a qualidade dos cuidados (OE, 2015).

Igualmente as competências comuns do EE revelam a preocupação com a segurança, quer no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, quer no domínio da Melhoria da Qualidade. No primeiro pressupõe-se que o enfermeiro suporte a sua prática clínica na mais recente evidencia científica, identifique lacunas e funcione como promotor de conhecimento e no segundo, o enfermeiro deve participar no desenvolvimento de projetos de melhoria continua da qualidade, na sua organização, analise, divulgação de resultados e implementação (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

Relativamente ao EESIP, é possível ir beber informação no que à segurança diz respeito, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, sendo que este tem o dever de prestar cuidados diferenciados e de excelência, baseados na competência e segurança, à criança/jovem, independentemente do contexto em que esta se encontre, seja saudável ou doente, e devendo sempre incluir a respetiva família em todo o processo. Assim, o EESIP, deve gerir a sua prática de forma a encontrar e providenciar sempre um ambiente promotor do desenvolvimento e da saúde à criança/jovem/família a quem presta cuidados, assegurando a qualidade dos mesmos e também a segurança e a qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2017).

1.3. O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

O transporte inter-hospitalar de doentes funciona como forma de aproximar os recursos humanos e materiais dos doentes que deles necessitam, tendo especial relevância quando se fala de cuidados intensivos ou de intervenção cirúrgica de urgência por exemplo, sendo uma peça fundamental da cadeia de assistência ao doente, favorecendo sempre a continuidade de cuidados (Mata et al., 2017).

A importância de diferenciar a todos os níveis o transporte de adultos do transporte pediátrico, passa pelas particularidades da criança, sua fisiopatologia e suas necessidades enquanto doente, sendo que toda a preparação e planeamento deve ser particularmente pensado para as suas características especiais (Mata et al., 2017). Para que isto se verifique, e quando o hospital de origem não consegue responder de forma adequada às necessidades da criança, esta deve ser transferida para outra instituição, sendo que

os riscos inerentes devem ser calculados, previstos e resolvidos durante este transporte, sendo necessária, portanto, uma equipa qualificada, um meio de transporte adequado e material adequado às especificidades da criança (Stroud et al., 2013).

Em contexto pediátrico, o transporte inter-hospitalar tem vindo a tornar-se progressivamente uma componente imprescindível no tratamento de crianças, tendo sido este fortemente influenciado pelas condições socioeconómicas e culturais do país (Philpot, Day, Marcdante & Gorelick, 2008). A centralização de instituições de saúde que prestam cuidados a crianças, o desenvolvimento e especialização de unidades de cuidados intensivos pediátricos, especialidades de cardiologia ou cirurgia pediátrica e também a ocupação das regiões menos urbanas por parte da população, são fatores associados a uma alteração na igualdade de acesso a cuidados especializados, obrigando à procura de novas alternativas para que estes sejam assegurados, tornando-se aqui o transporte de doentes imprescindível (Ratnavel, 2013) & (Quinn, Pierce & Adler, 2015).

A literatura afirma que um encaminhamento imediato de crianças em situação critica mostrou melhores resultados a nível da saúde das crianças e aliando isto a programas especializados em TIP, que funcionem com diretrizes operacionais, *guidelines*, acordos de consultadoria e de transferência, que assegurem a segurança da criança e a rapidez do transporte, temos um exponencial aumento da qualidade dos cuidados prestados à criança em situação critica (Emergency Medical Services Authority, 2015). A presença de profissionais especializados em TIP provou também ser uma grande mais-valia para o sucesso do transporte, contribuindo para o aumento da taxa de sobrevivência e para a diminuição da ocorrência de eventos adversos não planeados durante o transporte, independentemente da gravidade da situação e do meio de transporte (Orr et al., 2009) & (Ramnarayan et al., 2010).

As equipas que prestam cuidados a crianças devem estar despertas para esta realidade, trabalhando para a promoção e melhoria do transporte inter-hospitalar pediátrico pois, torna-se claro que a melhoria progressiva do transporte especializado pediátrico está diretamente relacionada com melhores resultados e mais segurança para os doentes (Stroud et al., 2013). Legislativamente, também esta ideia está definida pois qualquer hospital tem o dever de providenciar às crianças que dos seus serviços necessitem, um ambiente que vá de encontro às suas necessidades físicas e afetivas, quer a nível de equipamento ou do seu pessoal, que deve ter formação adequada às necessidades das crianças e suas famílias. Para isso as equipas devem ser sempre capazes de assegurar a continuidade dos cuidados a cada criança, podendo para isso, ter de recorrer ao TIP (Instituto de Apoio à Criança, 2009).

Apesar do recente investimento a nível de conhecimentos na área da pediatria, o transporte de crianças em situação critica continua a ser um desafio para os hospitais não diferenciados que primeiro recebem as crianças, com estas a serem submetidas a um ambiente de cuidados de alto risco com recursos limitados, equipas não especializadas e insuficiente capacidade de monitorização. Decisões importantes de transportar uma criança em situação critica ou da equipa que a acompanha (ou não) são tomadas todos os dias, no entanto a literatura que deveria suportar estas decisões ainda se revela insuficiente, a nível global e ainda mais diminuta em Portugal (Orr et al., 2009).

Encontramo-nos então perante uma necessidade emergente de criar literatura e apostar na temática do TIP, diferenciando-o do transporte inter-hospitalar de adultos pois quer as equipas, quer as escalas utilizadas para definição de necessidades de transporte utilizadas nos adultos, não são aplicáveis às necessidades das crianças. É fundamental que os serviços que prestam assistência a crianças em situação critica definam normas e procedimentos de atuação que uniformizem a prática e proporcionem a formação dos seus prestadores de cuidados.

1.3.1. O Enfermeiro e o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

A decisão de transportar uma criança em situação critica só é tomada depois de serem pesados cuidadosamente os riscos e benefícios do processo, sendo que este só é efetuado quando os benefícios e contributos para a melhoria do estado clínico e o impacto positivo na redução da mortalidade e morbilidade estão presentes, não sendo admissível que durante o transporte sejam prestados cuidados de pior qualidade do que no hospital de origem, nem uma deterioração do estado de saúde que não seja resultante da patologia de base da criança (Philpot et al., 2008). Também a segurança dos profissionais deve ser tida em conta no decorrer deste processo de tomada de decisão.

Apesar de esta ser uma decisão que constitui um ato médico, todo o processo que dai se desencadeia é definido e efetuado por uma equipa multidisciplinar de médicos e enfermeiros, incluindo a fase de planeamento em que está incluído o contacto com o serviço recetor, a escolha do meio de transporte e equipa de transporte, bem como o tipo de monitorização a utilizar, a terapêutica necessária e previsão de complicações (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2008) & (Martins & Martins, 2009).

O enfermeiro, por ser o elemento da equipa que está mais próximo do doente e que está envolvido no maior número de intervenções ao doente, inclusivamente do doente critico, desde a avaliação e vigilância até à prestação de cuidados e, por outro lado, devido ao desenvolvimento das suas qualificações e

competências ao longo do tempo, torna-se um excelente elemento da equipa multidisciplinar para assumir o planeamento dos cuidados a prestar ao doente em situação critica (Pereira, 2018).

Por outro lado, as próprias matrizes da profissão reforçam esta ideia, mostrando que a tomada de decisão faz parte do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo que este deve desenvolver uma prática profissional com responsabilidade e consciência, baseando-se no "conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada" (Regulamento nº 190/2015 de 23 de Abril da OE, p.10088), devendo para isso recorrer ao planeamento e fundamentação das suas ações, tendo a responsabilidade de responder pelos seus atos e devendo sempre cumprir os pilares fundamentais presentes no Código Deontológico do Enfermeiro.

A par disso, com competências acrescidas e aprofundadas nos vários domínios de atuação de enfermagem e atento aos processos de promoção da saúde e aos problemas de saúde, temos o enfermeiro especialista, que deve ser um elemento de referência nas equipas a nível de orientação, aconselhamento e liderança, trabalhando com a finalidade de otimizar o processo dos cuidados no que à tomada de decisão diz respeito, para isso assessorando os enfermeiros e tomando decisões em conjunto com a equipa multidisciplinar tornando-se, portanto, uma peça-chave nos momentos de tomada de decisão e na sua promoção (Regulamento 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE). Por outro lado, o EESIP direciona a sua visão, conhecimentos e prática para os processos de saúde e doença singulares da criança/jovem e sua família, procurando a prestação de cuidados de excelência, com segurança, competência e satisfação desta população tao especifica. (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Relacionando então as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com as Competências Especificas do EESIP, temos um elemento de destaque na equipa multidisciplinar para colaborar ativamente no planeamento e implementação de projetos de intervenção a nível organizacional, mais precisamente no que ao TIP diz respeito, devido aos conhecimentos acrescidos do mesmo na área da prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, ao tempo que este passa a prestar cuidados à criança em situação critica e também ao conhecimento das falhas, necessidades, funcionamento e também pontos fortes do serviço e equipa.

1.3.2. O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico em Portugal

O TIP é uma realidade da prática há mais tempo do que o que é possível analisar na literatura, e no entanto, no que diz respeito à investigação estamos perante uma temática relativamente recente na área da pediatria. Apesar disso, alguns países como os Estados Unidos da América ou o Reino

Unido já tem o TIP organizado há algumas décadas (Abecasis, 2008). O mesmo autor defende que, à semelhança de outros países, é imperativo que em Portugal se crie um sistema organizado de TIP, que proporcione os cuidados necessários à criança em situação critica, primando pela segurança e excelência dos mesmos e que abranja todo o território nacional.

Em Portugal, o transporte inter-hospitalar do doente critico é percebido como um serviço a ser assegurado no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, com recurso aos meios de emergência medica do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em estreita articulação com os vários intervenientes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Despacho nº5058-D/2016). No que ao TIP diz respeito, é imprescindível esta articulação entre o INEM que possui equipas especializadas, com as equipas dos serviços de origem das crianças, de forma a que sejam tomadas as decisões e geridos os recursos de acordo com o superior interesse da criança (Pereira, 2018).

Assim, desde 2012, o INEM assume a responsabilidade pelo transporte inter-hospitalar de doentes críticos neonatais e em idade pediátrica, dos 0 aos 18 anos de idade, de acordo com o Despacho 1393/2013, sendo que este é realizado através das ambulâncias TIP que estão sediadas em quatro unidades de cuidados intensivos pediátricos/neonatais, Algarve, Lisboa, Coimbra e Porto, e que são coordenados pelo INEM em parceria com o SNS. A escassez de meios, para a área geográfica e população a abranger levou a uma definição de critérios extremamente restritos para a sua ativação, de forma a existir uma triagem e a assegurar a assistência às crianças em situação de maior complexidade e em maior necessidade de cuidados diferenciados. Quando por motivos de gestão de recursos ou distâncias, o INEM não consegue assegurar este transporte, as instituições devem ser capazes de o assegurar, através de esquemas organizativos, equipas competentes e material adequado (Ordem dos Médicos e SPCI, 2008).

Assim, os mesmos autores consideram prioritária a criação de equipas de transporte e a definição de membros ou grupos de trabalho responsáveis pela criação de normas e auditorias aos transportes inter-hospitalares. Para alem de toda a operacionalização do TIP estas equipas devem também ser responsáveis pela formação das suas equipas, de forma a termos transportes inter-hospitalares que assegurem a segurança quer dos utentes, quer dos profissionais. (Ordem dos Médicos e SPCI, 2008) & (Pereira, 2018).

2. PERCURSO ACADÉMICO: DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação foi-nos solicitada a elaboração de um projeto numa área particular de interesse, integrada numa das linhas de investigação definidas, integrando-o no relatório final de estágio de forma a dar resposta às competências do EESIP e de Mestre, com o intuito final de poder ser levado a discussão publica. Assim este trabalho foi entregue no dia 15 de Junho de 2019 aos Serviços Académicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, juntamente com a documentação solicitada, o Pedido de Parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde Sobre a Realização do Projeto de Intervenção em Serviço (Apêndice I) e o respetivo Resumo, Objetivos e Cronograma (Apêndice II)

A linha de investigação que foi seguida foi a Segurança e Qualidade de Vida e a temática escolhida foi o TIP, mais concretamente a segurança da criança durante o mesmo. Esta problemática encontrada no contexto clínico foi a linha orientadora no desenvolvimento do enquadramento concetual, do planeamento e implementação do PIS e para a condução dos momentos de aprendizagem. Ainda assim, e apesar de existir uma temática de referência não podemos deixar de reforçar a ideia de que todas as competências comuns e especificas do EESIP foram trabalhadas e desenvolvidas nos contextos de estágio vivenciados durante a formação, de forma a dar resposta a uma diversidade de situações onde a criança e sua família estão presentes.

Ao longo da componente teórica do curso foram adquiridos conhecimentos teóricos, que foram posteriormente aplicados na prática, na realização dos estágios. No Estágio I foi-nos possível aplicar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem com vista à maximização da saúde e promoção do desenvolvimento saudável da criança e sua família, enquanto que no Estágio Final as competências adquiridas e desenvolvidas foram direcionadas para a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família em situação de especial complexidade, em contexto de internamento, de cuidados intensivos e intermédios neonatais e de urgência. Da realização destes estágios surge a necessidade da elaboração de uma reflexão critica, sendo que a prática de uma análise reflexiva das competências que se desenvolvem em contexto de estágio diz respeito às atividades intelectuais que o estudante desenvolve com o objetivo de pensar as suas experiências com a finalidade de aumentar a sua compreensão sobre os seus atos (Boud, Keogh & Waker citado por Peixoto & Peixoto, 2016). É de extrema importância a sua realização na aprendizagem e desenvolvimento de competências em contexto prático pois fomenta “o desenvolvimento das teorias cognitivas e afetivas de

comportamento moral e ético" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.122) de forma a que os alunos sejam capazes de questionar as regras da profissão, integrando o pensamento critico na sua prática diária.

Para conclusão das unidades curriculares relativas aos momentos de estágio, correspondentes a um total de trinta e dois *European Credit Transfer System* (ECTS), foram cumpridas um total de 462 horas de estágio, partilhadas entre o Estágio I e o Estágio Final.

No segundo semestre do primeiro ano letivo foi realizado o Estágio I em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mais concretamente numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), perfazendo um total de 126 horas, tendo decorrido do dia 14 de Maio de 2018 ao dia 22 de Junho de 2018. A elaboração deste estágio foi direcionada principalmente para a aquisição e desenvolvimento de competências que visem a abordagem da criança e jovem e sua família num contexto de promoção e maximização da saúde, tendo em conta o processo de crescimento e desenvolvimento da mesma.

O Estágio Final, por sua vez, foi desenvolvido com o objetivo de poder ser capaz de nos permitir desenvolver e mobilizar conhecimentos que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família em situações de especial complexidade. Para esse efeito, este estagio que decorreu no primeiro semestre do segundo ano, foi subdivido em três contextos, o primeiro que decorreu do dia 17 de Setembro de 2018 ao dia 12 de Outubro de 2018 (84 horas) num internamento de pediatria, o segundo contexto do dia 15 de Outubro ao dia 9 de Novembro (84 horas) numa unidade de neonatologia e o ultimo período tendo decorrido num SUP, do dia 10 de Dezembro ao dia 18 de Janeiro de 2019, com pausa letiva de 21 de Dezembro a 2 de Janeiro de 2019, perfazendo um total de 168 horas.

Seguidamente iremos explanar as experiências vividas e as atividades desenvolvidas em cada um dos locais de estágio, tendo sempre em conta a linha de investigação a desenvolver, as competências comuns do EE, as competências especificas do EESIP e as competências de Mestre. Para isso iremos caracterizar brevemente os locais de estágio e realizar uma reflexão critica sobre as experiências vivenciadas, as aprendizagens retiradas dessas experiências e as competências desenvolvidas no processo.

2.1. Estágio I: O desenvolvimento saudável e a maximização da saúde da criança/jovem e a sua família

Em 1990, aquando da criação da Lei de Bases da Saúde, a saúde viu reforçado o que já era conhecido desde há mais de 40 anos, desde a Declaração de Alma-Ata, que "O sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades.", (Lei nº48/90 de 24 de Agosto, 1990, p. 3454) devendo estes funcionar como os grandes promotores de uma articulação próxima entre todos os níveis de cuidados, de forma a promover a maximização da saúde dos indivíduos e das populações (International Council of Nurses, 2009). Para que esta proximidade seja real, os profissionais que prestam cuidados nos CSP devem ter consciência do seu papel importante e complexo, onde é necessário que exista uma "abordagem holística que considere aspetos físicos, emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada um e as realidades do contexto em que cada individuo vive" (OMS, 2008, p. 49) para que cada individuo seja considerado singularmente, tal como o seu projeto de vida e de saúde. Tudo isto exige dos CSP e dos seus profissionais, um esforço acrescido para que seja mantida sempre uma continuidade dos cuidados, componente imprescindível em todos os aspetos da saúde e da doença, desde a doença crónica à saúde reprodutiva ou para assegurar um crescimento saudável das crianças (OMS, 2008).

Em 2005 inicia-se a Reforma dos CSP em Portugal onde foi possível assistir a uma reorganização dos mesmos em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo subdivididos em diversos tipos de unidades funcionais. Foi possível observar nessa altura a criação de unidades vocacionadas para os cuidados médicos e de enfermagem, as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as UCSP, as Unidades de Saúde Publica (USP) que desenvolvem o trabalho de observatório de saúde por áreas geográficas, procedem à elaboração de planos em domínios de saúde publica, à vigilância epidemiológica e gerem programas de intervenção na prevenção e promoção da saúde das populações. Também fazem parte desta reforma as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que prestam cuidados de saúde em ambiente domiciliário e comunitário e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), unidades que integram outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com o objetivo de prestar consultadoria assistencial às outras estruturas da saúde (Biscaia & Heleno, 2017).

As UCSP, de acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008, têm uma estrutura semelhante à das USF, com o objetivo de prestar cuidados individuais e familiares personalizados assegurando a acessibilidade e a continuidade dos mesmos, funcionando através de equipas multidisciplinares constituídas normalmente por enfermeiros, médicos e administrativos. Estas duas unidades funcionais diferem na sua organização,

sendo que as USF têm os seus cuidados organizados por famílias, com o conceito de médico de família e enfermeiro de família, enquanto que as UCSP estão organizadas por programas, mantendo o conceito de médico de família, mas com a atribuição de um programa específico a cada enfermeiro, desde a saúde infantil, à saúde materna, tratamentos, vacinação, entre outros (Ministério da Saúde, 2011).

Nestas componentes vocacionadas para a prestação de cuidados, UCSP e USF, é tendencialmente o enfermeiro o primeiro contacto com a população, sendo também o principal grupo de profissionais de saúde presente neste contexto, quer em número, quer em projetos e atividades. É sua competência, para o sucesso da sua atuação, a promoção da saúde e prevenção da doença ao longo de todo o ciclo de vida, a prestação de cuidados na doença, a continuidade de cuidados, a formação profissional, a avaliação de resultados e ganhos em saúde e sobretudo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, que são sempre centrados no individuo e na comunidade em que se inserem (DGS, 2002).

No que à população pediátrica diz respeito e de forma a aumentar os ganhos em saúde das crianças e jovens e a sua qualidade, o que contribui em grande escala para a saúde dos adultos do futuro, tem um papel de destaque o EESIP que detém as competências para trabalhar com a criança e sua família em qualquer contexto em que esta se insira, através de uma prestação de cuidados de excelência, com segurança e competências acrescidas, com as máximas de potenciar a sua saúde, para isso mobilizando os recursos de suporte disponíveis e disponibilizando também educação para a saúde de qualidade. Na área dos CSP, é papel fundamental do EESIP avaliar e promover o crescimento/desenvolvimento da criança e do jovem, intervindo diretamente com as famílias, com o principal objetivo de as capacitar para as boas decisões em saúde, e de acordo com o desenvolvimento da criança promover continua e progressivamente a sua autoestima e responsabilização nas suas próprias escolhas em saúde. Também é da sua competência a deteção precoce e o encaminhamento de situações ou comportamentos que possam afetar a qualidade de vida e o desenvolvimento da criança (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Para suporte e orientação a estas boas práticas, é ferramenta imprescindível dos prestadores de cuidados que desenvolvem a sua atividade profissional em CSP, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) emanado pela DGS, que tem contribuído continua e eficazmente para a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal, que teve a sua última versão editada no ano 2013. Este novo documento traz algumas alterações ao anteriormente em vigor como as idades-chave para consultas, a adequação das curvas de crescimento à população portuguesa e são também introduzidas algumas temáticas perturbadoras do desenvolvimento infantil a ter em conta, como as perturbações emocionais e os maus tratos (DGS, 2013).

Com tudo isto, e conscientes da importância dos CSP e o papel de relevo do ESSIP neste domínio para ganhos em saúde e promoção da segurança da criança/jovem e sua família, foi desenvolvido o Estágio I.

2.1.1. O Local de Estágio

O Estágio I foi realizado numa UCSP inserida numa Unidade Local de Saúde, que conta com cerca de 28 mil inscritos, coordenada por um Médico de Medicina Geral e Familiar e com uma responsável de Enfermagem especialista em Saúde Comunitária. Apesar do Estágio ter sido desenvolvido na sede, esta UCSP conta com mais quatro extensões justificadas pela dispersão geográfica do Concelho. A sede oferece à população cuidados médicos e de enfermagem de segunda à sexta das 08h às 20h e conta também com uma higienista oral e uma assistente social que são partilhadas com a UCC. Para alem destes profissionais, fazem parte da equipa também assistentes técnicos.

A UCSP em questão funciona por programas, sendo que o conceito de médico de família se observa, mas no que diz respeito à enfermagem, os profissionais estão distribuídos por programas: Saúde infantil, Saúde materna, Vacinação, Sala de Tratamentos, Hipertensos e Diabéticos. Cada programa tem um enfermeiro responsável, preferencialmente especialista ou com formação na área que lhe é atribuída. No caso da saúde infantil, a enfermeira responsável e orientadora deste Estágio I é EESIP, o que não invalida, devido à escassez de profissionais e importância do trabalho de equipa, que preste cuidados noutras áreas e participe em atividades fora da área da saúde infantil.

As consultas de Saúde Infantil e Juvenil realizam-se diariamente, com horário estabelecido para o período da manhã ou da tarde dependendo do dia, mas devido ao facto da EESIP ter autorização por parte da chefia para gestão das atividades conforme necessidade e também devido à proximidade desta com os seus utentes, muitas vezes foram realizadas consultas fora do horário pré-estabelecido para consulta, de forma a suprir necessidades dos pais e crianças, aumentando assim a afluência às consultas, tornando os cuidados mais personalizados e próximos das pessoas, aumentando também a qualidade das relações entre famílias e profissionais. Para alem das consultas, a EESIP é também o elemento de referência do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), é responsável pelo programa do "Teste do Pezinho" quer no domicílio quer na estrutura física da UCSP, conforme a preferência dos pais, pela pesagem semanal dos recém-nascidos (RN) e por outros programas esporádicos relacionados com a saúde infantil.

Os registos de enfermagem são todos elaborados na plataforma informática *Sclinic,* apesar de alguns dados e convocatórias ainda serem retirados da antiga plataforma de registo de vacinação, o *SINUS.*

2.1.2. Competências do EESIP: uma reflexão sobre a aprendizagem

Para planeamento e realização deste Estágio focámo-nos na aquisição de algumas das competências especificas do EESIP explanadas no Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE 2018, fazendo delas os objetivos para este período de aprendizagem prática, sendo eles os seguintes:

-Assistir a criança/jovem na maximização da sua saúde em parceria com a sua família;

-Implementar e gerir um plano de saúde que promova a parentalidade;

- Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e também nas situações de risco que ponham em causa a vida ou qualidade de vida das crianças;

- Prestar cuidados específicos que vão ao encontro das necessidades e do ciclo de vida da criança;

- Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil;

- Comunicar com a criança de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e cultura;

- Promover a autoestima do adolescente e fomentar a autodeterminação nas escolhas certas relativas à saúde.

Para preparar a realização deste Estágio e ser capaz de dar resposta às necessidades da criança e sua família de forma mais completa e baseada na evidencia, para puder alcançar os objetivos propostos e por consequência adquirir as competências propostas ao ESSIP, foi realizada uma pesquisa e atualização bibliográfica debruçando-nos nas versões mais atualizadas do PNSIJ e também do Plano Nacional de Vacinação (PNV), que se mostraram imprescindíveis para a realização das consultas de enfermagem de saúde infantil.

A principal atividade realizada pela EESIP no Centro de Saúde (CS) são as consultas de enfermagem de saúde infantil, que são realizadas nas idades-chave preconizadas pelo PNSIJ e são realizadas no momento antes da consulta médica. Nesta consulta realizam-se uma panóplia de intervenções, existindo uma serie de parâmetros de crescimento e desenvolvimento parametrizados, de acordo com a idade, como peso, cumprimento, índice de massa corporal/Percentil, perímetro cefálico, tensão arterial, exame físico, dentição, visão, audição, anca, desenvolvimento, marcha, postura, vacinação, linguagem, estadio

pubertário, desenvolvimento social e psicoafectivo, relação emocional, risco de maus tratos e segurança do ambiente. Para alem da avaliação destes parâmetros, avaliam-se através de entrevista informal e realizam-se ensinos aos pais sobre os cuidados antecipatórios, também eles definidos por idade/consulta, onde se abordam as atividades de vida da criança, desde a alimentação, vitamina D, saúde oral, higiene, posição de deitar o RN, hábitos de sono, hábitos intestinais, controlo de esfíncteres, calçado e marcha, promoção do desenvolvimento, atividades desportivas e culturais, acidentes e segurança, febre, sinais de alerta, adesão à vacinação, o infantário/creche/ama, a escola, a puberdade, os amigos, a cidadania, sexualidade, consumos nocivos, violência e maus tratos e relação emocional (DGS, 2013).

Com a execução das consultas sentimos que fomos capazes de adquirir ao longo do estágio a competência especifica 3 do EESIP que pressupõe que este "presta cuidados específicos em reposta ás necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19194). Com a preciosa intervenção da EESIP, foi-nos possível ir desenvolvendo autonomia primeiro no planeamento e posteriormente na condução das consultas, e devido à grande afluência de crianças ao CS, foi-nos possível realizar pelo menos uma consulta de cada idade definida pelo PNSIJ (DGS, 2013). Para alem de competências de comunicação que fomos adquirindo com o contacto com a população, desenvolvemos a observação critica da criança, através do contacto com o que é normal e esperado, estando agora mais despertos para alterações do desenvolvimento e aptos a ler e a utilizar curvas de crescimento e testes *de* rastreio *standartizados* como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, utilizada para as crianças entre o 1º e do 12º mês de vida e entre os 18 meses e os 5 anos, o que permite uma identificação precoce de alterações e o devido encaminhamento para as especialidades necessárias (E2.5.6).

Nesta UCSP existe uma médica com formação especifica em saúde do adolescente, o que se mostrou uma ferramenta importantíssima para a população abrangida por este CS, visto ser um recurso e uma área a que se é dada ainda pouco importância mas que pode ter resultados extremamente benéficos para a saúde e bem estar dos adolescentes e futuros adultos. Esta faixa etária vivencia processos dinâmicos, específicos e nada uniformes de maturação física, psicológica e emocional. Quando em transição da infância para a vida adulta deparam-se com novas experiências como as transformações corporais, o desenvolvimento de novas competências cognitivas e os novos papeis na sociedade, o que determina a sua perceção e posterior inclusão no mundo adulto, o que em grande escala se revê no futuro de uma sociedade, que com adultos não saudáveis não tem como ser produtiva, saudável e sustentável. Aqui, a saúde do adolescente reveste-se de extrema importância e por consequente o mesmo acontece com a consulta do adolescente que tem um papel preponderante no diagnostico e tratamento dos problemas

de saúde, mas também na prevenção de comportamentos de risco e na escolha de hábitos de vida que promovam a saúde e o bem-estar (Figueiredo, 2009).

Estas consultas acontecem uma tarde por semana e os adolescentes podem marcar espontaneamente uma consulta ou podem ser encaminhados pelo enfermeiro, assistente social ou médico de família. A consulta médica é sempre precedida ou realizada em conjunto com a consulta de enfermagem, dependendo do adolescente e da sua situação especifica. Esta decisão é tomada pela medica e pela enfermeira EESIP antes das consultas. Esta mostrou-se uma oportunidade importante na formação como futuros EESIP para a aquisição de competências especificas, mais precisamente da unidade de competência E3.4 "Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde", e um dos objetivos traçados para este estágio, pois foi-nos dada a oportunidade de assistir às consultas conjuntas com a médica e também realizar algumas consultas de enfermagem após planeamento prévio com a EESIP e foram-nos também transmitidas estratégias de comunicação e de condução da consulta que fizeram de nós enfermeiros mais competentes na área da comunicação com o adolescente, que por vezes pode ser um desafio, na construção de uma relação empática e de confiança, na recolha e deteção de informações importantes, no reforço da tomada de decisão e na negociação de "contratos de saúde" incentivando o comprometimento do adolescente de forma a torna-lo consciente e responsável pelas suas próprias decisões em saúde (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19194).

Na organização das UCSP existe um enfermeiro responsável pelo programa de vacinação, e neste CS a realidade não é diferente. Apesar disso, e de existirem horários de vacinação alargados de forma a abranger as necessidades da população, existe uma estreita relação entre os membros da equipa de enfermagem, que compreendem e fomentam a adoção de medidas que permitam o alcance dos melhores resultados em saúde possíveis. Por esse motivo, as vacinas que coincidem com a idade preconizada pelo PNSIJ para a consulta de enfermagem são administradas na própria consulta pela EESIP, aproveitando as oportunidades, minimizando o transtorno e deslocações dos pais ao CS e aumentando ou fomentando a relação de confiança e o conceito de enfermeiro de referência das crianças.

Com a participação nesta atividade foi-nos possível desenvolver conhecimentos acerca do PNV em vigor desde 2017, que fornece a toda a população igualdade de acesso à vacinação e que se adequa às necessidades e características da população mantendo a segurança, qualidade e atualização constante. Ao contactar com este programa adquirimos e consolidámos conhecimentos relacionados como o esquema vacinal recomendado, as vacinas incluídas, locais e vias de administração, posologias, efeitos

adversos, contraindicações, reações após administração e recomendações a fornecer aos pais (DGS, 2016).

O ato da vacinação, principalmente de crianças pequenas, mostrou ser um momento de ansiedade e duvidas para os pais, pelo que o contacto com estas situações foi de extremo relevo para conseguirmos desenvolver a unidade de competência E1.1., mais especificamente o critério de avaliação E1.1.4 ". Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença" neste caso dedicados aos processos de saúde aquando da adesão ao PNV e de doença quando em contacto com efeitos adversos ou reações após administração das vacinas (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19193).

Para alem disso foi-nos possível treinar a técnica de administração e mais importante desenvolver técnicas de intervenção não farmacológicas do controlo da dor, caminhado para a promoção do conforto em pediatria, mesmo durante procedimentos invasivos. A dor em pediatria é um fator influenciado principalmente pela idade da criança, pelo seu desenvolvimento e capacidade de se expressar e também pela causa de dor e tem de ser sempre tida em conta. De igual forma, a ansiedade que a dor da criança provoca nos pais deve também ser avaliada e trabalhada pelos profissionais de saúde. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com esta informação em mente, procurámos sempre aplicar competências de comunicação especificas do EESIP que fomos desenvolvendo ao longo do estágio, mais especificamente a unidade de competência E1.1.2 " Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis", objetivo central deste estágio, e debruçando-nos sobre o instrumento desenvolvido pela DGS (2012), as orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), foram sempre selecionados em conjunto com a EESIP os procedimentos não-farmacológicos mais adequados a cada criança e família sendo que foram sempre explicados aos pais antes de serem realizados de forma a diminuir a sua ansiedade e a incentiva-los a participar. A técnica mais adotada foi sempre a amamentação, seguida da distração com conversas, vídeos ou histórias. Nas crianças não amamentadas, com menos de um ano de vida, foi utilizada por vezes a administração de glicose a 30%. A adoção destas medidas vai de encontro à unidade de competência E2.2 "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas", sendo que mostrou resultados bastante positivos, quer nas crianças, que se mostraram sempre mais calmas, o que facilita a técnica e promove a noção de cuidados atraumáticos para a criança, quer nos pais, que ao verem as suas duvidas e receios desmistificados e ao comprovarem que as crianças não sentiam tanta dor

e que o bem-estar dos seus filhos é uma prioridade para os profissionais de saúde, se sentiam mais calmos e colaborantes, possibilitando a criação e manutenção de relações profissionais de confiança (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19193) & (DGS, 2012).

Por outro lado, conseguimos participar ativamente na divulgação da importância da vacinação para a criança e para a comunidade e também contribuir para a adesão à vacinação através da convocatória para a vacinação. Foi realizado, em conjunto com a EESIP/orientadora de estágio e com o consentimento da enfermeira responsável pelo programa de vacinação, um trabalho intensivo de convocatórias para a vacinação. Foi realizado um levantamento informático, através do programa SINUS, primeiro de todas as crianças com o PNV desatualizado e posteriormente de todos os adultos com a vacina do tétano e difteria em atraso. Para a primeira fase deste projeto, às crianças com o PNV desatualizado, foi efetuada uma tentativa de contacto telefónico a solicitar a presença no CS para vacinação, se possível com marcação imediata de data e hora para promover um comprometimento dos pais. Aos que não dispunham de contacto telefónico atualizado foi enviada uma carta convocatória. Para os adultos, como o número de inconformidades era muito superior, foram enviadas apenas as cartas convocatórias, perfazendo um total superior a duas mil cartas, juntando crianças e adultos. Este foi um processo moroso, pois todo o trabalho de impressão, colocação de assinatura e carimbo, colocação em envelopes em conjunto com horário atualizado do funcionamento da sala de vacinação e selagem das cartas foi elaborado manualmente por nós e pela enfermeira orientadora, com a imprescindível colaboração das técnicas administrativas do serviço. Apesar disso mostrou-se imprescindível, pois foi possível minimizar em grande escala e num curto espaço de tempo o número de crianças com o PNV desatualizado e vacinar uma grande quantidade de adultos que recorreram ao centro de saúde em resposta às cartas enviadas, que acreditamos ter continuado no tempo, após termino do nosso estágio. Foi-nos possível assim deixar um contributo importante para a saúde publica e em especial da população pediátrica da área de atuação desta UCSP, o que nos deixa bastante realizados, profissional e pessoalmente.

Para sistematizar as aprendizagens adquiridas no decorrer das consultas de enfermagem e de forma a planear a intervenção de enfermagem junto de uma criança e sua família onde foram identificados alguns focos de enfermagem comprometidos e também de forma a dar resposta à componente de avaliação do Estágio I, foi elaborado um estudo de caso (EC). Esta metodologia de trabalho reveste-se de extrema importância para consolidação de conhecimentos pois é um método de pesquisa empírica que pode ser aplicado em diversas situações e que permite a aquisição de conhecimentos dos fenómenos individuais ou de grupos. O seu objetivo passa por investigar fenómenos da vida real passando pelos processos de exploração, descrição e explicação dos eventos identificados. Na área da educação, e neste caso concreto, permitiu aproximar a teoria da prática através da problematização de uma situação especifica e posterior

tentativa da sua resolução (Andrade et al, 2017). Com esta sistematização de conhecimentos pudemos também dar resposta a mais um dos objetivos traçados, a implementação de planos de saúde que promovam a parentalidade (E1.1) (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19193).

A criança/família escolhida para a realização deste EC foi sugerida pela EESIP ainda antes do primeiro contacto com a criança, pois esta era uma criança que suscitava algumas preocupações à EESIP por apresentar necessidade urgente de intervenção em vários âmbitos da saúde infantil, principalmente a nível da adesão ao PNV e à consulta de vigilância em saúde infantil, mas também a nível da diversificação alimentar e também porque a criança tinha uma consulta marcada para uma data ainda dentro da duração do Estágio, o que iria promover o contacto com a família.

No dia em que se deu o primeiro contacto com a criança/família foi explicada a necessidade de elaboração de um trabalho académico e recolhido o consentimento informado do pai (Apêndice III) após explicação pormenorizada do que iria ser feito, bem como assegurada a confidencialidade dos dados que iriam ser colhidos através do instrumento de colheita de dados criado para o efeito, disponível no Apêndice IV. Esta colheita de dados foi elaborada de acordo com as orientações fornecidas pelo PNSIJ (2013) e a avaliação do desenvolvimento da criança foi efetuada com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada (Anexo I) referente à idade da criança, disponível também no PNSIJ (DGS,2013).

Para concretização deste trabalho começámos por realizar uma abordagem teórica de enquadramento do trabalho e conceitos a utilizar, passando de seguida para uma apreciação inicial de enfermagem, onde utilizámos um instrumento de colheita de dados (Apêndice IV) para desenvolver uma apreciação do nascimento e período neonatal da criança, do agregado família, onde foram construídos o genograma e o ecopama da família, e levantados o histórico de vigilância de saúde infantil, os problemas agudos de saúde e também a adesão ao PNV. Na realização da consulta dos 6 meses, contacto que tivemos com a criança, também todos os dados preconizados pelo PNSIJ foram registados e analisados, desde a vigilância em saúde infantil na consulta dos 6 meses à escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada e sinais de alarme (Anexo I) e também os cuidados antecipatórios aos seis meses.

Depois de avaliada holisticamente a criança e a sua família, utilizámos a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) com o intuito de construir diagnósticos de enfermagem, que darão origem a intervenções direcionadas para as necessidades da criança e sua família. Com a criação deste sistema de classificação foi possível fornecer à enfermagem dados de confiança e validos acerca do trabalho que é realizado pelos enfermeiros com o individuo, a família e comunidades, visto estarmos perante uma terminologia padronizada. Para a elaboração de um diagnóstico é fundamental ter pelo menos três dos

sete eixos preconizados pela CIPE®: um Cliente: "Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção", um Foco: "Área de atenção que é relevante para a enfermagem" e um Juízo: "opinião clinica ou determinante relativamente ao foco da prática de enfermagem" (International Council of Nurses, 2016, p. 19).

Após definidos os diagnósticos de enfermagem com necessidade de intervenção, procedemos ao planeamento e implementação das intervenções a ser executadas, de acordo com os resultados que pretendíamos alcançar, sendo que este planeamento se encontra sistematizado em forma de tabela no Apêndice V, onde também é realizado um paralelismo das intervenções com as competências do EESIP. Como a criança já era conhecida pela EESIP, as intervenções já estavam por nós previamente delineadas para colocar em prática no primeiro contacto com a criança, visto não haver espaço temporal para realizar três consultas: recolha de dados, implementação e avaliação. Assim, com o auxílio da EESIP, juntámos as duas primeiras intervenções no primeiro contacto. Terminámos com a avaliação dos resultados obtidos, comparativamente ao que se esperava obter. Para isso foi marcada a consulta seguinte, pedida a colaboração do pai para estarem presentes, o que aconteceu, e foi realizada a avaliação. Foi possível observar ganhos em saúde para a criança e também para a sua família, visto que na data da consulta da avaliação, a criança já tinha o PNV atualizado e o pai tomou consciência da importância das consultas de vigilância. Também pudemos percecionar ganhos no comportamento alimentar da criança, mais concretamente na diversificação alimentar, que também foi um problema levantado.

Com a elaboração deste EC foi possível responder a um dos objetivos traçados, e por consequência dar mais um passo na aquisição de unidades de competências do EESIP, mais especificamente a unidade de competência E1.1 "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem" (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19193). Analisar e descrever uma situação real da vida e saúde de uma criança, avaliar o seu contexto familiar e social e posteriormente traçar um plano com respostas às suas necessidades e da sua família mostrou-se importante na aquisição de competências de negociação com a família e também de tomada de decisão, aumentando as capacidades de responder à competência 3 do EESIP: "Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem", trabalhando unidades de competências como a E3.1 através da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e mais uma vez a E3.3, investindo no treino da comunicação com a criança e família de forma apropriada (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19193).

Outra atividade que nos foi possível desenvolver, por fazer parte das atividades da EESIP orientadora do estágio, está relacionada com o chamado "Teste do pezinho" ou Diagnostico Precoce, que é um rastreio

de diagnostico de doenças ou distúrbios metabólicos, genéticos e/ou infeciosas, que deve ser realizado por todos os RN entre o terceiro e o sexto dia de vida, de forma a detetar precocemente uma panóplia de doenças e prevenir ou eliminar sequelas resultantes da incidência das mesmas (Programa Nacional de Diagnostico Precoce, 2018).

A realização do Diagnostico Precoce pode ser realizada no CS ou no domicilio, sendo normalmente uma escolha dos pais da criança, sendo que, na realidade atual, por vezes estes não têm oportunidade de exercer esta escolha por incapacidade da EESIP se deslocar ao domicilio por motivos de dinâmica do serviço, apesar de esta lacuna ocorrer cada vez menos vezes devido aos esforços que esta faz para agilizar o horário e as outras atividades da sua responsabilidade. A necessidade de realizar este procedimento a todos os RN, cria uma oportunidade de excelência para a criação obrigatória, mas não impingida pelos serviços, de um primeiro contacto entre a família com um novo membro e os CSP, neste caso com a EESIP.

Esta oportunidade, principalmente em contexto domiciliário tem como objetivos avaliar o estado de saúde da mãe e do RN, a reação entre eles, promover o bem-estar da puérpera, auxiliar no planeamento de cuidados, orientar o planeamento familiar e permite ao EESIP conhecer a família no seu ambiente e por consequente observar e identificar fatores de risco ou possíveis intercorrências para intervenção imediata ou encaminhamento o mais precoce possível. Assim, este momento da realização do Diagnostico Precoce deixa de ser um procedimento e passa a ser a primeira consulta de enfermagem, a primeira interação entre a tríade criança/família/enfermeiro e uma possibilidade fantástica para o EESIP prestar cuidados ao RN e também à puérpera numa fase de mudanças e adaptações na vida da mulher e da família, que se alteram de acordo com os contextos em que estas se inserem e com as suas necessidades individuais (Rodrigues et al., 2011).

Durante a consulta ao RN e à puérpera é avaliado fisicamente o RN, pesado e medido e é avaliado o desenvolvimento com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (PNSIJ,2013), e também a mãe através da involução uterina, eliminação dos lóquios, diminuição da motilidade gastrointestinal, episiorrafia ou sutura (realização de penso se necessário). São realizados ou validados ensinos acerca da alimentação da mãe, da consulta da revisão do puerpério, da realização de esforço, das visitas à criança/família e do planeamento das atividades familiares e acerca dos cuidados ao RN como eliminações, medidas de segurança, banho, coto umbilical, primeira consulta, PNV, conforto, sinais de alarme, e todas as duvidas da mãe são esclarecidas ou encaminhadas para quem as consiga resolver. A amamentação é promovida e observada. São realizados ensinos relativamente à boa pega, à prevenção de complicações, aos horários de amamentação e à satisfação da criança e da mãe. Na altura da amamentação é realizado o Diagnóstico Precoce, mobilizando intervenções não-farmacológicas para

controlo da dor. A vinculação é fortemente promovida durante todo o contacto com a díade RN/mãe, bem como o reforço da presença de profissionais especializados disponíveis para a família no CS. Esta consulta permitiu-nos desenvolver competências na área do puerpério e do RN, o facto de ser realizada no domicilio obriga-nos a repensar e adequar a nossa postura enquanto profissionais, pois somos nós que estamos no espaço do doente e não ao contrario, e possibilitou-nos o contacto com diferentes tipos de mães, em idade, cultura, habilitações, numero de filhos e experiência, o que nos permite trabalhar competências de comunicação (E3.3), permite-nos promover o crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1), diagnosticar e intervir precocemente em doenças comuns da criança e também possíveis ambientes ou situações de risco que possam afetar a vida da criança de forma negativa (E1.2) e também iniciar precocemente a implementação de um plano de saúde individual de parentalidade adaptado a cada família (E1.1). Olhando para trás, e por termos realizado o estágio numa altura coincidente com bastantes nascimentos, tivemos a oportunidade de participar diversas vezes nesta experiencia bastante enriquecedora, que para alem de nos dar prazer de realizar por ser uma área de interesse, também se mostrou muito benéfica para o nosso desenvolvimento enquanto futuros EESIPS (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19193).

Outra das responsabilidades da EESIP passa por ser integrante da equipa como elemento da saúde, do SNIPI, que tem a missão de garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI) que se entende "como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social" (DGS, 2019) e trabalha com crianças até aos seis anos de idade com alterações ou risco de vir a apresentar alterações nas funções corporais, avaliando o normal desenvolvimento de cada faixa etária (DGS, 2019).

O grande papel da EESIP passa por detetar alterações ou risco destas nas crianças, o mais precocemente, em conjunto com a equipa médica e fazer a ligação entre a criança/família com a restante Equipa Local de Intervenção (ELI), da qual também fazem parte assistentes socias, terapeutas da fala, psicomotricistas, fisioterapeutas, médico, entre outros técnicos e que em conjunto desenvolvem e aplicam um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), de acordo com as necessidades da criança e da sua família.

No decorrer do estágio, foi-nos possível assistir a uma reunião da ELI, onde foram revistos e modificados alguns PIIP's já em aplicação, foram apresentados e discutidos novos casos e agendada reunião para criação ou aprovação de novos PIIP's após reuniões das técnicas da equipa com as famílias em causa. A presença nesta reunião foi bastante importante para a nossa aprendizagem, pois apesar de termos sido apenas espetadores, pudemos tomar conhecimento de toda uma rede de atuação com crianças com necessidades de apoio especiais, foi possível visualizar a multidisciplinaridade da ELI e também a boa

interação e entreajuda que existe entre os profissionais, com o objetivo de alcançar o bem-estar e desenvolvimento das crianças da comunidade em questão. Contactar com as responsabilidades da EESIP, a sua articulação com outros profissionais e a sua postura, e também com as medidas e estratégias que se adotam em casos específicos de necessidades especiais e possibilitou-nos a aquisição de algumas competências relacionadas com populações especiais, que não tivemos oportunidade de voltar a desenvolver durante o estágio. Dando resposta à unidade de competência E1.1, pudemos cumprir os critérios de avaliação E1.1.1, E1.1.7, E1.1.9 e E1.1.10, tornando-nos mais despertos para a avaliação da estrutura e contexto familiar e para apoiar a inclusão de crianças com necessidades de saúde especiais fazendo-nos mais aptos a estabelecer contactos com redes de suporte comunitários capazes de suprir as necessidades da criança, o que é importantíssimo pois a nossa pratica diária é desenvolvida na mesma comunidade onde atua esta ELI em questão. Para alem disso, também a unidade de competência E2.5 "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade" pode ser desenvolvida, através do diagnostico em consulta, de crianças com necessidades especiais (E2.5.1) que depois foram apresentados à ELI, com o objetivo de adequar o suporte comunitário de que aquela criança necessita e tem o direito de beneficiar, referenciando-a para instituições de suporte (E2.5.4 & E2.5.6) (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018, p.19193).

De forma a trabalhar a linha de investigação escolhida no inicio deste trabalho, "Segurança e Qualidade de Vida", mais concretamente na vertente da criança gravemente doente, visto que neste contexto o TIP não se aplica pois o hospital de referencia fica a cerca de 5 minutos de distância e todas as situações emergentes são diretamente encaminhadas para essa instituição e caso ocorra alguma no CS é ativada a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), propusemo-nos a organizar o carro de emergência do serviço e a consciencializar os profissionais para a importância do mesmo. Assim, após revisão e alterações conforme a norma da Unidade Local de Saúde, foi realizada uma sessão informal de consciencialização e demonstração, numa das tardes de quinta-feira, período já estipulado para formação em serviço semanalmente pelo que não foi necessária convocatória dos profissionais, em que se expôs o conteúdo do carro de acordo com a sua organização e aplicabilidade. Foram discutidas ideias de melhoria, retiradas duvidas acerca de algum material pouco utilizado no CS e definido um responsável para verificar o carro de emergência com a periodicidade definida pela norma em vigor.

Em suma, acreditamos que os objetivos que nos propusemos a alcançar durante este Estágio, foram cumpridos, potenciando a aquisição de algumas das competências do EESIP, sendo necessários outros contextos diferenciados para aquisição das restantes. A consolidação destas competências foi possível através da prática reflexiva e da tomada de decisão orientada pela EESIP, no espaço temporal do estágio, em momentos quer formais, quer informais, para os quais a enfermeira se encontrou sempre disponível,

e também com o professor orientador nos momentos de avaliação formativa, o que fez a diferença no processo de formação. Ao refletir podemos alterar e melhorar as nossas práticas, caminhando para a construção de enfermeiros, neste caso EESIP's, mais completos e competentes.

2.2. Estágio Final: A criança/jovem e família em situação de especial complexidade

A prestação de cuidados a uma criança em situação critica ou em situação de especial complexidade, que se desenvolve maioritariamente dentro dos hospitais, é um desafio constante para os profissionais de saúde, pois envolve o domínio de uma complexa rede de conceitos envolvendo a própria criança, as suas necessidades e individualidade, as suas especificidades enquanto doente e a compreensão da doença por parte da mesma, a gestão, acompanhamento e apoio à família ou acompanhantes, a situação critica que os coloca em contacto com os serviços de saúde, as questões sociais, a própria gestão dos cuidados, trabalho de equipa, politicas, normas e protocolos dos serviços e a garantia da qualidade e segurança dos cuidados e gestão de riscos (Neves et al, 2016).

O Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica afirma que o EESIP tem, no seu leque de competências, a responsabilidade de providenciar respostas em situações de especial complexidade, antecipando e respondendo ás situações de emergência e também de prestar especial atenção à família, adequando a sua atuação de forma a dar resposta às suas necessidades, principalmente na adaptação às alterações na saúde da criança e às alterações familiares que dai resultam, sendo para isso necessária uma formação continuada que resulte num desenvolvimento profissional, com a finalidade de assegurar uma prestação de cuidados segura e de qualidade (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Assim, e em consciência da importância deste Estágio para a nossa aprendizagem, foram escolhidos cuidadosamente os locais de estagio de forma a maximizar a diversidade de experiencias e facilitar a aquisição das competências especificas do EESIP, as competências comuns do EE e as competências do Mestre, bem como de forma a seguir a linha de investigação escolhida para o desenvolvimento deste projeto, procurando sempre enriquece-lo e aprofundar a temática escolhida, o TIP.

2.2.1. Os Locais de Estágio

O Estágio Final foi desenvolvido em três contextos diferentes, pensados e escolhidos de forma a estar em permanente contacto com a criança/jovem em situação de especial complexidade, mas de forma a variar

em contextos, idades, patologias e fases da doença, com o objetivo de enriquecer ao máximo o percurso de estagio e ser capaz de trabalhar a aquisição do maior numero de competências que se pressupõe.

2.2.1.1 Serviço de Internamento de Pediatria

As primeiras quatro semanas de estágio decorreram num Serviço de Internamento de Pediatria numa área metropolitana, pertencente a um Centro Hospitalar, projetado para dar resposta a crianças desde o nascimento até aos 18 anos, a uma população de aproximadamente 400 000 habitantes, sendo que cerca de 20% deste número tem menos de 16 anos. Este internamento conta com 27 camas/berços distribuídos por 11 quartos, sendo 2 quartos de isolamento e um quarto reservado para o estudo da epilepsia refratária, equipado com material para monitorização remota de vídeo EEG. O serviço disponibiliza uma sala de país equipada com cacifos, televisão e sofás e um WC com duche incluído, onde estes podem repousar, fazer as suas refeições ou cuidar da sua higiene. Existe uma sala de aleitamento materno onde as mães podem proceder à extração de leite, equipada com bombas individuais, cadeirões, frigoríficos e biombos para proporcionar privacidade. Para as crianças existem duas salas de atividades, a Sala 2 equipada adequadamente para crianças até aos 3 anos e a Sala 1 equipada para crianças a partir dos 3 anos, sendo nestas duas salas que maioritariamente se desenvolvem as atividades da educadora de infância. Para a prestação de cuidados existe uma sala exclusiva à preparação de medicamentos e uma sala de tratamentos onde são realizados todos os procedimentos invasivos às crianças.

A equipa é composta por médicos especialistas em Pediatria em permanência das 9h as 13h, sendo que a partir dessa hora a assistência passa a ser garantida pela equipa de urgência e 2 ou 3 enfermeiros por turno (distribuídos por 5 equipas), sendo que estes asseguram os cuidados durante 24h, em parceria com os pais/cuidadores sempre que estes estão presentes. Para alem destes profissionais, o serviço conta também com fisioterapeuta, educadoras de infância, auxiliares de ação médica, dietista, auxiliares de alimentação, assistente social, auxiliares de limpeza e administrativos. O serviço tem ainda apoio de outras especialidades médicas como cardiologia, cirurgia, neurologia, oftalmologia, ortopedia ou otorrinolaringologia.

Os cuidados de enfermagem são chefiados pela chefe de enfermagem e, na sua ausência, por uma responsável de serviço. Os enfermeiros organizam o seu trabalho por distribuição de doentes, que é realizado no início de cada turno pelo chefe da equipa que está a fazer turno, sendo atribuído a cada enfermeiro um determinado número de crianças, conforme a ocupação do serviço e as necessidades das crianças, que em parceria com os pais ou substitutos presta todos os cuidados necessários.

Relativamente à segurança das crianças, não foi adotado por este serviço o método de pulseira eletrónica, sendo que em vez disso, existe um sistema de segurança de portas que impossibilita a saída de crianças e a entrada de pessoas estranhas ao serviço ou visitas sem autorização pois as portas só abrem quando acionado um mecanismo apenas de acesso aos profissionais, permitindo-lhes um total controlo de quem entra e sai no serviço, sendo que este método conta inclusivamente com camaras de monitorização das portas.

2.2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais

O segundo momento do Estágio Final teve a duração de quatro semanas e decorreu numa Unidade de Neonatologia, também duma área metropolitana, pertencente a um Centro Hospitalar, sendo que este serviço está projetado para dar apoio perinatal a todos os RN que necessitem de vigilância ou cuidados especiais que fazem parte da área abrangida pelo centro hospitalar, recebendo ainda os RN gravemente doentes enviados da zona sul do país. Este serviço encontra-se dividido em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCINTN), que partilham todos os recursos e estão divididas fisicamente apenas por uma parede de vidro. A primeira tem capacidade para 5 unidades equipadas com postos de ventilação e a segunda tem capacidade para 9 incubadoras ou berços. Este serviço, à semelhança do anterior, também tem uma sala de país e uma sala de aleitamento materno. Contrariamente ao anterior, todos os cuidados à criança são prestados na própria unidade da criança.

A equipa é composta por médicos especialistas disponíveis 24 horas por dia e por 5 ou 6 enfermeiros por turno que prestam assistência 24 horas à criança, em parceria com os pais quando estes estão presentes. Para alem destes profissionais a equipa também é formada por auxiliares de ação médica, assistente social, fisioterapeutas, dietista, auxiliares de limpeza e administrativos. Da parte das especialidades o serviço tem o apoio permanente de especialistas consultores de cardiologia, cirurgia, genética, neurologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologista, entre outros.

Os cuidados de enfermagem são chefiados por uma chefe de enfermagem ou por uma responsável de serviço na sua ausência. Os enfermeiros são distribuídos pelas duas salas através de uma escala mensal rotativa e os RN são distribuídos por enfermeiro/por turno pelos chefes de cada equipa a realizar turno, de acordo com o grau de complexidade de cuidados de cada RN. Neste serviço o método de trabalho é baseado no modelo de Anne Casey, onde para alem dos RN também os pais/cuidadores são prioritários, sendo a capacitação, os ensinos e a autonomia nos cuidados um dos grandes pilares e ao mesmo tempo objetivo deste serviço.

O sistema de segurança do serviço é semelhante ao anterior descrito, pois estamos a falar de unidades pertencentes ao mesmo centro hospitalar.

2.2.1.3. Serviço de Urgência Pediátrica

O último momento do Estágio Final teve a duração de oito semanas e decorreu num SUP, novamente numa área urbana e num hospital pertencente a um Centro Hospitalar, sendo este um hospital que recebe crianças dos 0 aos 18 anos, de toda a região onde se situa, para alem de todas as crianças referenciadas do sul do país e ilhas e tem como missão, de acordo com o site da instituição, a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade direcionados para a criança/jovem e sua família que recorram diretamente ao serviço ou que sejam referenciados.

Devido à estrutura e construção antiga e desadequada à atual pratica de cuidados do edifício principal, o SUP encontra-se fisicamente dividido em duas partes, separado por um corredor principal do edifício. O lado A tem duas salas de espera, dois balcões administrativos, três postos de triagem, um deles capacitado para isolamento, uma sala de reanimação, uma sala de aerossóis, a sala de tratamentos A, uma "Sala Laranja" onde aguardam sob vigilância as crianças mais prioritárias e onde se realizam alguns tratamentos como administração de medicação e soros, uma Sala de Observação (SO) que de momento conta com capacidade para três camas e dois berços, onde as crianças ficam internadas sob vigilância por períodos inferiores a 24 horas e também quatro gabinetes médicos destinados aos médicos especialistas em pediatria. O lado B conta com uma sala de espera, um gabinete de cirurgia, uma sala de pequena cirurgia, um gabinete de ortopedia, a sala de tratamentos B e 4 gabinetes médicos de apoio. Também no lado B encontramos a área da pedopsiquiatria, uma SO com capacidade para duas camas, uma sala de isolamento e um gabinete médico. Apesar de se encontrar na estrutura física do SUP e das crianças fazerem o percurso normal do serviço, iniciado na triagem, quando são encaminhados para a especialidade de pedopsiquiatria, os cuidados de enfermagem passam a ser assegurados por enfermeiros do serviço de internamento de pedopsiquiatria, deixando de ser da competência dos enfermeiros do SUP.

A equipa é constituída por médicos especialistas em pediatria nas 24 horas do dia, bem como 7 ou 8 enfermeiros por turno que prestam cuidados em parceria com os pais/cuidadores. Para alem destes profissionais o serviço conta com assistentes operacionais, auxiliares de limpeza, administrativos e apoio da dietista e serviço social. Relativamente às especialidades médicas, em permanência existem as equipas de pediatria e de chamada a neuropediatria, a cirurgia, ortopedia, neurocirurgia e pedopsiquiátrica. Para todas as outras especialidades não residentes, o Centro Hospitalar tem protocolado um sistema de consultadoria rápida do doente pediátrico.

Os cuidados de enfermagem são chefiados por uma chefe de enfermagem ou por uma responsável de serviço na sua ausência. Os enfermeiros prestam cuidados por posto de trabalho, estando um ou mais enfermeiros destinados a cada posto: triagem, SO, sala de reanimação, sala de tratamentos A e apoio ao lado B. A triagem de doentes é assegurada pela equipa de enfermagem com recurso ao Sistema de Triagem de Doentes CPTAS – *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* que determina a prioridade do atendimento de acordo com o grau de gravidade, dividindo-as em cinco níveis: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

2.2.2. Competências do EESIP: uma reflexão sobre a aprendizagem

Para planeamento e realização deste Estágio voltámos a centrar a nossa atenção na aquisição de algumas das competências especificas do EESIP explanadas no Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE 2018, fazendo delas os objetivos para este período de aprendizagem prática, sendo eles os seguintes:

-Cuidar da criança/jovem e sua família em situações de especial complexidade;

-Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que afetem a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;

- Prestar cuidados específicos ao longo do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem;

- Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e cultura.

Mais uma vez, à semelhança do que aconteceu no Estágio I, para preparação pessoal de forma a dar resposta às necessidades da criança e da sua família em situação de especial complexidade, recorremos a uma pesquisa e atualização bibliográfica prévia, de acordo com os contextos de estágio com que iriamos contactar, bem como consultámos normas e procedimentos dos serviços em questão, relevantes para a prestação dos cuidados.

Começámos então esta etapa do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências do EESIP, comuns do EE e também do Mestre por um Serviço de Internamento de Pediatria, sendo que a nossa escolha recaiu sobre este serviço pois, apesar de nunca termos tido contacto com esta tipologia de serviço compreendemos que a hospitalização seja um processo angustiante e marcante na vida de crianças e também famílias, recheado de medos, desconfortos, angustias e inseguranças pelo que quisemos desenvolver competências atribuíveis ao EESIP, que permitam a minimização dos danos

causados à criança/família durante estes processos de internamento, ao mesmo tempo que desenvolvíamos competências relacionadas com a prestação de cuidados específicos e especializados adequados ao ciclo de vida da criança, e às situações de especial complexidade que estas atravessam. Para alem disso, considerámos que este seria o serviço ideal para desenvolver competências relacionadas com a comunicação com a criança e família (E3.3) e também onde existiriam oportunidades de gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da criança (E2.2) por este ser um serviço onde as crianças e as suas famílias passam algum tempo e onde é possível organizar o trabalho, visando a gestão do tempo e criação de oportunidades de estar disponível para a família e para discutir e planear as intervenções a realizar (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

A metodologia de aprendizagem adotada passou pela promoção da autonomia, sendo que no primeiro turno nos foi apresentado o serviço, as normas de funcionamento e de procedimentos e acompanhámos a EESIP na prática dos cuidados à criança/família. A partir desse dia foram-nos atribuídas crianças para nos responsabilizarmos pela totalidade dos cuidados a prestar à mesma, sob a supervisão da EESIP, sendo que começámos com uma criança e esse número foi gradualmente aumentando, até ficarmos com todas as crianças destinadas à EESIP. É importante ressalvar que a EESIP esteve sempre presente e disponível para consulta, discussão e transmissão de ensinamentos e foi uma enorme mais-valia poder observá-la e auxiliá-la no planeamento e prestação de cuidados à criança e família, de onde pudemos retirar excelentes exemplos de comunicação, resolução de conflitos e boas práticas.

A prestação de cuidados à criança em contexto de internamento permitiu-nos contactar com variados tipos de pessoas, com culturas, nacionalidades, crenças e contextos sociais distintos, bem como com crianças de diversas idades e vários estadios de desenvolvimento o que nos permitiu desenvolver a unidade de competência E3.3, relacionada com a comunicação apropriada a cada família, estadio de desenvolvimento e culturas, atendendo aos critérios de avaliação estipulados relacionados com a unidade de competência. Por outro lado, a variedade de patologias encontradas num serviço de pediatria que recebe todas as vertentes de especialidades, da medicina, à cirurgia ou ortopedia, entre outras, possibilitou-nos a reflexão, pesquisa e posterior aquisição ou consolidação de habilidades especializadas e individuais relacionadas quer com doenças comuns, quer nas situações de risco (E1.2) e também a possibilidade de providenciar cuidados à criança promotores do aumento dos ganhos em saúde (E2.4) (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

O ambiente controlado de um serviço de internamento, comparando com a realidade que conhecemos de um SU, permitiu-nos refletir sobre a importância da gestão diferenciada da dor e do bem-estar (E2.2) e esta consciencialização permitiu-nos não só desenvolver e aplicar, mas também levar para a nossa

prática diária, técnicas e estratégias de gestão da dor, quer farmacológicas, quer não farmacológicas e também de estratégias simples de conforto e melhoria da experiencia da criança com os serviços de saúde, como a presença constante dos pais, a disponibilidade para estes e para as crianças, o sorriso, a conversa e a brincadeira, a presença de brinquedos no serviço, a gestão menos rígida de visitas e até a sua promoção, a gestão de ruídos e barulhos estranhos como alarmes, entre outros (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

De forma a ir de encontro à linha de investigação definida no inicio deste trabalho, "Segurança e Qualidade de Vida", realizámos no inicio do estágio uma reunião com a Enfermeira Chefe do serviço e posteriormente com a EESIP/orientadora onde se discutiu a linha de investigação escolhida e consequente PIS delineado, e após compreendermos que a temática do TIP não se aplicava ao serviço em questão, decidimos trabalhar uma temática dentro da linha de investigação que fosse pertinente para o serviço. Escolhemos então trabalhar a temática da segurança da criança durante o internamento no serviço de pediatria, pois apesar de ser um tema já amplamente debatido e para o qual os enfermeiros já estão tendencialmente despertos, estamos perante uma temática que com a prática diária pode ser descurada e carece de debate e consciencialização frequente e que para alem disso se mostrou relevante pois a equipa de enfermagem do serviço sofreu grandes alterações nos últimos anos e é agora extremamente nova e pouco experiente na área pediátrica. Assim, após concordância da chefia e da EESIP, e em consultadoria com esta última foi elaborado um plano de sessão, disponível no Apêndice VI e posteriormente marcada a data conforme disponibilidade do serviço, da EESIP e formadora e foi divulgada a formação em serviço com o nome: Segurança Durante o Internamento em Pediatria. Após pesquisa bibliográfica sobre a temática em questão foi criada uma apresentação em PowerPoint® de apoio à formação que se encontra no Apêndice VII. A formação iniciou-se com uma abordagem à segurança e sua importância nos cuidados de enfermagem, o papel do EESIP na questão da segurança nos cuidados, seguida do resumo histórico da segurança e da qualidade dos cuidados e de seguida uma abordagem ao erro associado à prática de cuidados. Depois desta vertente contextual escolhemos quatro temas da segurança no internamento para abordar, sendo eles a identificação da criança, os erros terapêuticos, as quedas e os brinquedos no internamento. Terminámos com espaço para questões, sugestões, debate de algumas ideias e troca de experiências e por fim agradecimentos. A formação foi avaliada com recurso a documento semelhante ao do Anexo II, em vigor na instituição e os dados seguiram para analise pelo gabinete de formação do hospital, visto que se tratou de uma formação em serviço. Ainda assim, apesar de não nos serem fornecidos os dados, pudemos observá-los após recolha e constatar que 100% dos formandos consideraram a temática pertinente e relevante e levaram consigo conhecimentos atualizados para colocação em prática na sua atividade diária, cumprindo assim o objetivo da nossa intervenção. Para alem disso, a formação em versão PowerPoint® foi disponibilizada à EESIP orientadora, bem como todas

as notas e pesquisa efetuada, de forma a que esta pudesse replicar a formação aos enfermeiros que não estiveram presentes. Assim, ao proporcionarmos ao serviço uma possibilidade de aprendizagem e melhoria dos cuidados, para alem de respondermos a competências que nos exige esta formação, estamos a dar o nosso contributo e agradecimento a um serviço que se disponibilizou para nos receber e fornecer experiencias e momentos de aprendizagem extremamente importantes para o nosso desenvolvimento profissional.

O segundo contexto onde realizámos o Estágio Final foi uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de Neonatologia, sendo que nos fez todo o sentido passar por este contexto totalmente estranho à nossa prática de cuidados por três motivos distintos. Primeiro por ser um serviço completamente diferente da nossa realidade, com uma população alvo com a qual não temos qualquer contacto frequente, tornando-se assim um enorme desafio pessoal e profissional, que nos obriga a sair da nossa zona de conforto e a enfrentar o desconhecido e todos os medos e preocupações que o desconhecido proporciona, mas que na mesma medida evoca a vontade de pesquisar, saber, mexer e ser melhor todos os dias. O segundo motivo que nos leva a escolher este serviço prende-se com o gosto pessoal pelo doente critico, e na impossibilidade de realizar estágio num serviço de cuidados intensivos pediátricos, decidimos manter o contexto de cuidados intensivos que era importante para nós, mas neste caso dedicado a uma população pediátrica especial, os neonatos. O ultimo motivo que nos leva a selecionar a neonatologia passa pela noção que temos, através da experiencia profissional, que uma criança com um período neonatal conturbado não deixa de requer cuidados especiais depois de sair dos serviços de neonatologia, pois por vezes leva complicações ou doenças cronicas com ela, sendo possível encontrar frequentemente esta população nos serviços de urgência. Por esse motivo quisemos conhecer o período neonatal associado a necessidade de internamento mais profundamente, para compreender as especificidades destas crianças e suas patologias, de forma a estarmos mais despertos e capazes de prestar cuidados a estas crianças ao longo da sua vida enquanto utentes pediátricos.

A prestação de cuidados ao RN e sua família, em contexto de doença, foi o grande objetivo deste estágio, que se mostrou um desafio, visto que as UCIN/UCINTN e a sua população alvo têm características muito especiais, o que exigiu da nossa parte uma prévia e continuada pesquisa bibliográfica sobre patologias especificas em conjunto com os conhecimentos adquiridos na vertente teórica do curso de Mestrado, tendo sempre em vista a melhoria dos cuidados ao RN e sua família.

Durante a permanência neste serviço conseguimos compreender que o internamento num serviço de neonatologia é um processo traumático, carregado de emoções negativas como o medo e a ansiedade, para os pais da criança que acabou de nascer, e que teria como destino normal o seu domicílio. Assim

sendo esta é uma situação inesperada, nova e frustrante para os pais, pois os seus filhos necessitam de mais cuidados do que estes podem fornecer. De forma a evitar e dissipar sentimentos deste género, que tornem negativo o contacto com as instituições de saúde, é imprescindível a capacidade do EESIP de, desde o acolhimento, gerir e planear um plano de cuidados de saúde em parceria com pais (E1.1), baseando sempre a sua intervenção no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey (1993) de forma a capacitar os pais na prestação de todos os cuidados que estes desejarem, ao RN, promovendo o bem-estar de toda a família (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Também neste contexto foi imprescindível desenvolver e dominar a unidade de competência E2.1 do EESIP que afirma que este deve saber reconhecer o mais precocemente possível, situações de instabilidade que possam colocar em perigo a vida da criança e posteriormente prestar os cuidados de enfermagem adequados para as evitar ou resolver. Uma UCIN recebe crianças gravemente doentes, com necessidades muito especificas, o que nos trouxe inúmeras oportunidades de treinar algumas competências, relacionadas com o SAVP por exemplo, numa situação pontual de paragem cardiorrespiratória de um RN, e de adquirir outras, relacionadas com cateterização umbilical, a fototerapia ou a oxigenoterapia de alto fluxo, técnicas com as quais nunca tínhamos tido contacto, fazendo de nós prestadores de cuidados mais conscientes das opções e ferramentas existentes para assistência à vida dos RN's, criando oportunidades de consciencializar e atualizar os prestadores de cuidados do nosso contexto clinico. (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Para alem dos cuidados especializados à criança gravemente doente, também nos foi possível contactar, principalmente na UCINTN, com algumas crianças com doenças raras, doenças essas que eram para nós totalmente desconhecidas. Mais uma vez, para dar resposta à unidade de competência E2.3, propusemo-nos a realizar pesquisa bibliográfica e a contactar de perto com estas crianças, de forma a absorver o máximo de informação sobre a doença e os seus efeitos no RN e a longo prazo e também sobre os cuidados especializados a prestar à mesma de forma a maximizar a sua saúde e o seu bem-estar.

A experiência que mais nos marcou positivamente neste contexto de estágio foi a possibilidade de promover e executar a técnica do canguru, técnica realizada normalmente em RN de baixo peso, que consiste no contacto pele com pele o mais precoce possível entre criança e pais. O objetivo passa por favorecer a vinculação e o bem-estar e calma de ambos os intervenientes, durante um período estipulado por eles próprios, em que o papel do enfermeiro passa por consciencializar, ensinar, incentivar e posteriormente promover a autonomia e por consequência a competência parental (Ministério da Saúde Brasileiro, 2011).

A colocação das crianças em posição de canguru mostrou ser um momento de extrema felicidade e emoção para os pais, pois normalmente é a primeira vez que tem o seu filho no colo, o que nos tocou profundamente e nos consciencializou para a experiencia traumática por que estes estão a passar, fazendo-nos repensar toda a nossa atuação, na busca de adotar todas as medidas possíveis para minimiar essa experiencia negativa e incluir ao máximo os pais na prestação de cuidados, de acordo com a sua vontade, promovendo a sua autonomia e assim trabalhando precocemente a preparação para a alta da criança e tomando especiais medidas para promover o vinculo entre o RN doente e a sua família, dando desta forma resposta a mais uma das unidades de competência do EESIP (E3.2) (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Neste contexto de estágio foi-nos possível desenvolver competências relacionadas com a área especifica escolhida para a realização do nosso PIS, o TIP. O serviço em questão realiza transportes inter-hospitalares com frequência apesar de ser um transporte com motivos diferentes dos que se verificam no nosso contexto prático e por isso no nosso projeto, pois a maioria destes transportes são realizados para unidades com um grau de diferenciação menor que o serviço onde as crianças se encontram, normalmente através de transferências para hospitais da área de residência, quando já não necessitam de apoio de uma UCIN ou UCINTN mas necessitam de manter internamento num serviço de pediatria, ou então para realização de exames ou apreciação por especialidades não presentes no hospital. De qualquer das formas existe a prática do TIP e ao tentarmos compreender o procedimento realizado e sua normalização, conseguimos verificar que apesar de existir uma norma de procedimento, esta já é antiga a necessitar de atualização e não existe qualquer mala de transporte regulamentada ou criada, sendo que quando os enfermeiros necessitam de transportar uma criança, recolhem para um saco ou bolsa o material que anteveem que poderá fazer falta. Assim, com a concordância e incentivo da EESIP orientadora do estágio, propusemo-nos a realizar uma proposta de criação de uma mala para transporte inter-hospitalar adaptada ao utente neonatal, que é possível consultar no Apêndice VIII. A realização deste documento, mostrou-se bastante proveitosa, pois foi-nos possível desenvolver conhecimentos acerca do TIP, numa vertente especifica que é a neonatologia, permitindo-nos contactar com o neonato em situação de especial complexidade em contexto de TIP, tornando-nos mais despertos às suas necessidades neste contexto, ao mesmo tempo que nos permitiu aplicar pesquisa bibliográfica previamente realizada. Por outro lado, pudemos deixar um contributo ao serviço que nos recebeu e nos proporcionou oportunidades de aprendizagem únicas, contribuindo com este documento para o aumento da qualidade dos cuidados e consequente segurança da criança.

Para terminar este processo formativo que foi o Estágio Final, escolhemos o contexto de um SUP, por ser o contexto da nossa prática diária, onde precisamos de ser o mais competentes possível para dar resposta

às situações e necessidades das crianças que, diariamente, dão entrada no SUP. Foi neste contexto que fomos beber muita da informação que aplicámos no nosso PIS, sendo esse também um dos motivos que nos levou a escolher este local, pois é o serviço com mais contacto e experiencia com TIP's, principalmente o local especifico que escolhemos, que é um serviço de referencia a nível de cuidados pediátricos.

O SUP é um serviço complexo, onde é necessário dominar vários postos de trabalho distintos. O primeiro contacto da criança com o serviço é a triagem, que neste caso é realizada recorrendo ao *Canadian Paediatric Triage Acuity Scale* , programa que desconhecíamos e ao qual tivemos que nos adaptar, e que se mostrou bem mais adequado às necessidades da criança do que a Triagem de Manchester, utilizado no nosso serviço. Este posto é considerado um dos mais exigentes a nível de experiencia e conhecimentos pois requer do enfermeiro um olhar critico e atento à criança, e que este interprete a queixa (normalmente dos pais) e que a relacione com os sinais, sintomas e aparência da criança que tem à sua frente, gerindo as prioridades de atendimento e emergência dos cuidados, quando se aplica. A passagem por este posto foi importante para o desenvolvimento da unidade de competência E2.1, pois permitiu-nos observar a interação enfermeiro-criança-família, compreender os sinais de alerta para necessidade de cuidados emergentes e também a observação de um elevado número de crianças e situações diferentes possibilitou-nos uma grande variedade de experiências e o contacto com diversas patologias e necessidades.

A sala de reanimação é outro posto do SUP, para onde são levadas todas as crianças com instabilidade das suas funções vitais ou em risco de vida, com necessidade de cuidados emergentes e especializados. Apesar de não termos ficado afetos a este ponto em nenhum turno, a equipa estava desperta para a presença de alunos no serviço e sempre que existiu uma situação que implicou a utilização desta sala, fomos chamados a observar e/ou participar. Apesar de o estágio ter decorrido durante oito semanas foram poucas as situações emergentes com que nos deparámos, sendo que fomos chamados à sala de reanimação em algumas situações de convulsão ativa, numa situação de obstrução da via área, algumas situações de dispneia aguda e uma situação de alteração do estado de consciência. Ainda assim, mesmo que não tenhamos tipo a possibilidade de nos confrontar com situações mais variadas, a presença na sala de reanimação foi importante para compreender a dinâmica da equipa, a forma como se lida com a presença dos pais na sala de emergência e a sua importância para a criança e família, a disposição do material para facilitar a intervenção e também algumas dicas e técnicas utilizadas durante uma emergência pediátrica. A existência de um enfermeiro responsável por registar todos os parâmetros vitais e medicação administrada, bem como outras intervenções importantes, num quadro de parede, mostrou-se ser uma estratégia bastante interessante pois a informação é toda registada, evitando alguns erros de comunicação e duplicação de terapêuticas ou técnicas e promove o trabalho de equipa, sendo que todos

tem acesso fácil a toda a informação em tempo real. Mais uma vez foi-nos possível treinar a unidade de competência E2.1, nesta vez mais na vertente da intervenção e não tanto da deteção precoce como no posto anteriormente abordado (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Em momentos de menos afluência ao SUP, foi-nos possível observar a sala de reanimação com a EESIP orientadora, de forma a compreender a sua organização, qual o material disponível na mesma e também conhecer as normas e procedimentos existentes no serviço. Para alem disso, tivemos oportunidade de desconstruir e organizar a mala de transporte do serviço, que apesar de estar normalizada, não se encontrava reposta de acordo com esta norma. Estas atividades mostraram-se bastante relevantes para a elaboração do nosso PIS, pois uma das atividades passará pela elaboração de uma norma de procedimento e outra pela criação de uma proposta de mala de transporte.

Dois postos em que a nossa enfermeira orientadora foi alocada frequentemente durante o nosso estágio foram a sala de tratamentos e a sala de pequena-cirurgia. No primeiro realizam-se uma grande variedade de tratamentos quer de prescrição médica, quer do domínio da enfermagem como preparação e administração de terapêutica, colheita de sangue ou outros fluidos para analise, algaliações, punções lombares, entre outros e no segundo realizam-se os procedimentos cirúrgicos que não carecem de ser realizados em contexto de bloco operatório, como realização de pensos, sutura de feridas simples, remoção de alguns corpos estranhos, entre outros que possam surgir. Nestes dois postos, para alem de algumas experiências novas a nível de técnicas, o que fez a diferença na nossa formação foi a comunicação com a criança e família (E3.3) e a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança(E2.2). O contacto com procedimentos, muitas das vezes dolorosos é um causador de stress nas crianças e por consequência nas suas famílias pelo que a intervenção do EESIP é fundamental para a minimização destes fatores de stress e de dor. As experiências vivenciadas quando afetos a estes dois postos do SUP permitiram-nos observar e intervir com a equipa multidisciplinar na comunicação com a criança, adequada à sua idade, estadio de desenvolvimento e cultura, permitindo-nos desenvolver técnicas e estratégias de comunicação que levamos connosco para a nossa prática diária. O mesmo aconteceu com a gestão da dor através de medidas quer farmacológicas, quer não farmacológicas. Assim, estes dois postos mostraram-se fundamentais para o desenvolvimento de competências do EESIP, mas também para a adoção de técnicas e estratégias novas e adequadas à população pediátrica (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Por fim, passámos pela SO em 2 turnos, onde as crianças permanecem internadas sob observação estreita por um período de até 24h, sendo que se necessitarem de internamento depois deste período temporal, devem ser transferidas para um serviço de internamento que dê resposta às suas necessidades. Neste

posto foi-nos possível voltar a desenvolver praticamente todas as competências abordadas no serviço de internamento, pois o conceito dos cuidados é semelhante, mas permitiu-nos também contactar com patologias em fase aguda/crónica descompensada e monitorização continua de parâmetros vitais, que não acontece num serviço de internamento. Mais uma vez pretendemos ao máximo gerir planos individualizados de saúde procurando sempre a parceria dos pais e também o bem-estar dos mesmos (E1.1), pudemos aplicar conhecimentos de gestão diferenciada da dor (E2.2) e trabalhámos estratégias de comunicação com a criança e família (E3.3). Para alem disso, por estarmos perante doença aguda ou crónica descompensada, permitiu-nos trabalhar continuamente habilidades de detetar precocemente sinais de instabilidade e estratégias de rápida resposta antecipatória (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho da OE, 2018).

Para dar resposta à vertente académica e parte da avaliação deste trabalho, e fruto da pesquisa bibliográfica elaborada ao longo dos momentos de estágio e da elaboração deste trabalho, foi realizado um artigo de Revisão Integrativa da Literatura com o título "Equipas Especializadas no Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Impacto na qualidade de cuidados" recorrendo para a sua elaboração à metodologia do *Joanna Briggs Institute,* sendo que o resumo do mesmo se encontra na sua versão portuguesa e também inglesa no Apêndice IX. A elaboração desta revisão integrativa da literatura, para alem de auxiliar no desenvolvimento de competências comuns do EE, com a unidade de competência D2.2 "suporta a prática clínica em evidencia cientifica" (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019, p.4749), competências especificas do EESIP, vem também dar resposta às competências exigidas para aquisição do grau de Mestre em enfermagem, mais especificamente à competência definida no artigo 15º do Decreto-lei nº 63/2016 de 13 de Setembro (p.3174) que afirma que o Mestre "possui conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (…) permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação".

Após esta jornada, consideramo-nos realizados por ter passado por esta experiência tão enriquecedora quer a nível profissional, quer a nível pessoal e damos os objetivos traçados para este Estágio como alcançados, mas levamos a ideia de que o conhecimento é um processo continuo que carece de investimento pessoal a todo o instante. Ainda assim, sentimos que somos agora um pouco melhores enfermeiros e sem dúvida mais conscientes para as necessidades e bem-estar da criança e também da sua família.

2.3. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Mestre

Existem em Portugal neste momento seis especialidades reconhecidas pela ordem dos enfermeiros: Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo que a formação de qualquer especialista tem como base a procura do domino profundo de uma determinada área de atuação ou campo do conhecimento em enfermagem, através da formação de profissionais com capacidade para participarem ativamente na melhoria da pratica profissional, quer através da prestação de cuidados de excelência na sua área de atuação, quer através do processo de construção e organização do conhecimento que busca integrar a teoria na pratica (OE, 2019) & (Erdmann, 2009).

Corrobora esta informação o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), (2005), afirmando que o EE é o enfermeiro que detém formação avançada especializada em enfermagem, que lhe confere competências científicas, técnicas e humanas para que este preste cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização par alem dos cuidados gerais de enfermagem (OE, 2005).

A OE mantém esta linha de pensamento afirmando que o EE detém "um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde" (OE, 2011, p. 8648) e possuem elevada capacidade de tomada de decisão e julgamento clínico. Para que esta definição de EE seja idêntica nos diversos ramos de especialidades, e tendo em conta que todos eles devem partilhar um determinado grupo de domínios que envolvem todos os ambientes de prestação de cuidados, a educação dos seus utentes e pares, de liderança e orientação dos pares e na área da investigação, foi criado um conjunto de competências comuns a todos os EE que se divide em quatro domínios: a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; b) Domínio da Melhoria continua da qualidade; c) Domínio da gestão dos cuidados e d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

Por outro lado, e a partir do ano de 2016, com a publicação do Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro do Ministério da Educação e Ciência que vem substituir o Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de Agosto do Ministério da Educação e Ciência, o grau de Mestre pode ser obtido através de uma área de especialização, sendo para isso necessário que o futuro Mestre demonstre um conjunto de competências como a aquisição de conhecimentos e a capacidade de compreensão, sustentando-se nos conhecimentos obtidos no 1º ciclo, aprofundando-os e desenvolvendo-os, trabalhando-os através da investigação e aplicação de projetos originais. A aplicação de conhecimentos deve contemplar a resolução de problemas

em situações não familiares em contextos diversos, na sua área de especialização e intervenção, a capacidade para lidar com questões complexas e a busca de soluções quando a informação é escassa ou incompleta, de acordo com as responsabilidades éticas e sociais. Ser capaz de comunicar as conclusões a que chega na sua investigação a especialistas e a não especialistas, adequando o seu discurso e o desenvolver de competências que lhe proporcionem uma aprendizagem continua no tempo de forma orientada e autónoma, são outras das competências exigidas ao Mestre.

Assim, todo este processo de aprendizagem, para alem das competências do EESIP, teve os seus alicerces nas competências comuns do EE e nas competências propostas ao Mestre. A variedade de contextos de Estágio proporcionou-nos um maior número de experiências novas, o que contribuiu positivamente para a aquisição destas competências gerais e aumentou a necessidade da prática reflexiva de forma a repensar atitudes, consolidar conhecimentos e articular a teoria com a prática. Este subcapítulo foi criado então para proporcionar uma reflexão sobre as experiências vivenciados no decorrer dos Estágios I e Estágio Final, sobre as atividades desenvolvidas e como estas resultaram na aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e nas competências do Mestre.

2.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: uma reflexão sobre a aprendizagem

Em 2011, com a premissa de regulamentar a certificação de competências, foi emanado o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que foi aprovado nesse ano como Regulamento nº122/2011, sendo que no ano corrente de 2019, foi revisto e reformulado, resultando no agora em vigor Regulamento 140/2019. O objetivo major da criação de um perfil de competências, que seja comum a todos os EE independentemente da área de especialização, pretende para alem de facilitar a certificação de competências como já referido, também mostrar à população que usufrui de cuidados de saúde, o que podem esperar dos cuidados de enfermagem prestados por especialistas e por outro lado assegurar que o EE possui um conjunto de competências que o permitem atuar em todos os contextos de vida das pessoas/famílias/comunidades, da prevenção ao tratamento (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

Assim sendo, as competências comuns do EE dividem-se em quatro domínios diferentes: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal, Domínio da Melhoria Continua da Qualidade, Domínio da Gestão dos Cuidados, Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Como contributos para a aquisição destas competências consideramos, para alem das atividades delineadas e desenvolvidas no decorrer deste projeto, também o desempenho de funções e realização de atividades na prática, no decorrer dos estágios, em permanente acompanhamento por parte das Enfermeiras orientadoras.

O primeiro domínio que encontramos descrito é o **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** que pressupõe que o enfermeiro desenvolva, dentro da sua área de especialidade, uma prática profissional, ética e legal, respeitando os descritivos éticos e deontológicos associados à profissão e por outro lado garante que os seus cuidados respeitam sempre os direitos humanos e as responsabilidades que a sua profissão exige (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

A prática de cuidados baseada numa tomada de decisão segundo os princípios éticos e as normas deontológicas, esteve sempre presente durante os estágios, bem como a partilha desta tomada de decisão com a criança, família e procura de discussão e inclusão da equipa na mesma, foi sempre o objetivo. Por outro lado, a avaliação da tomada de decisão, teve também um papel preponderante no decorrer dos estágios. A discussão das implicações e impacto das decisões dos enfermeiros nos recetores de cuidados foi um tema sempre discutido com as enfermeiras orientadoras e restante equipa, levando especialistas e generalistas a despoletar processos de reflexão sobre os processos de tomada de decisão.

A parceria de cuidados com os pais, modelo que procurámos sempre adotar, mostrou-se um excelente exemplo da importância da tomada de decisão por parte do EESIP, sendo que por um lado implica o respeito pela criança/família e pelos seus direitos, e por outro lado permite despoletar os processos de cuidados e estratégias para maximização da saúde, baseados na melhor evidencia e nas necessidades efetivas da criança. Para alem destas vantagens, a parceria com os pais torna-os mais autónomos e capazes de prestar cuidados às suas crianças, sendo que também aqui é fomentada a tomada de decisão consciente por parte destes cuidadores.

A realização do Estudo de Caso no Estágio I mostrou-se também um exercício de aprendizagem nesta área da responsabilidade profissional, ética e legal, pois permitiu-nos contactar com uma família com alguns problemas sociais, económicos e comportamentais, fazendo-nos repensar as nossas práticas e os nossos juízos de valores, com o objetivo de trabalhar sempre de acordo com o supremo interesse da criança, preferencialmente em parceria com a sua família.

A realização deste processo formativo e consequentemente do projeto, obrigou-nos ao contacto próximo com documentos do conhecimento geral dos enfermeiros, de uma forma mais intensa e profunda, como

o REPE, o Código Deontológico ou a Convenção sobre os Direitos da Criança o que promoveu e despoletou conhecimentos na vertente dos direitos da criança e nas boas praticas de atuação dos enfermeiros. Por outro lado, o contacto com realidades diferentes da nossa prática diária, promoveu uma reflexão e pensamento critico na nossa atuação diária. O contacto com populações distintas, variadas na sua situação social, económica, étnica, política, religiosa ou de nacionalidades diversas, possibilitou a adequação dos cuidados a cada uma das situações, o respeito pela igualdade e direitos humanos, gerando por vezes situações em que nos foi possível assumir o papel de defensor dos direitos humanos ou gestor de conflitos relacionados com os mesmos, sendo para nós situações ao mesmo tempo desafiantes e aliciantes, como reais crentes que somos desta necessidade de igualdade de direitos. Durante este processo, e, como não podia deixar de ser, devido à área de especialização escolhida, tivemos especial atenção à manutenção de uma proteção especial da criança, devido à vulnerabilidade da mesma, criando oportunidades para que esta atinja o exponencial máximo do seu desenvolvimento a todos os níveis, promovendo a sua liberdade e dignidade com a máxima do seu superior interesse (UNICEF, 1990) & (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

Também a realização dos estágios sob orientação de EESIP's que assumem responsabilidades de chefia de equipa criou oportunidades de apreciação e discussão do seu papel de consultor nas equipas e de promotor de tomadas de decisão baseadas no conhecimento. São também estas que colaboram ativamente com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão em situações de maior complexidade ética dentro da sua área de especialização, tendo posteriormente de avaliar os resultados das decisões tomadas.

Ao longo da realização deste projeto foram sempre respeitados os princípios éticos da profissão, bem como os direitos de todos os participantes, desde o pedido de parecer solicitado à comissão de ética do Hospital de referência para o desenvolvimento e aplicação do projeto (Apêndice I), até aos consentimentos informados fornecidos aos participantes quer no estudo de caso (Apêndice III), quer na colheita de dados para realização do diagnostico de situação (Apêndice X). Para alem disso, durante todo o projeto o anonimato e sigilo profissional foram sempre assegurados. Por outro lado, este projeto trabalha uma situação especifica de alta complexidade, pelo que a sua elaboração e implementação de medidas especificas fomenta o pensamento critico da equipa, permitindo aumentar a segurança e dignidade da criança/família neste contexto.

O segundo domínio de competências comuns do EE é o **Domínio da Melhoria Continua da Qualidade** que preconizam que o enfermeiro desempenhe um papel de dinamizador de iniciativas institucionais relacionadas com a governação clínica, que esteja envolvido na criação, gestão e manutenção de

programas de melhoria continua da qualidade e que assegure um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

Todo o PIS desenvolvido se enquadra neste domínio de competências, visto que desde a escolha da problemática a trabalhar, a segurança e qualidade de vida se mostrou a linha orientadora para as decisões a tomar, estando esta linha de investigação diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados. Todo o processo de recolha de informação bibliográfica que resultou em aquisição de conhecimentos, assenta na qualidade dos cuidados, bem como a recolha de dados para elaboração de um diagnostico de situação, que foi baseada na qualidade dos cuidados que se prestam atualmente e quais as necessidades eminentes de mudança, visto que o objetivo do projeto passa por assegurar a segurança da criança durante a realização de TIP. Todo este projeto resultou então numa mobilização de conhecimentos e posterior divulgação dos mesmos, intrinsecamente relacionado com a qualidade dos cuidados. Temos então espelhada a aquisição de competências do domínio da melhoria continua da qualidade, como o planeamento de programas de melhoria continua, a criação de projetos institucionais dentro da área da qualidade ou a incorporação de diretivas e conhecimentos com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

A criação de uma norma de procedimento (Apêndice XI) como parte integrante do PIS mostra mais uma vez o trabalho desenvolvido nesta vertente da melhoria e qualidade dos cuidados, estando diretamente relacionada com a competência B2.3 que preconiza que o EE lidere programas de melhoria, através da supervisão dos processos de melhoria e da normalização e atualização de soluções eficientes de forma a obter ganhos em saúde (OE,2019).

A realização dos Estágios foi importante neste domínio de competências a dois níveis distintos. Por um lado, e devida à pouca experiência na área pediátrica, tornou possível a perceção de algumas necessidades das crianças e dos cuidados de enfermagem ao nível da qualidade, bem como algumas estratégias institucionais já implementadas ao nível de hospitais com muita pratica de cuidados a crianças, que poderão ser uteis no hospital da nossa prática diária, inexperiente e pouco desperto para as necessidades das crianças. Apesar disso, é importante referir que mesmo os hospitais com experiência na área e os serviços pediátricos também têm carência de projetos específicos na área da qualidade, visto que este é um processo continuo e dinâmico, sempre em necessidade de renovação e melhoramento, de acordo com a evidência mais recente que vai sendo desenvolvida e as necessidades e perceções de qualidade por parte das populações. A segunda oportunidade que a elaboração dos estágios nos proporcionou, e tendo em conta o dinamismo dos processos de qualidade, prende-se com as necessidades dos serviços com os quais tivemos contacto. A formação em serviço na área da segurança

durante o internamento, dada aos enfermeiros do serviço de internamento (Apêndice VII), a elaboração de uma proposta de criação de uma mala de transporte neonatal (Apêndice VIII) ou o planeamento das consultas de enfermagem de saúde infantil em conjunto com a enfermeira orientadora, foram algumas das atividades que permitiram a aquisição das competências necessárias para o desenvolvimento pessoal deste domínio da melhoria continua da qualidade.

O terceiro domínio de competências comuns a todos os EE passa pelo **Domínio da Gestão dos Cuidados** em que é indispensável que o enfermeiro seja capaz de gerir os cuidados, por um lado otimizando a resposta da sua equipa de enfermagem e por outro a articulação que é feita com a equipa multidisciplinar e também que consiga adaptar a liderança e a gestão dos recursos aos contextos que surgem sempre com o objetivo da qualidade de cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

Para o desenvolvimento desta competência volta a ser imprescindível o acompanhamento dos Estágios por EESIP's com competências de chefia nos respetivos serviços, pois foi possível observar momentos de partilha e assessoria aos restantes elementos da equipa. Esta demonstrou ser uma competência difícil de treinar em contexto de estágio, pois, o reconhecimento da equipa de um elemento de referência é um processo lento e longo, que se adquire com o tempo, com a experiencia e convivência com a equipa, sendo que para um elemento externo em posição de aluno, não nos pareceu oportuno ou possível a orientação da equipa e das suas tarefas. Ainda assim voltamos a reforçar a importância da observação e acompanhamento das enfermeiras de referência destes estágios, o que nos permitiu observar e assimilar informações de relevo relacionadas com a assessoria às equipas, a tomada de posição perante situações novas e complexas, a partilha de decisões com a equipa multidisciplinar, a delegação consciente de tarefas e a supervisão dos cuidados.

Por outro lado, em algumas situações de discussão em equipa, foi possível uma partilha de conhecimentos e experiências de elementos de equipas de diferentes contextos e realidades, o que leva a uma abertura de pensamento a novas ideias e soluções eficazes na melhoria dos cuidados, sendo benéfico quer para o futuro EESIP em formação, como também para os contextos que o recebe.

Um problema comum a pelo menos 3 das 4 realidades com que contactámos, foi a quantidade insuficiente de enfermeiros para as necessidades do serviço e população, sendo esta uma problemática para quem chefia as equipas e distribui postos de trabalho com o objetivo de otimizar o trabalho e adaptar os recursos às necessidades eminentes. Este é um verdadeiro desafio para os EE que assumem funções de chefia, que apesar de muitas vezes serem possuidores de elevado nível de conhecimentos no que diz respeito a legislação, políticas de saúde e gestão dos cuidados, não dispõem de dotações seguras para

assegurar cuidados de qualidade. Ainda assim foi importante contactar com esta realidade, para compreender os esforços que são feitos e como os EE contornam ou tentam colmatar estas adversidades, como conhecem os recursos e as competências dos seus colegas de equipa e sua maturidade e também como as equipas reagem e se adaptam, de acordo com as estratégias de reforço positivo e motivação que são aplicadas.

Como já foi referido, esta é uma competência difícil de colocar em prática em curto espaço de tempo e num serviço que nos é estranho, mas pode associar-se diretamente ao anterior, da melhoria continua dos cuidados, e por isso foi extremamente importante refletir quer em privado, quer em conjunto com as EESIP's orientadoras dos estágios, sobre esta necessidade e observar a prática diária dos elementos com competências e cargos de chefia.

O último domínio de competências transversal a todos os EE é o **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais,** onde se pressupõe que este desenvolva, numa linha constante, o autoconhecimento e também a assertividade e que baseia toda a sua atuação em contexto prático na mais recente evidencia científica (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

A aquisição deste domínio de competências é um processo continuo, que se inicia no curso de licenciatura e se vai estendendo durante toda a prática diária e formação adicional. A frequência do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica e o contacto com realidades muito distintas da nossa prática diária proporcionou a reflexão pessoal de nós próprios enquanto enfermeiros e também enquanto pessoas, bem como o contacto com realidades muito distintas da nossa prática diária. A saída da nossa área de conforto e o contacto com outras pessoas, outros profissionais, outras experiências e vivências permite-nos desenvolver uma consciência sobre nós próprios, as nossas atitudes e comportamentos e a nossa pratica de enfermagem e este pensamento critico permite-nos identificar, ajustar ou alterar comportamentos e atitudes de forma a ir ao encontro da elevada qualidade de cuidados, que tem como base a comunicação com os outros, e que se torna facilitada quando criadas relações de empatia, confiança e respeito mutuo.

Por outro lado, o contacto com o papel de aluno depois de alguns anos de prática e contacto com serviços e equipas estranhas à nossa prática permitem-nos tomar consciência das nossas limitações e dificuldades pessoais, permitindo-nos percecionar a importância desta consciencialização para a delegação de tarefas ou pedidos de ajuda a outros elementos da equipa com mais competências ou outras características pessoais.

A grande diversidade de contextos de estágio, de locais geográficos e consequentemente de populações e a diferente complexidade de cuidados permitiu-nos vivenciar uma grande variedade de situações, em que nos foi exigida uma constante adaptação a nível pessoal. Na prestação de cuidados à população em idade pediátrica, estamos sempre perante a tríade enfermeiro/criança/família, o que pode ser bastante benéfico para a prestação de cuidados, mas também pode ser geradora de conflitos e desacordo. No decorrer dos diversos estágios fomos confrontados com diversas situações de stress sendo que em algumas delas nos deparamos com potenciais situações de conflito, que ao prevermos fomos capazes de gerir antes de acontecerem, mas também nos confrontámos com conflitos ativos, em que a situação nos exigiu uma gestão do mesmo, sozinhos ou com o apoio da enfermeira orientadora. A observação ou intervenção e posterior discussão destas situações aumentam exponencialmente a auto e hétero-perceção das reações e atitudes das pessoas e consequentemente das nossas próprias respostas, sendo então imprescindível para a melhoria da nossa adaptação ao outro, nunca perdendo de vista o supremo interesse da criança durante estes processos.

A pouca experiência em pediatria e por consequente a quantidade de experiências novas vivenciadas obrigou-nos a gerir sentimentos e emoções desconhecidas ou pouco habituais da nossa prática clínica. O contacto com crianças gravemente doentes, a possibilidade de morte iminente, a comunicação de más noticias aos pais, a gestão dos pais na prestação dos cuidados, a fragilidade inerente às crianças, a grande prematuridade e suas consequências, foram algumas das situações que nos fizeram experimentar sentimentos mais negativos como o nervosismo, a inaptidão, a tristeza, a incerteza ou a sensação de impotência. A vivência destas situações e sentimentos foi importante para nós para posterior avaliação das nossas perceções e reações, necessidades e pontos fracos, e a observação da atuação dos outros profissionais mais habilitados e experientes a lidar com estas situações e também a discussão e analise de algumas situações com as enfermeiras orientadoras mostraram-se extremamente importantes para o nosso crescimento pessoal e profissional, fornecendo-nos ferramentas e estratégias para intervenções futuras.

Durante o estágio no internamento de pediatria foi-nos possível assumir o papel de formadores formais da equipa de enfermagem, sendo que a temática foi discutida com a enfermeira chefe para ir de encontro às necessidades do serviço, motivo pelo qual também o planeamento da mesma foi elaborado em consultadoria com a enfermeira orientadora. Por outro lado, e também de forma a atingir as competências relacionadas com a promoção da aprendizagem em contexto de trabalho, o PIS foi projetado com o intuito de favorecer a aprendizagem e facilitar a aquisição de competências por parte dos enfermeiros, nunca descurando a avaliação e impacto da formação, pelo que foram também criados documentos de recolha de opiniões e avaliação das formações.

No estágio realizado no SUP, tivemos a oportunidade de frequentar uma formação interna sobre violência e maus tratos a crianças e jovens do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, cujo conteúdo programático está disponível no Anexo III. Sendo este um assunto delicado, mas que pode acontecer em qualquer SUP, e para o qual os enfermeiros devem estar preparados para dar respostas adequadas, a formação mostrou-se extremamente útil e relevante, sendo que ficámos também a conhecer a norma interna do hospital para gestão deste tipo de situações. Também esta formação se mostrou relevante para aquisição desta competência comum do EE.

Mais uma vez, o PIS se vem mostrar indispensável na aquisição de competências comuns do EE, pois durante o seu planeamento, para alem de propor o levantamento das necessidades e lacunas práticas e reais de uma problemática num serviço selecionado, também instigou a procura da mais recente evidência, sendo que todo o trabalho está sustentado numa base teórica que sai do papel na procura de colmatar necessidades reais da prática.

Sabendo que este processo da aplicação de uma pratica especializada baseada em sólida evidência científica é um processo dinâmico, continuado no tempo, aliado à curiosidade e disponibilidade de cada um e imprescindivelmente ao tempo de experiencia prática individual, fizemos sempre o possível para durante todo o processo formativo, da parte teórica à realização dos estágios, procurar conhecimento teórico atualizado e relevante, o que se mostrou imprescindível para o desenvolvimento de conhecimentos e também para a sua transmissão a outros, mesmo que de forma informal.

2.3.2. Competências do Mestre: uma reflexão sobre a aprendizagem

Para alem das competências do EESIP e também das competências comuns do EE, que já foram abordadas anteriormente neste documento, todo o percurso traçado e desenvolvido durante este processo de aprendizagem, foi baseado também na aquisição das competências propostas ao Mestre, presentes no Decreto-lei nº 63/2016 de 13 de Setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Este documento vem permitir a aquisição do grau de mestre através de uma área de especialização aos alunos que demonstrem competências a cinco níveis distintos, descritos no Artigo 15º do mesmo documento.

Todo o processo de ensino a que nos submetemos durante este Mestrado em Enfermagem, está intrinsecamente envolvido com a busca de conhecimentos na área de atuação da enfermagem na saúde infantil e pediátrica. Durante a componente teórica do curso foi-nos possível adquirir conhecimentos novos e desenvolver outros já adquiridos previamente ao nível de outros ciclos de ensino, em diversas disciplinas relacionadas com a área de especialização. A frequência das aulas e a elaboração de trabalhos

com temas de interesse próprio e relevo para a prática diária favoreceram o interesse, a curiosidade e a aquisição de conhecimentos ao longo dos dois primeiros semestres do curso.

No decorrer dos Estágios 1 e Final foi-nos possível aplicar na prática muitos dos conhecimentos adquiridos no decorrer da vertente teórica, e por outro lado contactar com situações novas, diferentes e com diversos graus de complexidade, que nos proporcionou novas dúvidas e inseguranças, o que se transformou em procura de conhecimento para sustentar a nossa atuação no futuro. O constante contacto com a população pediátrica levou-nos a uma avaliação profunda das suas necessidades e consequentemente a uma formulação de diagnósticos de enfermagem e planeamento de intervenções baseadas na evidência, com uma posterior reflexão critica em conjunto com as enfermeiras responsáveis pela supervisão dos Estágios. A elaboração de um Estudo de Caso, de um artigo de Revisão Integrativa da Literatura (Apêndice IX) e também a criação de um PIS durante as vertentes práticas do Mestrado, permitiu-nos manter mais uma ligação estreita com a investigação e a busca de conhecimento teórico, com o intuito de o aplicar na prática, com a máxima da segurança e qualidade dos cuidados.

A elaboração do PIS auxiliou na aquisição das competências do Mestre, pois todo o processo é baseado na evidência e pudemos desenvolver a vertente da comunicação de conclusões e conhecimentos pois todo o projeto está planeado para ser divulgado aos pares envolvidos e restruturado conforme necessidades do serviço em questão. Por outro lado, existe uma componente bastante relevante que se baseia na formação de pares, de forma a aumentar as suas competências e a melhorar as suas práticas diárias, buscando a excelência dos cuidados e a segurança das crianças.

A frequência do Mestrado em Enfermagem fez-nos compreender a importância da evidência científica na pratica diária e ajudou-nos a desenvolver ferramentas de aquisição de conhecimentos ate aqui supervisionadas e no futuro de forma autónoma, que nos acompanharão ao longo da nossa vida profissional e com toda a certeza marcarão a nossa postura profissional enquanto EESIP e também como Mestre, um grau académico que pudemos compreender agora que faz toda a diferença na prestação de cuidados de enfermagem, devido às competências que apresenta, ao domínio da pratica baseada na evidencia e do rigor cientifico da sua formação.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Com o intuito de dar resposta aos requisitos para obtenção do titulo de especialista pela OE e do grau de mestre em enfermagem foi elaborado um PIS, que foi planeado durante o decorrer de todos os estágios com o objetivo de ser aplicado no serviço onde desenvolvemos a nossa pratica profissional, articulando assim todas as aprendizagens e competências desenvolvidas ao longo de todo o processo de aprendizagem deste curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Para isso, recorremos à metodologia de trabalho de projeto, após identificarmos um problema de enfermagem que se inserisse numa das linhas de investigação propostas, neste caso a da Segurança e Qualidade de Vida, tal como já foi abordado anteriormente.

Esta metodologia aplica-se ao objetivo de todo este trabalho e também às necessidades exigidas neste curso de Mestrado, pois os seus alicerces prendem-se com a aquisição de conhecimento teórico para posterior aplicação na prática, indo de encontro ao que a OE defende no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, quando afirma que o enfermeiro "desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" e também que "baseia a sua praxis clinica especializada em evidencia cientifica" (OE, 2019, p.4745).

Assim, foi preciso compreender que a metodologia de projeto se baseia num conjunto de etapas que permitem esquematizar antecipadamente e ao mesmo tempo definir a finalidade de um processo que tem como objetivo uma transformação/mudança real, baseada na investigação e focada na resolução de problemas reais. Esta metodologia para alem de ser de grande utilidade para, no caso da enfermagem, a melhoria dos cuidados, fornece também competências a nível profissional e pessoal a quem a aplica, devido à relação que se obtém entre a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia organiza-se em cinco fases, sendo elas: o Diagnostico de Situação, a Definição de Objetivos, o Planeamento, a Execução e Avaliação e a Divulgação dos Resultados, sendo que ao longo deste terceiro capítulo e no decorrer da elaboração do projeto as abordaremos mais pormenorizadamente e respeitando esta ordem (Ruivo et al., 2010).

3.1. Identificação do Problema e Diagnóstico da Situação

No decorrer da parte teórica deste Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, mais concretamente na disciplina de "Projetos de Intervenção em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica" foi-nos pedido que começássemos a delinear a temática e o projeto que pretendíamos desenvolver ao longo dos estágios. Para isso foram-nos dadas a conhecer as linhas de investigação passiveis de ser seguidas de forma a começar a orientar o nosso percurso no PIS. Foi nesta altura que, aprofundando conhecimentos acerca da metodologia de projeto, nos foi possível compreender que para a realização de um PIS, a primeira etapa passa pelo diagnostico de situação. No entanto, para a elaboração do mesmo, é necessário primeiro identificar um problema que seja real, que reúna uma series de condições possíveis ao estudo, que seja operacionalizado através de uma teoria científica e que acima de tudo seja relevante para a prática. Assim, e após reflexão da nossa prática diária, e depois de passarmos por um processo de raciocínio indutivo, que segundo Ruivo et al (2010), é um processo que parte da observação de vários episódios individuais e culmina num problema, concluímos que o TIP poderia ser uma problemática para um SU num hospital sem resposta de internamento pediátrico ou cuidados intensivos pediátricos.

Chegámos a este tema observando a prática diária com algum cuidado, vivenciando essa pratica e também através de entrevistas informais que foram elaboradas a alguns dos elementos-chave do serviço, com perguntas não planeadas que foram sendo colocadas conforme o decorrer das conversas, pois segundo Cohen, Manion, & Morrison (2013), este método de entrevista permite guiar a conversa de forma a maximizar a relevância das perguntas, resultando numa entrevista mais produtiva e com maior resposta às necessidades do entrevistador.

Foi-nos então possível percecionar a necessidade frequente de transferir crianças, muitas vezes em situação critica, para outros hospitais e ao mesmo tempo a inexistência de linhas orientadoras do TIP no hospital onde exercemos a nossa prática clínica de enfermagem e também a insegurança e imaturidade da equipa, visto que apenas uma minoria dos enfermeiros é experiente, especialista ou perito na prestação de cuidados diferenciados ao utente em idade pediátrica ou se sente confortável na eminencia de um TIP. Unindo todas estas componentes encontrámos a nossa problemática, o possível comprometimento da segurança da criança/jovem durante o TIP devido à falta do seu planeamento.

Com um problema identificado podemos seguir para a elaboração de um diagnostico de situação, a primeira etapa da metodologia de projeto, sendo que este é um processo dinâmico e permanente, que dirige as suas atenções para as alterações a fazer na prática real, tendo em conta os obstáculos e dificuldades existentes e que tem como objetivo a elaboração de um esboço cognitivo da problemática identificada, mostrando de forma simples a realidade atual da temática a trabalhar e a sua pertinência (Ruivo et al., 2010).

Guerra (2006, p.131) afirma que "Não é possível formular uma política de intervenção sem uma boa colheita de informação" pelo que numa primeira fase se realizou uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, já explanada no primeiro capitulo deste documento, e numa segunda fase, uma analise da pertinência da temática e também das necessidades da população alvo do projeto, com o objetivo de numa fase seguinte do projeto desenvolver estratégias para as solucionar. Na Figura 1 é possível observar um organograma do desenrolar do diagnostico de situação que é elaborado na continuação deste documento, facilitando a sua compreensão.

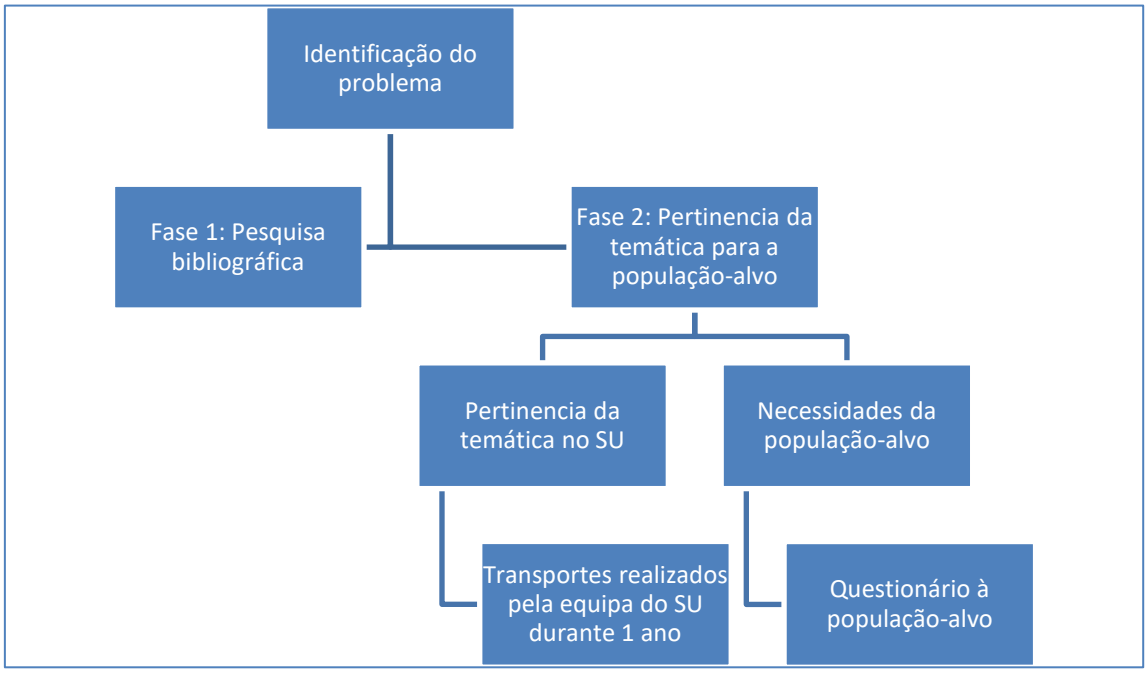


Figura 1: Organograma do Diagnostico de Situação

Na primeira fase, e após definida a temática, foi elaborada então uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de compreender o estado da arte do TIP em Portugal e no mundo, quer a nível teórico quer a nível da prática. Para isso foram utilizadas algumas bases de dados como a EBSCO, a B-On e a SciELO, inicialmente com intervalo temporal, mas posteriormente sem limites relativos a datas devido à escassez de literatura relevante acerca do tema. Os resultados obtidos foram compilados no Capítulo 1 deste documento, o “Enquadramento Conceptual”, mais

especificamente no ponto 1.3, o "Transporte Inter-hospitalar Pediátrico". Nesta pesquisa foi possível compreender que na temática do transporte inter-hospitalar a população-alvo mais comum é o adulto gravemente doente, escasseando informação sobre o TIP, sendo mesmo sugerida por diversos investigadores a urgência de planear e sistematizar o TIP em Portugal e noutros países despertos para a temática. Nesta fase 1 já é possível confirmar que a temática escolhida tem pertinência e necessidade de intervenção a nível bibliográfico, fundamentando à priori a necessidade de trabalhar este tema, ficando agora a faltar compreender se a temática é de relevância para a prática, mais concretamente para o serviço escolhido e para a população-alvo e quais as necessidades especificas dos mesmos. Para isso passámos à fase 2 do diagnostico de situação.

Antes de dar seguimento a esta fase 2 é importante referir que foi definido nesta altura que a população-alvo deste projeto seria a equipa de enfermagem do SU onde desenvolvemos a nossa prática, equipa esta que será caracterizada mais à frente ainda nesta primeira abordagem diagnostica.

Prosseguindo com o diagnóstico de situação, a fase 2 foi divida também ela em duas partes, sendo que numa primeira abordagem foi realizado um levantamento do numero de crianças que foram encaminhadas para outros hospitais, pelo serviço em questão, no espaço temporal de um ano, desde 01 de Novembro de 2017 a 01 de Novembro de 2018, mês em que foi iniciado o diagnostico de situação, com o objetivo de compreender se na prática diária do serviço escolhido existe um número de transportes anuais que justifiquem a intervenção na área do TIP.

Uma das dificuldades encontradas logo à priori para a realização desde levantamento de dados prendeu-se com a inexistência de registos no serviço sobre os TIP's realizados, sendo que foi necessário recorrer ao sistema SONHO e identificar, no universo de todos os utentes em idade pediátrica que recorreram ao SU, quais não tiveram alta para o domicílio e sim para outras instituições, resultados presentes na Figura 2. Este facto remete-nos imediatamente para uma lacuna do planeamento do TIP no SU escolhido, sendo que esta passa a ser uma das prioridades a trabalhar durante este projeto, os registos de enfermagem relativos ao TIP. Posteriormente foi necessário recorrer ao processo informático individual de cada criança para compreender qual o diagnostico que motivou a transferência, Figura 3, e se foram transferidos com acompanhamento diferenciado ou não, dados disponíveis na Figura 4.

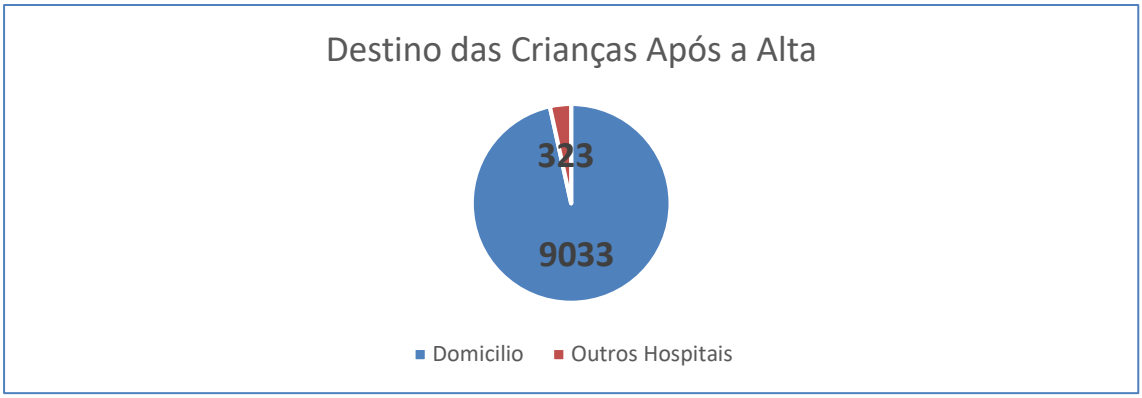


Figura 2: Destino das crianças após a alta

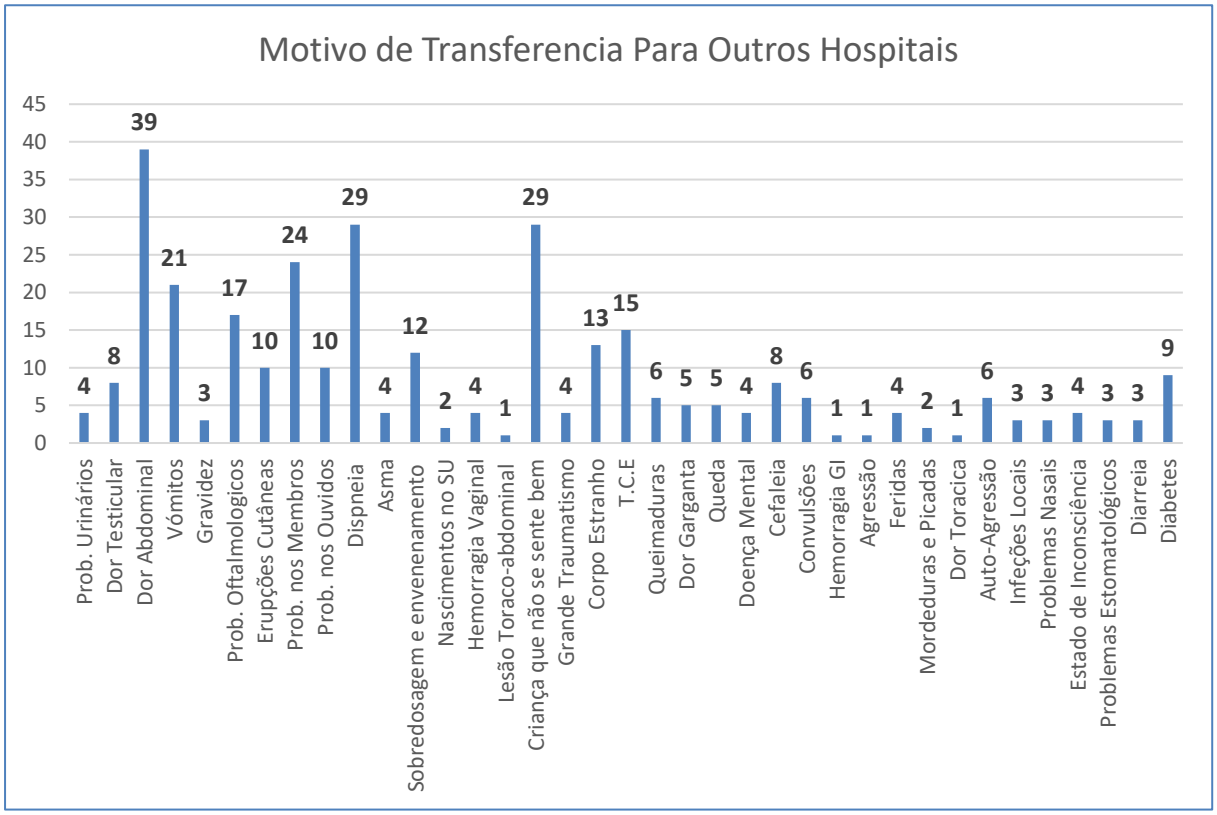


Figura 3: Motivo de transferência para outros hospitais

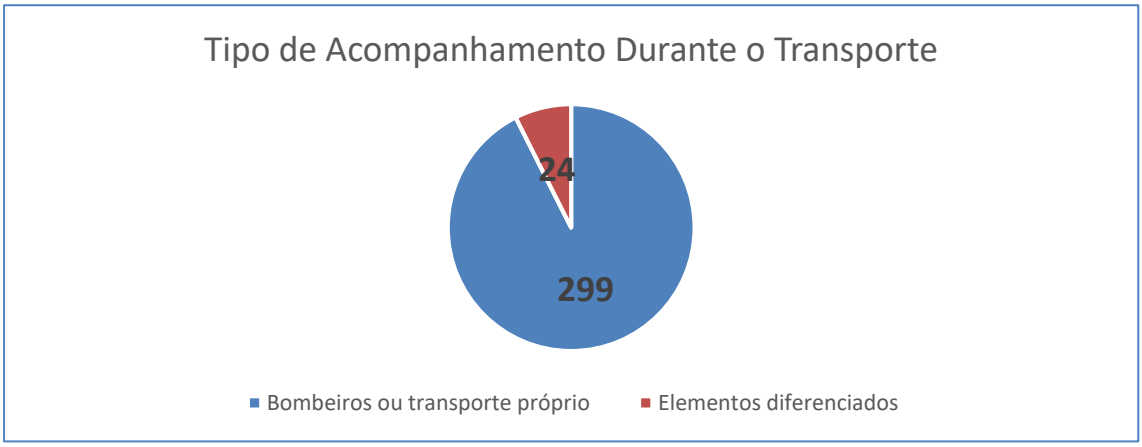


Figura 4: Tipo de acompanhamento durante o transporte

Com a análise destas Figuras podemos concluir que num universo de 9356 crianças que recorreram ao SU no espaço temporal de um ano, de 1 de Novembro de 2017 a 1 de Novembro de 2018, 323 foram transferidas para outros hospitais por uma diversidade de motivos, mais precisamente 37, sendo que estes estão catalogados de acordo com os fluxogramas utilizados no sistema de Triagem de Manchester para uma melhor organização. A causa mais frequente de transferência para outros hospitais está relacionada com dores abdominais, tendo havido 39 transferências por esse motivo, na maioria das vezes associada a um diagnostico de apendicite ou de uma infeção do trato urinário. Logo de seguida, com 29 transferências associadas a cada motivo temos a dispneia e a criança que não se sente bem. Este segundo está associado a todas as queixas e sintomas que não se enquadram em qualquer outro fluxograma, sendo que 18 desses transportes se relacionam com queixas de febre principalmente em crianças com menos de dois anos e os outros 11 tem queixas e/ou diagnósticos diversos, como icterícia, anemia, tonturas ou vertigens, hipo ou hipertensão, bradicardia, ansiedade, dores ou traumatismo genital. 24 transferências estão relacionadas com problemas nos membros, a sua maioria relacionada com problemas ortopédicos que careceram de observação pela especialidade pediátrica. A queixa de vómitos também tem um número considerável de transferências, tendo sido transferidas 21 crianças por esse motivo. 17 crianças foram transferidas por problemas oftalmológicos, visto que não existe a especialidade nem pediátrica nem de adultos no SU em análise. Outros motivos associados a 10 ou mais transferência passam por erupções cutâneas, problemas nos ouvidos, também por falta de especialidade de otorrinolaringologia, sobredosagem ou envenenamento quer acidental quer voluntária, presença de corpo estranho no nariz, ouvidos, garganta ou outra parte do corpo e traumatismo cranioencefálico. É possível então compreender que a maioria das transferências ocorre por falta de especialidade, mesmo de adultos, falta de pediatras e também por não existir um SO onde as crianças possam ficar sob observação mais do que algumas horas. Dentro destas transferências e de todos os motivos apresentados, algumas das transferências implicaram crianças gravemente doentes com necessidade de cuidados diferenciados. Na Figura 4 vemos que de todos os transportes realizados, 24 foram com acompanhamento de profissionais diferenciados, neste caso ou enfermeiro ou médico e enfermeiro. Este é o número referente ao período escolhido, não podendo ser transferido para outros anos, pois estas são situações inesperadas e que não conseguem ser programadas, pelo que o número pode diminuir drasticamente no ano seguinte ou, por outro lado, facilmente duplicar ou triplicar. No entanto é importante compreender que 24 transportes, são as vidas e o bem-estar de 24 crianças que estão em causa, pelo que mesmo que este diagnostico de situação revelasse números mais baixos de transportes realizados, ainda

fazia sentido implementar o PIS de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança com necessidade de transporte inter-hospitalar.

Após analisados os processos de todas as crianças que foram transferidas, conseguimos identificar vários casos de crianças que beneficiariam de acompanhamento de pessoal diferenciado e que foram apenas acompanhadas pelos tripulantes das ambulâncias, por motivos que desconhecemos mas que conseguimos associar à inexistência de uma escala de pontuação que determina os recursos humanos de acordo com a gravidade da situação clinica da criança, a inexperiência dos profissionais na área pediátrica ou a falta de pessoal. Para alem das 24 transferidas acompanhadas, identificámos pelo menos mais 9 que beneficiariam de acompanhamento devido à sintomatologia e parâmetros vitais registados no processo clínico. Assim se volta a verificar a importância da sensibilização dos profissionais e a organização do TIP, de forma a que para alem de equidade de cuidados, as crianças usufruam também de qualidade de cuidados pois o transporte é um período de instabilidade, que tanto pode acontecer sem intercorrências como pode despoletar eventos adversos prejudiciais à saúde e bem-estar da criança.

Entrado na segunda parte da fase 2 do diagnostico de situação elaborámos um questionário de perguntas fechadas (Apêndice XII) que foi entregue a todos os profissionais do SU, a população alvo desde projeto, em conjunto com um documento para prestação de consentimento informado na participação do projeto (Apêndice X). O questionário foi o método selecionado pois é uma ferramenta de medida que transforma em variáveis mensuráveis os objetivos do estudo, organizando-as de forma rigorosa e de fácil compreensão e acessibilidade. As perguntas fechadas, que permitem ao participante escolher de entre as respostas apresentadas, foram a escolha para esta colheita de informação pois são fáceis de utilizar e interpretar e permitem um tratamento de dados simples, bem como uma interpretação dos dados acessível (Fortin, 2009).

Assim sendo, o questionário foi dividido em duas partes, uma primeira parte dedicada à caracterização da equipa de enfermagem e à caracterização das suas competências académicas e uma segunda parte dedicada aos conhecimentos e importância dada à temática do TIP. Antes de serem distribuídos, foi elaborado um pré-teste ao questionário, sendo que este foi entregue a três elementos de referência do serviço com o objetivo de compreender se este era compreensível e que não poderia ter diversas interpretações, para alem da pertinência das questões. Após validação por parte dos colegas, e sem necessidade de alterações, os questionários foram entregues em suporte de papel a todos os enfermeiros do SU juntamente

com o consentimento informado para preenchimento e posterior recolha e os dados obtidos foram trabalhados no programa Excel®, de forma a criar gráficos que permitam uma mais simples perceção dos dados obtidos sendo que a medida escolhida para apresentação dos dados foi a percentagem.

Num universo de 47 enfermeiros, 5 encontram-se em absentismo prolongado, estando ausentes da prestação de cuidados no decorrer deste projeto, pelo que a amostra populacional deste questionário em todas as figuras, exceto na Figura 5, foram então 42 enfermeiros (incluindo os autores do projeto e a chefia), a quem foram entregues os questionários para preenchimento, sendo possível observar na Figura 5 a percentagem de questionários respondidos e também dos não respondidos. Assim, analisando a Figura 5, é possível compreender que todos os 42 questionários entregues foram preenchidos, sendo os 11% relativos aos enfermeiros em absentismo prolongado.

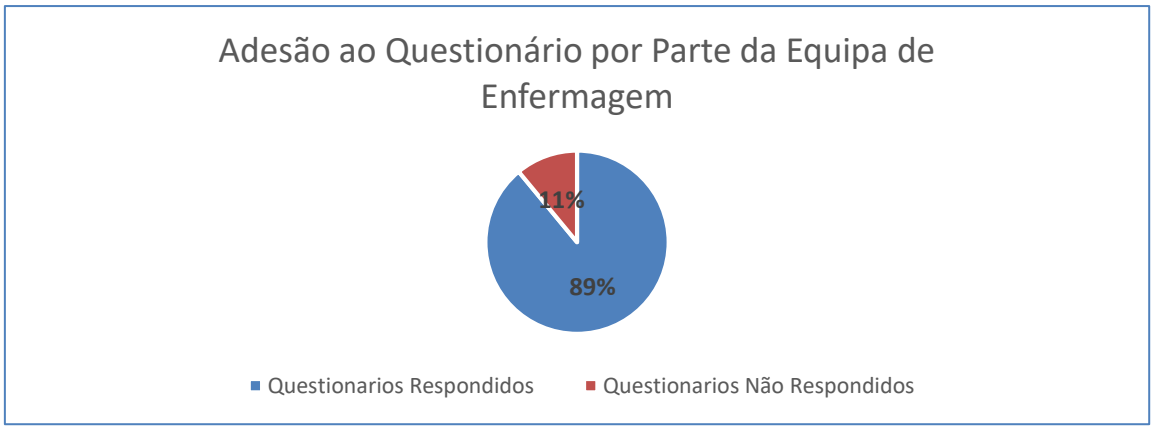


Figura 5: Adesão ao questionário por parte da equipa de enfermagem

Antes de caracterizarmos a população pareceu-nos relevante enquadrar o serviço e o tipo de SU e de SUP que temos nesta realidade. Este projeto foi desenvolvido num hospital distrital que não dispõe de internamento de pediatria ou de UCIP e não existe pediatra de urgência, dispondo o hospital apenas de um pediatra a assegurar a consulta externa. Relativamente ao SU e ao SUP, a equipa de enfermagem é a mesma para os dois, sendo o SUP um posto de trabalho do SU. Apesar de existir uma subequipa destinada à pediatria, da qual fazem parte 6 enfermeiros, sendo 3 delas ESIP e uma ESIP em formação, por vezes nenhum destes elementos está presente e o posto é assegurado por um outro elemento não diferenciado. A chefia é comum e também o são os médicos de clínica geral que asseguram o atendimento de adultos. O mesmo acontece com a sala de emergência, apesar de todas as outras instalações (sala de triagem, sala de tratamentos, gabinete medico, SO e sala de espera) serem exclusivas do atendimento pediátrico. Com esta informação, já é possível compreender que vamos deparar-nos com uma

equipa centrada na prestação de cuidados urgentes/emergentes ao doente critico adulto e não na prestação de cuidados à criança gravemente doente.

Avaliando os dados recolhidos através do questionário relativamente à equipa de enfermagem, temos uma equipa maioritariamente do género feminino, 74% da equipa, como é comum na profissão de enfermagem e como podemos observar na Figura 6. No que diz respeito à distribuição por faixa etária (Figura 7) podemos concluir que estamos perante uma equipa extremamente jovem, em que 43% dos enfermeiros têm menos de 30 anos e 38% têm entre 31 e 40 anos, perfazendo estes dois grupos 81% da equipa, corroborando o que já foi dito em cima.

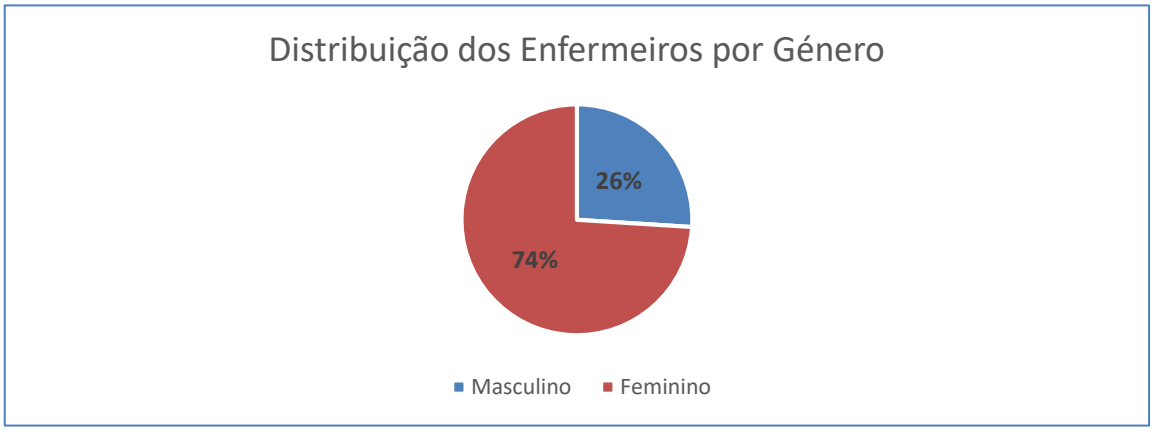


Figura 6: Distribuição dos enfermeiros por Género

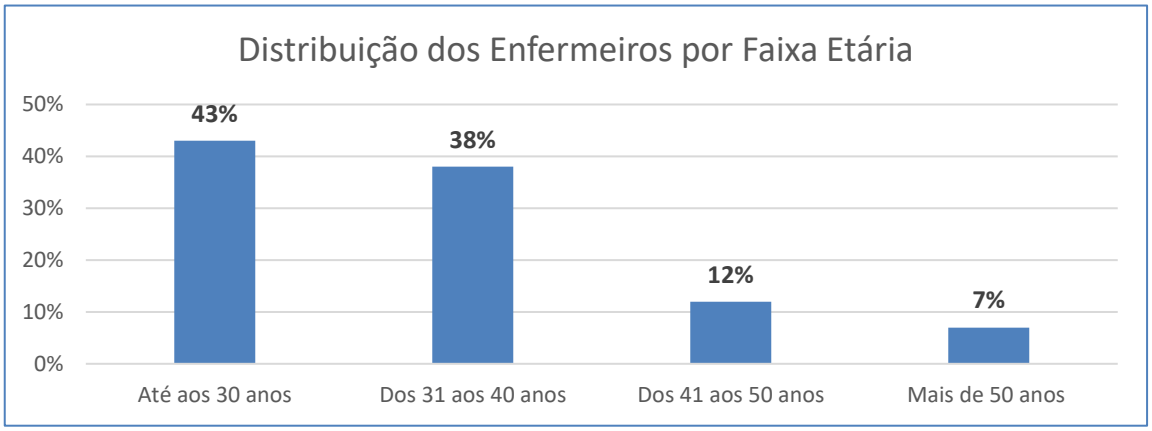


Figura 7: Distribuição dos enfermeiros por faixa etária

Relativamente às habilitações académicas, temos uma equipa em que 100% são licenciados, não existindo já enfermeiros com o bacharelato e de acordo com a Figura 8, 83% ficou por esse grau académico, enquanto que 17% já investiram na sua formação académica e são detentores de um mestrado, todos eles na área de enfermagem. Foi possível concluir que nenhum dos enfermeiros deste SU realizou ainda um doutoramento. Relativamente à especialização em áreas especificas da enfermagem, podemos ver na Figura 9 que apenas 31% da equipa é detentora de um título de especialista, podendo estes dados estarem diretamente relacionados

com o facto de a equipa ser muito jovem e ainda não ter investido na sua formação. Na Figura 10 é possível concluir que dos 31% dos enfermeiros a quem foi atribuído um título de especialista pela OE, ou seja, 13 enfermeiros, 54% tiraram a sua especialidade na área da Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo que os restantes investiram na área da Reabilitação e da Saúde Infantil e Pediátrica, 23,1% em cada especialidade. Isto significa que num universo de 42 enfermeiros, apenas 3 são EESIP, corroborando o que já se esperava encontrar, uma equipa centrada na prestação de cuidados ao doente critico adulto.

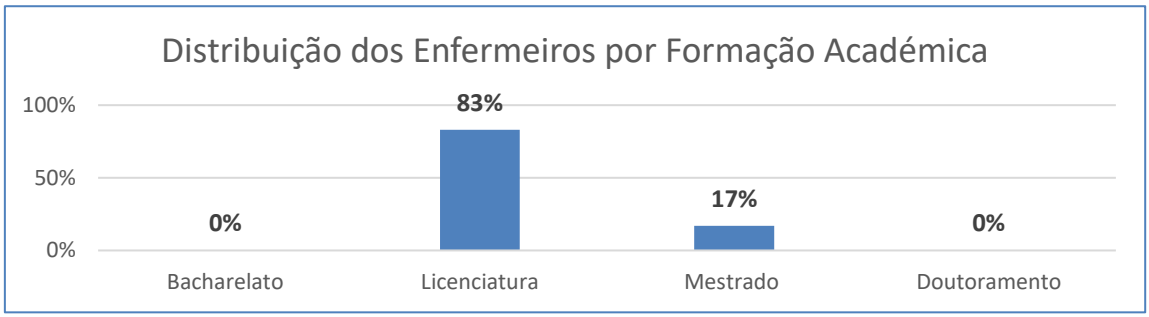


Figura 8: Distribuição dos enfermeiros por formação académica

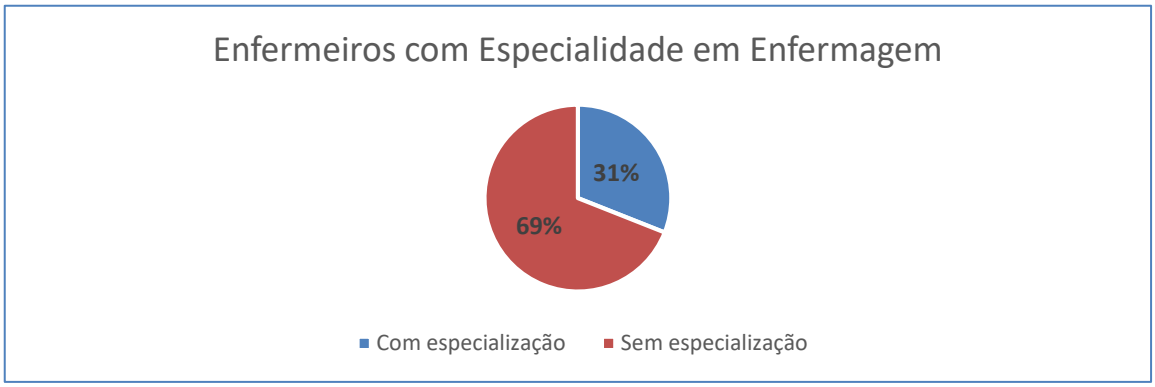


Figura 9: Enfermeiros com especialidade em enfermagem

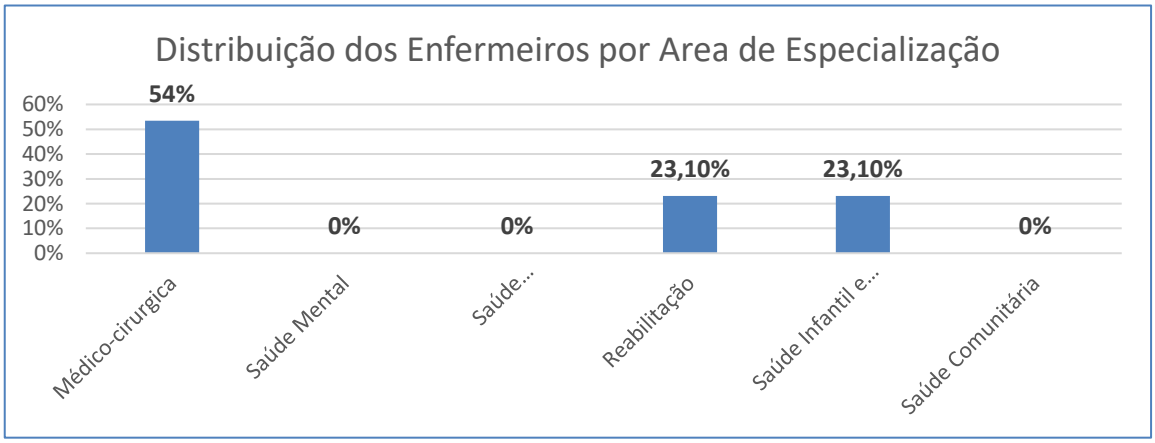


Figura 10: Distribuição dos enfermeiros por área de especialização

No que diz respeito à experiência profissional, e de acordo com a Figura 11, podemos observar que apenas 12% dos enfermeiros têm menos de 3 anos de experiência e temos um núcleo coeso de enfermeiros, 36%, com mais de 12 anos de experiência profissional, sendo a maioria destes os enfermeiros responsáveis por chefiar as equipas e também os enfermeiros de referência dos restantes elementos. Analisando bem a Figura 11 até poderíamos concluir que a equipa é composta por uma grande maioria de enfermeiros com bastante experiência profissional, pois 59% da equipa tem mais de 7 anos de experiência profissional, mas voltando as atenções para a Figura 12, que distribui os enfermeiros de acordo com a experiência em contexto de urgência podemos concluir que 40% dos enfermeiros têm menos de 3 anos de experiencia, sendo este um valor bastante significativo na pratica. Comprova-se também nesta Figura o núcleo de elementos bastante experientes, no qual a equipa se apoia, com 29% dos enfermeiros a trabalhar há mais de 12 anos em contexto de urgência.

Para a relevância deste projeto ainda interessa mais analisar a Figura 13, que mostra a experiência profissional dos enfermeiros na área da pediatria, que como podemos ver é muito reduzida. 45,2% dos enfermeiros não teve ainda qualquer contacto com a área da pediatria na sua vida profissional e nenhum dos enfermeiros do serviço tem mais do que 9 anos de experiência. Ainda assim, e pelo conhecimento que detemos da equipa e através de entrevista informal depois de analisados estes dados, conseguimos perceber que os anos de experiencia em pediatria que foram contabilizados pelos enfermeiros contam com os anos passados neste SU, em que tirando 6 deles que estão escalados de pediatria na maioria dos turnos que fazem, os outros passam pelo posto esporadicamente e contam também com os anos em que prestam cuidados de emergência pré-hospitalar em contexto da VMER, onde prestam assistência em crianças, mas o maior numero de utentes mantêm-se os adultos, tal como no SU. Nenhum dos enfermeiros do serviço teve qualquer outro contacto com a área da pediatria na sua experiência profissional a não ser no atual serviço em que prestam funções, o SU. Podemos observar novamente a inexperiência dos profissionais deste SU no contexto pediátrico onde apesar de 54,8% afirmarem que possuem entre 3 e 9 anos de experiência, esta realidade pode não coincidir totalmente com a verdade, pois como já foi explicado em cima, a pratica diária continua a ser direcionada para os adultos e a prestação de cuidados à população pediátrica esporádica.

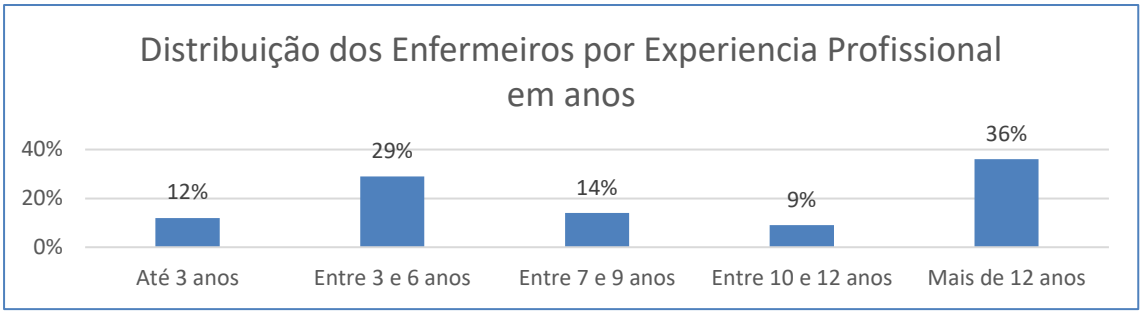


Figura 11: Distribuição dos enfermeiros por experiência profissional em anos

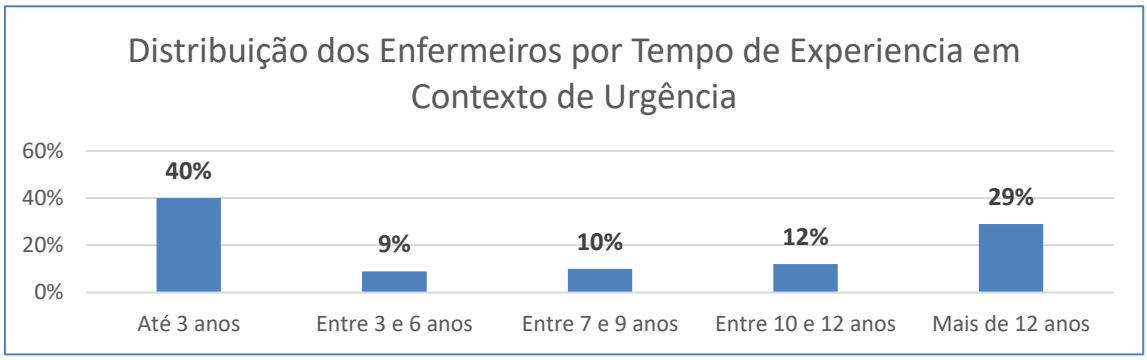


Figura 12: Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência em contexto de urgência

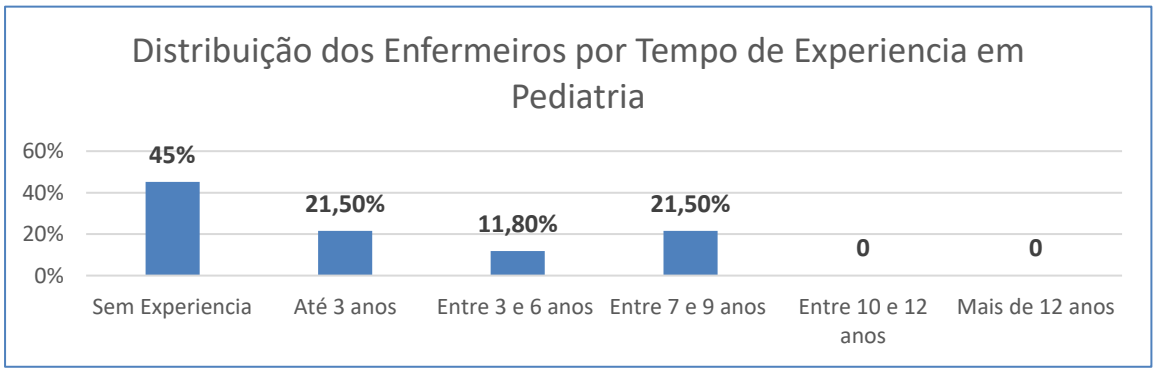


Figura 13: Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência em pediatria

Analisámos ainda a formação especifica dos enfermeiros do SU, passível de interpretação na Figura 14, e pudemos observar que existem em funções no SU 14,3% dos enfermeiros que nunca realizaram formação em Suporte Básico de Vida (SBV), sendo que os restantes 85,7% já realizaram alguma vez no decorrer da sua vida profissional pelo menos um curso de SBV, apesar de alguns dos enfermeiros poderem não ter realizado ainda a formação de acordo com as *guidelines* atuais, ou seja, depois do ano 2015.

Relativamente ao Suporte Imediato de Vida (SIV), que é uma das formações importantes para a realização de transportes de doentes críticos temos, disponível na mesma Figura para interpretação, mais de metade da equipa com formação, uma percentagem de 61,9%, o que é bastante satisfatório para uma equipa jovem como a nossa população alvo. No que ao Suporte

Avançado de Vida (SAV) diz respeito, temos também resultados minimamente satisfatórios, visto que 54,8% dos enfermeiros são ou já foram portadores de certificado de uma formação tão importante para a realização de transporte inter-hospitalar e prestação de cuidados ao doente critico. Já no Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP), foi-nos possível concluir que apenas 2 enfermeiros, 4,7% são detentores de formação avançada na vertente pediátrica, mostrando mais uma vez o desinvestimento nesta área especifica da pediatria, o que se mostra preocupante, porque como já foi referido qualquer elemento da equipa pode estar presente numa situação de emergência pediátrica com possibilidade de necessidade de TIP.

No que diz respeito a formações ainda mais especificas, neste caso questionámos a equipa sobre formação relevante para o TIP, conseguimos compreender que apenas 35,7% da equipa tem formação no transporte do doente critico e estes números devem-se ao facto de 6 elementos fazerem parte da equipa da VMER e terem tido formação especifica em doente critico e transporte do mesmo e para alem desses, mais 5 são especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo que faz parte sua formação a prestação de cuidados ao doente critico. Nenhum dos enfermeiros inquiridos alguma vez frequentou um curso específico de transporte do doente critico pediátrico, sendo que mesmo os enfermeiros que fazem parte da equipa da VMER consideram que a informação que recebem nesse âmbito durante o curso específico não é suficiente para ser considerada uma formação autónoma. Já no que diz respeito à formação especifica sobre emergências pediátricas, temos 23,8% dos enfermeiros com formação nessa área. Com esta informação, voltamos a comprovar que estamos perante uma equipa que pouco investe em formação especifica relacionada com a criança gravemente doente ou com o transporte da mesma, pois temos uma equipa maioritariamente centrada na prestação de cuidados ao doente critico adulto.

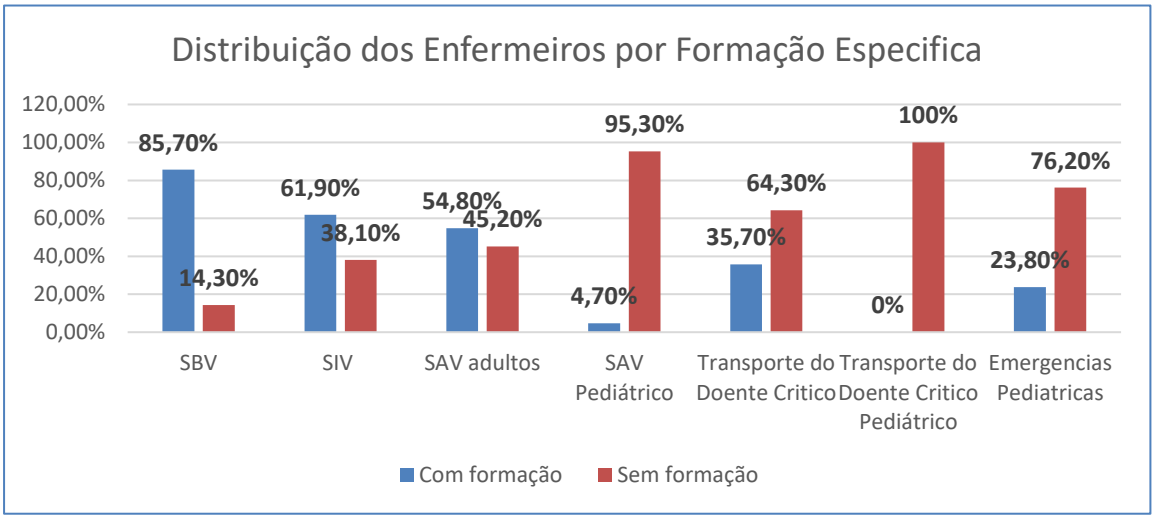


Figura 14: Distribuição dos enfermeiros por formação especifica

Passando à segunda fase deste questionário, analisámos as questões relacionadas com a temática do projeto, o TIP, de forma a compreender a visão dos enfermeiros sobre esta, e compreender as áreas em que estes pensam ser relevante investir em termos de projeto. Nas seis perguntas colocadas, houve uma grande unanimidade de respostas pois a maioria dos enfermeiros concorda que há alterações que são necessárias fazer no que ao TIP diz respeito. 100% dos enfermeiros afirma que o TIP não está bem estruturado no serviço, Figura 15, sendo esta resposta um alerta para a necessidade de intervenção. Na Figura 16 é igualmente visível a necessidade de intervenção quando 100% dos enfermeiros considera que seja pertinente o desenvolvimento de um PIS na área do TIP, em que o objetivo seja o estruturamento dos mesmos e formação dos profissionais nessa área.

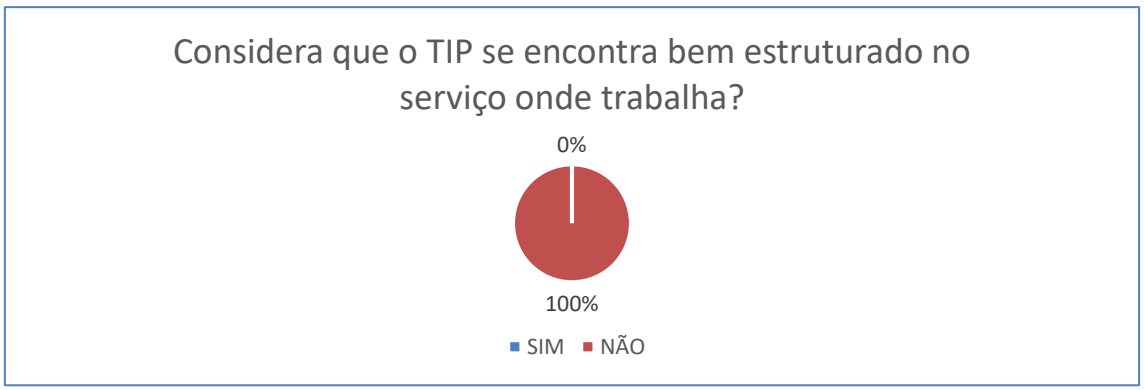


Figura 15: Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.1: "Considera que o TIP se encontra bem estruturado no serviço onde trabalha?"

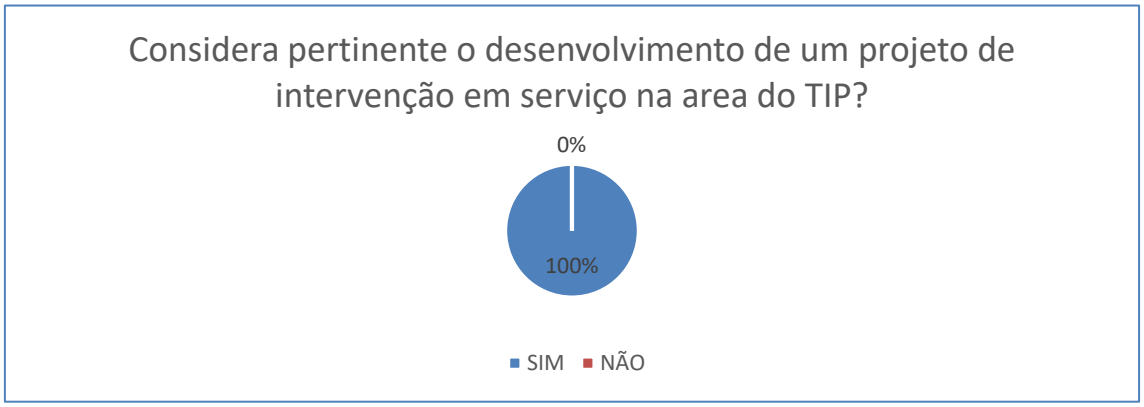


Figura 16: Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.2: "Considera pertinente o desenvolvimento de um PIS na área do TIP que vise a formação dos profissionais e o estruturamento do TIP?"

No que diz respeito à terceira pergunta da segunda parte do questionário: "Considera-se confortável na prestação de cuidados durante o TIP?", na Figura 17 podemos observar que 64,3% da população em estudo respondeu que não se sente confortável na prestação de cuidados no TIP e apesar de não ser abordado no questionário, realizamos algumas entrevistas informais para compreender os motivos desta resposta. A maioria dos inquiridos afirmam que

a população pediátrica necessita de cuidados diferenciados e que em contexto de emergência as dosagens de medicamentos, materiais a utilizar e patologias graves nas crianças são diferentes do adulto, o que os deixa pouco confortáveis com a ideia de ter que transportar uma criança em situação critica por não ser capaz de dar respostas adequadas às necessidades das crianças. Outros referem motivos como o facto de a vida de uma criança ser vista como mais frágil e mais "preciosa" e também o facto de não se sentirem confortáveis com a presença dos pais durante o transporte. Podemos ver então que numa equipa de 42 enfermeiros, apenas 35,7% se sente apto a prestar cuidados em contexto de TIP, o que reforça a necessidade de intervenção ao nível da formação da equipa.

Apesar de a maioria dos enfermeiros da equipa não se sentirem confortáveis na realização de TIP's, é possível confirmar que existe uma consciencialização de que é necessária uma atenção especial a esta temática e que o TIP tem características especiais a ter em conta. Na Figura 18 podemos confirmar esta afirmação, pois ao ser colocada a pergunta 2.4: "Considera que um profissional apto a realizar transportes inter-hospitalares do doente critico adulto está igualmente apto a realizar TIP's?", 83,4% da população respondeu que não, motivando então a continuidade deste projeto, pois apesar de termos uma equipa treinada para o transporte de adultos em situação critica, esta tem consciência que o transporte de crianças requer formação e experiencia especifica.

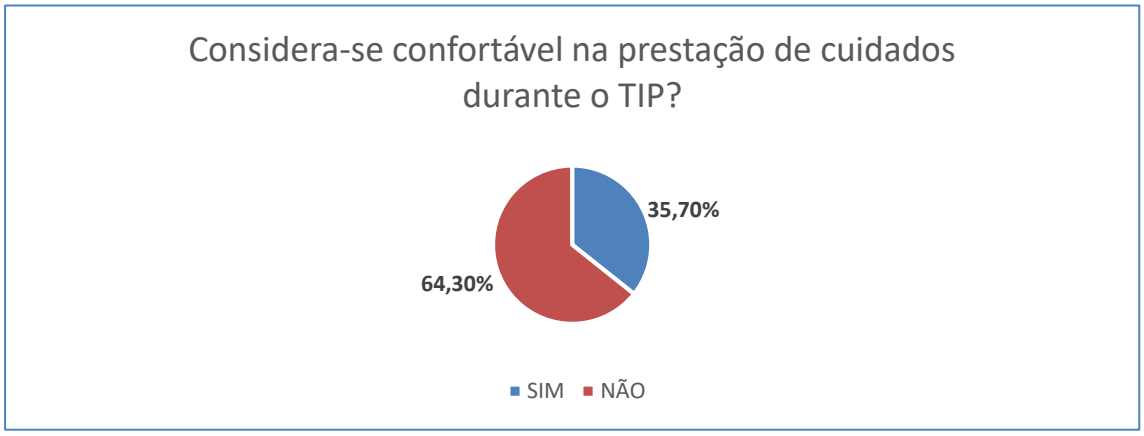


Figura 17: Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.3: "Considera-se confortável na prestação de cuidados durante o TIP?"

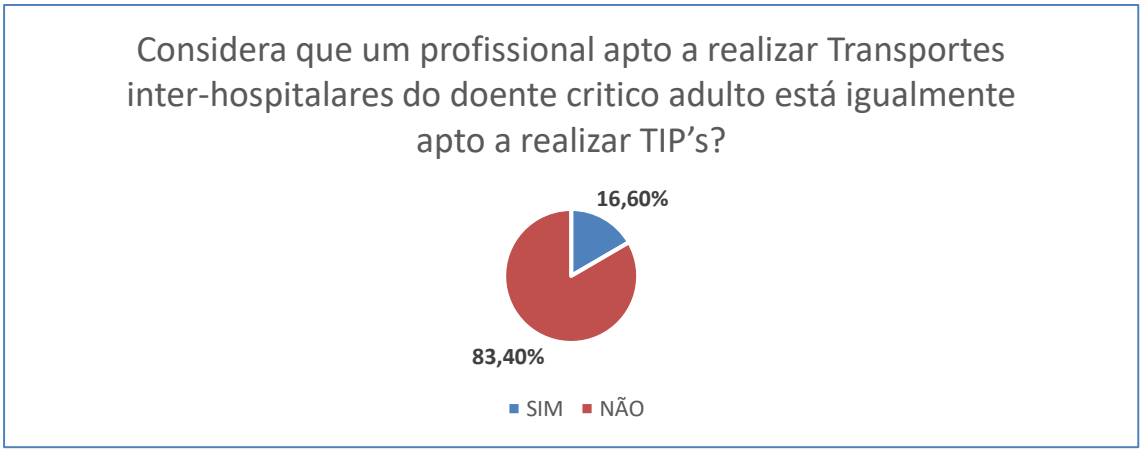


Figura 18: Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.4: "Considera que um profissional apto a realizar Transportes inter-hospitalares do doente critico adulto está igualmente apto a realizar TIP's?"

Por último, averiguámos duas questões que nos foram sendo levantadas no decorrer das entrevistas informais e que nos pareceram pertinentes e preocupantes, sendo a primeira relacionada com a mala de transporte pediátrica e a segunda relacionada com os registos dos TIP's efetuados, sendo que este tema já foi abordado no início da segunda fase do diagnostico de situação. No que diz respeito à pergunta 2.5, sobre a mala de transporte, podemos concluir analisando a Figura 19 que 88,1% dos enfermeiros concordam com os dinamizadores deste projeto pois respondem que a mala de transporte existente no serviço para o transporte de adultos nada se adequa ao transporte pediátrico, sendo este um dos tópicos que também se pretende abordar neste projeto e ficando aqui justificado com a opinião da restante equipa, que ao realizar TIP's encara com mais uma dificuldade de caracter organizacional, a do transporte do material que possa ser necessário utilizar na prestação de cuidados durante o transporte pediátrico.

Na última pergunta do questionário pudemos concluir que 92,9% dos enfermeiros, valor disponível na Figura 20, consideram benéfico que existam registos de enfermagem relacionados com o TIP, quer para efeitos estatísticos, quer para consulta e também proteção dos profissionais em caso de intercorrências, mostrando mais uma vez que este é um ponto que necessita de intervenção.

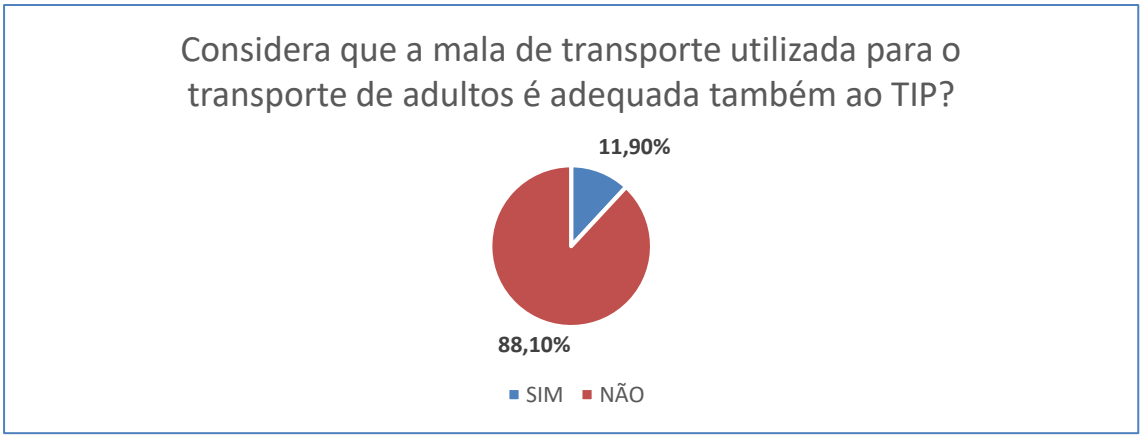


Figura 19: Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.5: "Considera que a mala de transporte utilizada para o transporte de adultos é adequada também ao TIP?"

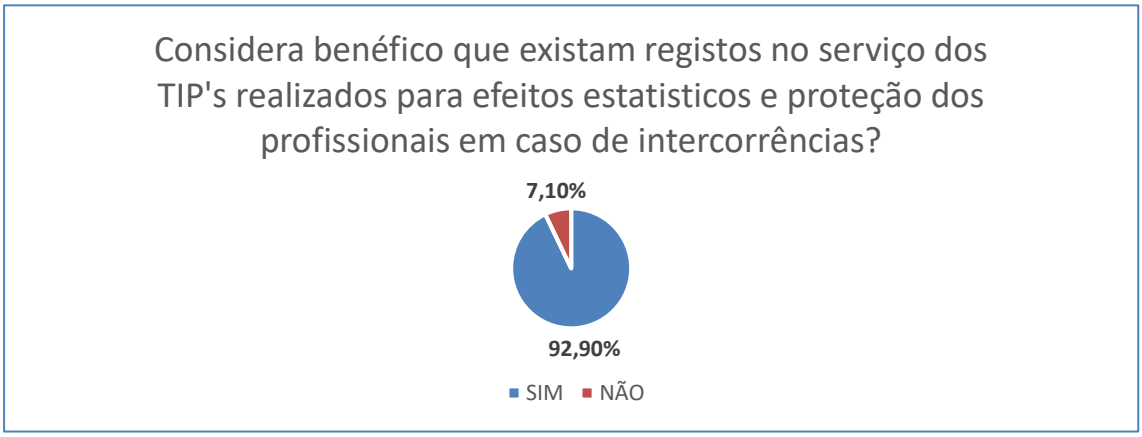


Figura 20: Distribuição dos enfermeiros relativamente à pergunta 2.6: "Considera benéfico que existam registos no serviço dos TIP's realizados para efeitos estatísticos e proteção dos profissionais em caso de intercorrências?"

Depois de analisados todos os dados colhidos com o método do questionário, podemos refletir sobre a pertinência do projeto que pretendemos desenvolver e com isso concluir que o serviço em questão carece quer de formação, quer de organização e planeamento urgente pois este tipo de transporte pode ocorrer a qualquer momento e uma equipa estruturada e competente pode fazer toda a diferença na vida e no bem-estar da criança gravemente doente.

3.2. Definição de Objetivos

Depois de realizado o diagnóstico de situação e comprovada a relevância da temática, passamos para a fase seguinte, que segundo a metodologia de projeto é a definição de objetivos, que se mostrou imprescindível para a estruturação e concretização do projeto. Segundo Ruivo et al (2010) esta etapa permite estruturar os resultados que se visam alcançar, desde os mais gerais aos mais específicos sendo que estes devem ser claros, precisos e exequíveis, bem como

mensuráveis a nível da qualidade e da quantidade. Também Fortin (2009) afirma que os objetivos são imprescindíveis para a realização de um projeto pois permite traçar os resultados que se pretende obter e auxilia quem o projeta a definir estratégias que devem culminar no desenvolvimento de ações previamente planeadas.

De acordo com Mão de Ferro (1999) citado por Ruivo et al (2010) o objetivo geral de um projeto deve projetar os resultados que se pretendem obter e por isso definimos como objetivo geral deste projeto:

- Proporcionar a segurança da criança/jovem durante o TIP através do seu planeamento.

Depois de definida a meta que se pretende obter com o objetivo geral é necessário traduzi-lo em objetivos mais concretos e específicos de forma a que o grande plano do projeto seja alcançado de forma mais simplificada, servindo estes também para mostrar o trajeto que se optou por realizar (Ruivo et al., 2010).

Após analisado o diagnostico de situação, ouvida a equipa de enfermagem, escolhidos os locais de estágio e analisadas as competências do EE, as competências especificas do EESIP e as competências do Mestre, os objetivos específicos definidos para este projeto são:

1. Criar/adaptar ferramentas que facilitem a organização do TIP

2. Realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e temáticas relacionadas

3. Organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP

3.3. Planeamento

Segue-se agora a terceira fase do projeto, o planeamento, onde deve ser elaborado um esboço pormenorizado do que se pretende executar de forma a cumprir os objetivos dando enfase às várias vertentes da organização, desde a calendarização das atividades, aos softwares e recursos que irão ser necessários ate aos riscos e qualidade, terminando normalmente esta fase num cronograma de atividades (Ruivo et al., 2010).

Assim, no Apêndice XIII encontra-se o planeamento do PIS em que cada objetivo específico está associado a uma serie de atividades a desenvolver com vista a alcançá-lo, bem como os recursos necessários para a sua execução. Para que seja possível a execução das atividades é imprescindível que se faça uma adequada gestão temporal, pelo que no Apêndice XIV temos o cronograma do planeamento das atividades distribuídas pelas datas correspondentes à sua execução.

3.4. Execução

Na fase quatro do PIS temos a execução, fase esta em que todo o planeamento ganha contornos reais e é colocado em prática, através da colheita de informações e documentos que visem a resolução dos problemas, onde são detalhadas as atividades e estratégias que se escolheram executar de forma a dar resposta aos objetivos, respeitando a gestão do tempo previamente definida no planeamento (Ruivo et al., 2010). É ainda nesta fase que os autores do projeto desenvolvem competências e ao mesmo tempo encontram dificuldades e barreiras à implementação das suas propostas, devendo por isso estar sempre despertos para possíveis necessidades de reformulações e ajustes ao plano inicial (Nogueira, 2005).

O primeiro passo desta execução passou por realizar um requerimento de avaliação do projeto à Comissão de Ética (CE) do Hospital em que se pretende implementar o projeto, tendo este pedido, Apêndice I, sido remetido para o Concelho de Administração (CA) via email conforme previsto pela CE, não tendo ainda sido obtida qualquer resposta por nenhuma das partes, CA ou CE. Posteriormente foi elaborada a Proposta de Projeto de Estágio onde vem contemplado o respetivo plano de trabalho (Apêndice II). Cumpridas as formalidades éticas e legais, demos seguimento ao planeamento do projeto, seguindo a metodologia de Ruivo et al (2010) que afirmam que os objetivos específicos delineados estão diretamente relacionados com as atividades e estratégias utilizadas, pelo que optamos por dividir este Capítulo pelos objetivos específicos definidos, abordando em cada subcapítulo as atividades que nos propusemos desenvolver para os alcançar.

3.4.1. Objetivo 1: criar /adaptar ferramentas que facilitem a organização do TIP

Após elaborado o diagnostico de situação, foi-nos possível compreender que não existe qualquer linha orientadora no serviço escolhido relativa ao TIP, pelo que nos propusemos a criar ou adaptar para posterior utilização, alguns documentos que segundo os questionários

respondidos pelos enfermeiros do serviço e através da experiência profissional e também das realidades conhecidas em contexto de estágio, consideramos relevantes para a organização do TIP.

A preparação destes documentos é o culminar do desenvolvimento de uma extensa pesquisa na literatura quer na temática do TIP, quer na área da prestação de cuidados à criança em situação critica, que visou reunir a mais recente e relevante evidencia. Assim a Atividade 1 decorreu durante todo o processo de elaboração deste relatório, pois qualquer passo necessitou de ser fundamentado em evidencia científica, sendo sempre imprescindível a pesquisa paralela à elaboração do projeto. Desta pesquisa bibliográfica, para alem de todo o projeto apresentado, incluindo a parte 1 deste relatório, onde está explanada toda a sustentação teórica deste projeto, surgiu também um artigo de Revisão Integrativa da Literatura baseado na metodologia de revisão do *Joanna Briggs Institute*, com o título "Equipas especializadas no transporte inter-hospitalar pediátrico: Impacto na qualidade dos cuidados" cujo resumo se encontra no Apêndice IX, sendo que este já foi mencionado no capitulo 2 deste documento. Para alem dos conhecimentos adquiridos com esta práxis, também fomos beber informação à prática dos cuidados em contexto de estágio, onde nos foi possível conhecer outras realidades e serviços com o TIP estruturado, estando aqui explanada a Atividade 2, que decorreu entre os meses de Setembro de 2018 a Janeiro de 2019, não sendo incluído nesta atividade o Estágio I, pois apesar de ter sido fundamental para a aquisição de competências do EE e do EESIP, não se enquadra na busca de conhecimentos sobre o TIP e sobre a criança gravemente doente. Todas as experiências vivenciadas nos meses assinalados, que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências estão descritas e analisadas no Capítulo 2 deste documento e refletidas na documentação criada/adaptada no seguimento deste projeto.

O mesmo se passa com as Atividades 3 e 4, que foram desenvolvidas durante o Estágio Final e que também se encontram descritas no Capítulo 2 do documento, quando abordadas as experiências vivenciadas e as competências adquiridas no decorrer dos Estágios. Com estas duas atividades, foi possível vivenciar a prática do que se pretende planear, dando ao projeto contornos mais reais e aos autores do projeto mais competências para o desenvolver. Para a Atividade 3 contribuíram as experiências de planeamento quer prático, na preparação de toda a parte pratica do TIP, incluindo a preparação das crianças para o transporte, bem como o planeamento teórico e colaboração na vertente organizacional do serviço, principalmente no Serviço de Neonatologia, onde foi criada uma proposta de mala de transporte do neonato, disponível no Apendice VIII. A atividade 4 foi mais complexa de realizar, apesar de ser um grande

desejo e objetivo dos autores do projeto, devido à parte burocrática do transporte de alunos, situação que alguns serviços não permite devido aos seguros escolares ou por outros motivos intrínsecos à organização dos serviços. Ainda assim foi-nos possível acompanhar uma criança num TIP, experiência que contribuiu para uma visão mais holística do que é feito no decorrer do transporte, como funciona a prestação de cuidados num ambiente móvel e sem uma equipa de apoio. Foi-nos possível compreender algumas necessidades do TIP e essa experiência revê-se em todo o projeto que foi desenvolvido posteriormente.

Uma das grandes dificuldades que os autores deste projeto encontram na prática diária no serviço escolhido para implementação deste projeto, passa pela mala de transporte que se utiliza no transporte de crianças gravemente doentes. Também no questionário que foi respondido pelos profissionais é possível concluir que a grande maioria não se encontra agradada com o método de transporte de material utilizado neste momento, pois é utilizada a mala de transporte de adultos, que não dispõe de qualquer material adequado às especificidades pediátricas. Por esse motivo, quando é necessário transportar uma criança o enfermeiro responsável pelo transporte tem de recolher uma variedade de material pediátrico para acrescentar à mala de adultos. Esta prática, para alem de acrescentar tempo desnecessário ao deslocamento da criança, é uma prática com grandes possibilidades de falha, pois o profissional está sob pressão, por ter de estar a prestar cuidados à criança e por ter de ser rápido e eficiente a planear o transporte, podendo isto resultar em esquecimento de material importante. Para alem disso, estamos a transportar material desnecessário, o de adulto, pois não existe uma outra mala onde o material pediátrico possa ser colocado, o que pode causar confusão e aumentar o tempo de resposta do enfermeiro numa situação emergente durante o transporte.

Para a realização desta que é a Atividade 5 do planeamento, baseámo-nos num documento já previamente criado por nós durante o estágio na unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais, onde criámos uma norma de criação e manutenção da mala de transporte neonatal (Apêndice VIII), sendo que aqui esta norma foi adaptada para dar resposta à população pediátrica que tenha até aproximadamente 50 quilogramas, sendo que as que apresentem um peso superior já podem ser transportadas com recurso à mala de transporte de adultos. A decisão de qual levar é tomada pela equipa na hora do transporte de acordo com as características da criança que vão transportar, mas ambas devem estar previamente prontas para o transporte.

Esta proposta encontra-se então no Apêndice XV, e contempla para alem da lista de material proposto, também a proposta de manutenção da mesma, com impressos para registo de abertura da mala e uma *check-list* da composição e das validades do material, de forma a facilitar a reposição do material utilizado e o controlo de validades.

Até ao momento não existe qualquer documento de registo para avaliar a condição clinica da criança, sendo que os únicos registos que se preconizam fazer são realizados em formato de nota de enfermagem escrita no programa ALERT®, no mesmo formato que se utiliza para o adulto. Ao questionar os profissionais acerca dos registos de enfermagem que se realizam no serviço, na última pergunta do questionário de diagnostico, concluímos que a grande maioria concorda que estes não estão bem estruturados, não são suficientes ou não estão adaptados à população pediátrica pelo que tentamos resolver essa questão através da Atividade 6. Através de toda a revisão da literatura que elaborámos no decorrer deste projeto conseguimos compreender que há dois documentos que fazem falta ao serviço, quando se fala em criança gravemente doente e transporte inter-hospitalar. O primeiro documento é uma folha de avaliação clínica da criança, que deve ser um documento que reúna todos os parâmetros importantes da monitorização da criança, que pode desempenhar uma tripla função: primeiro pode ser utilizada para garantir a estabilização da criança na sala de emergência, depois pode acompanha-la durante o transporte, facilitando a transmissão de informações aos profissionais que recebem a criança no hospital de destino e por fim pode ser arquivado em forma de processo de enfermagem das crianças transportadas.

O segundo documento passa por uma adaptação do que já existe e está em pratica no serviço em causa para os adultos gravemente doentes, uma grelha de avaliação do transporte secundário da OM & SPCI (2008) que permite obter um score de acordo com a condição clinica do doente, o que determina o tipo de transporte que lhe deve ser provido no que diz respeito a meio de transporte, equipa tripulante e equipamento a transportar.

Ao realizarmos a nossa pesquisa bibliográfica deparámo-nos com um PIS de um enfermeiro, no âmbito da sua formação em ESIP, com objetivos semelhantes aos que agora desenvolvemos, sendo que este autor já tinha desenvolvido dois documentos semelhantes ao que o nosso serviço necessita adaptados à realidade pediátrica, com base nas mesmas bibliografias que consultamos e que utilizamos na prática. Visto que Pereira (2018) desenvolveu estes documentos atuais e adequados às necessidades deste projeto decidimos, depois de confirmar a sua base em bibliografia atual, incluí-los no nosso projeto, apresentá-los à equipa de

enfermagem e colocá-los experimentalmente a uso e posteriormente adicioná-los à norma de procedimento. Assim colocaremos à aprovação e teste da equipa de enfermagem o Anexo IV como Documento de Registo da Avaliação da Condição Clínica da Criança (DRAC) e o Anexo V como Documento de Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (DATIP).

Depois de elaborado o diagnostico de situação foi possível compreender que a maioria da população-alvo não se mostra confortável na prestação de cuidados à criança gravemente doente em contexto de TIP e também mostra não ser possuidora de formação especifica ou experiência suficiente para assegurar cuidados de qualidade durante o transporte. Desta forma, e também recorrendo à observação da equipa na prestação de cuidados à criança, foi surgindo a necessidade da criação de material de apoio no que diz respeito a algumas especificidades da criança que quem não contacta diariamente com a criança gravemente doente pode não dispor destes dados de memoria, mas que numa situação de emergência fazem falta e podem fazer toda a diferença na prestação de cuidados de qualidade, pelo que surge assim a Atividade 7. Ao compilarmos esta informação relevante decidimos, em conformidade com a opinião de alguns elementos de referência do serviço, que iriam ser impressos dois exemplares em tamanho A5 quando implementado o projeto, um para colocar na mala de transporte pediátrico e outro na sala de emergência, onde são prestados os cuidados ao doente gravemente doente e de onde partem os TIP's. Chamámos a este documento: Livro de Bolso para Emergências Pediátricas, de agora em diante denominado por LEP, para facilidade de escrita e leitura, sendo que este documento se encontra disponível no Apêndice XVI.

Para a elaboração deste documento baseamo-nos principalmente no manual de 2015 do Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu do *European Rescuscitation Council* que nos foi fornecido aquando da realização da formação certificada de SAVP no mês de Janeiro de 2019. Quisemos reunir de forma sucinta informação relevante na abordagem à criança gravemente doente, num formato que possa ser transportado facilmente e de rápida consulta, pelo que recorremos maioritariamente a esquemas e tabelas. O LEP conta então com 20 tópicos, iniciando com os parâmetros vitais de referência em pediatria (Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Pressão Arterial), seguida do resumo da abordagem ABCDE de acordo com as mnemónicas apresentadas no manual, que facilitam a memorização e esquematização da abordagem e também o algoritmo da Abordagem e tratamento da criança gravemente doente. Seguem-se dois tópicos relacionados com as especificidades da entubação endotraqueal da criança e de seguida os parâmetros ventilatórios base a utilizar apos entubação. Os seguintes 5 tópicos estão relacionados com a terapêutica em pediatria, desde os fármacos utilizados na

reanimação, aos fármacos específicos para cada patologia e também os utilizados na entubação endotraqueal e para perfusão de sedação. Segue-se o algoritmo de SBV e posteriormente entramos na vertente do SAVP, primeiro com o algoritmo do SAVP e seguindo com as tiras de ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis em pediatria, bem como os respetivos algoritmos no que diz respeito à Paragem Cardiorrespiratória. Terminamos com três tópicos relacionados com o período neonatal, para aplicação em situações de nascimentos no SU, que apesar de raros, por vezes sucedem. Apresentamos o algoritmo do Suporte de Vida Neonatal, seguido da tabela do Índice de Apgar e terminando o LEP com os fármacos utilizados neste período.

A atividade 8 surge neste objetivo, mas é transversal a todos os objetivos traçados, pois prende-se com a divulgação do projeto à chefia de enfermagem e ao professor orientador, depois de planeadas todas as atividades com o objetivo de recolher criticas e sugestões de melhoria para que se possam proceder a alterações que tornem o projeto mais completo e eficiente. Para isso propõe-se a marcação de reunião com a chefia para possível conversa informal e exposição do projeto e suas aplicações praticas e o mesmo a realizar com o professor orientador, sendo que idealmente a reunião seria com os dois elementos de referência, de forma a ser possível criar uma discussão e *brainstorming*, sendo possível aos autores do projeto beber ao mesmo tempo a informação de quem está na pratica e conhece os desafios do dia a dia e de quem domina a teoria e a vertente académica.

A Atividade 9, em que se propõe a criação de uma norma de procedimento para o TIP, funciona como um resumo de todo o projeto e tal como a atividade anterior, também esta acaba por ser transversal e o resultado de todos os objetivos traçados. Esta norma, disponível no Apêndice XI foi criada de acordo com as normas implementas no serviço em questão e para a sua elaboração foi utilizada a pesquisa bibliográfica efetuada no decorrer deste projeto, bem como os documentos que aqui se criaram ou adaptaram de outros autores. Assim sendo a norma funciona como um documento orientador do procedimento que se pretende uniformizar, contribuindo assim para o grande objetivo deste projeto que passa por planear o TIP de forma a proporcionar a segurança à criança que dele necessita.

3.4.2. Objetivo 2: realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e temáticas relacionadas

O segundo objetivo deste projeto passa por formar os enfermeiros com a premissa de que estes sejam progressivamente mais competentes e peritos na área do TIP, de forma a que consigam prestar cuidados de forma adequada às necessidades da população pediátrica que careçam de transporte inter-hospitalar, tornando os cuidados mais seguros e com resultados mais benéficos para a saúde e bem-estar da criança. Fabião, Magano, Jesus & Miranda, (2005, p.236) confirmam esta afirmação quando referem que "formar pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a competências, atitudes, para que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde", mostrando-se assim a formação imprescindível na pratica de cuidados e também na concretização e sucesso deste projeto.

A primeira atividade que nos propusemos a desenvolver para dar cumprimento a este objetivo foi a Atividade 10, que decorreu desde o início do Estágio 1 e que só terminou no fim deste projeto, pois propusemo-nos a complementar toda a pesquisa bibliográfica efetuada para dar cumprimento ao objetivo anterior, sendo que as especificidades das formações propostas requeriam conhecimentos e pesquisa adicionais.

A primeira formação que este projeto contempla, foi definida através da atividade 11, que propõem que sejam apresentados os dados recolhidos através do questionário de diagnostico de situação, de forma a sensibilizar a equipa para os problemas do serviço relativos à temática do TIP e posteriormente apresentar-lhes o projeto que foi desenvolvido de forma a que estes tenham conhecimento e possam dar os seus contributos para o seu aperfeiçoamento e também de forma a motiva-los a ser ativos na mudança e melhoria dos cuidados, e tem o titulo: Projeto de Intervenção em Serviço: O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico.

A formação foi planeada com recurso ao Apêndice XVII e elaborada no programa PowerPoint® e conta com trinta e três diapositivos, disponíveis para consulta no Apêndice XVIII e foi criado um documento para recolha de *feed-back* e sugestões de acordo com a metodologia da Análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) disponível no Apêndice XIX.

Para avaliação da formação foi utilizado o documento do centro de formação do hospital, disponível no Anexo II.

Organizámos a formação com o objetivo de dar resposta aos objetivos que nos propusemos a alcançar, sendo eles: Dar a conhecer o PIS; Realizar um breve enquadramento teórico sobre a temática; Apresentar os resultados do diagnostico de situação; Sensibilizar a equipa para a problemática e Recolher analise SWOT do projeto, começando por fazer uma abordagem teórica à temática do TIP, passando pelas especificidades do TIP em Portugal e posteriormente apresentando aos formandos os resultados do diagnostico de situação que foi dividido em três partes: As crianças do SU, os profissionais do SU e o TIP. Posteriormente apresentamos o PIS que foi desenvolvido, dividindo-o nos três objetivos definidos e no que foi elaborado para os atingir. No fim o objetivo é entregar para alem do documento de avaliação da formação, o documento para recolha de analise SWOT.

Recorremos a este método pois permite-nos analisar os cenários possíveis da situação, salientando pontos fortes e pontos fracos, como fatores intrínsecos, ou seja, as especificidades próprias do projeto e seu planeamento e também as oportunidades e ameaças, relacionadas com fatores extrínsecos, como aspetos organizacionais, estruturais e institucionais. Para alem disto é um instrumento facilitador da colheita de dados, fácil de preencher pelos inquiridos e de fácil coleta e organização dos dados por parte dos autores dos projetos.

Esta formação e possivelmente também as outras duas que complementam este projeto, deverão ter que ser realizadas pelo menos duas vezes para ser possível assegurar a presença do maior número de elementos da equipa, devido ao facto de pelo menos 8 elementos terem que ficar a assegurar o funcionamento do serviço, independentemente da hora das formações e também devido às disponibilidades individuais de cada um, pelo que estes factos devem ter que ser ponderados aquando do planeamento e marcação das datas das formações.

A atividade 12 foi pensada e desenvolvida depois de analisados os resultados de uma pergunta especifica do diagnostico e que nos deixou bastante alarmados. Quando foram questionados os enfermeiros acerca de formação especifica que possuíam, concluímos que apenas dois elementos dos 42 que constituem a equipa têm formação em SAVP, sendo que um deles é um dos colaboradores deste projeto, formação esta que se revê fundamental na prestação de cuidados à criança gravemente doente e em contexto de TIP, pelo que após avaliados estes dados concluímos que seria fundamental munir os enfermeiros da equipa com conhecimentos acerca desta temática de forma a aumentar a segurança na prestação de cuidados.

A formação foi planeada com recurso ao Apêndice XX e apesar de ser estruturada para ser uma formação prática com simulações constantes de casos reais em que recorremos a diversos modelos de treino de reanimação e material da prática diária, foi elaborado também um documento PowerPoint® de apoio que conta com trinta e cinco diapositivos, disponíveis para consulta no Apêndice XXI. Para avaliação da formação utilizámos novamente o Anexo II e para avaliação da aquisição de conhecimentos por parte dos formandos, foi elaborado um documento de avaliação formativa, Apêndice XXII para aplicação no início e também no final da formação, sendo esta a Atividade 13 proposta no planeamento do projeto com o objetivo de comparar os resultados de forma a comprovar a eficácia ou não da formação. Com esta avaliação não só é possível compreender se as competências dos formandos aumentaram, mas também compreender pontos fortes e fracos da formação, de forma a realizar melhorias e alterações que estes considerem relevantes para futuras formações realizadas.

Para a apresentação desta formação, pediremos a colaboração de 3 elementos de referência do serviço, com formação especifica e experiência, de forma a que a os formandos possam ser divididos em 4 grupos, agilizando assim a prática das situações práticas criadas. Começámos por explicitar os objetivos da sessão: relembrar procedimentos em caso de necessidade de suporte avançado de vida; relembrar as recomendações em suporte de vida pediátrico emanadas pelo *European Resuscitation Council*; treinar as técnicas de reanimação em SAVP e acordo com os algoritmos definidos; promover o trabalho em equipa; promover a organização da equipa na sala de emergência. Planeámos aplicar o questionário pré-formação e iniciar a formação com os pontos-chave do suporte de vida, entrando de seguida na temática da especificidade das necessidades das crianças. Abordando de seguida o Triangulo de Avaliação Pediátrica damos o mote para a abordagem ABCDE da criança gravemente doente onde teremos uma banca de material que os formandos podem consultar de forma a contactar com material que possam não conhecer. Passamos para o algoritmo do SBV, onde os formandos serão divididos em grupos para praticarem casos reais e posteriormente passamos aos algoritmos do SAV e aos ritmos cardíacos, continuando o grupo dividido para pratica de simulações da realidade. Para terminar será dado tempo para esclarecimento de dúvidas e brainstorming antes de entregarmos o questionário pós-formação e o documento de avaliação da formação, onde esta termina com os devidos agradecimentos.

Seguindo o planeamento do projeto, passamos à Atividade 14, onde nos propomos realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e as temáticas relacionadas com o mesmo, depois de no diagnostico de situação compreendermos que a população-alvo não se sente apta ou

confortável na prestação de cuidados ao doente critico pediátrico em contexto de TIP. O planeamento da sessão encontra-se no Apêndice XXIII e o documento elaborado em Powerpoint® encontra-se no Apêndice XXIV. Iniciaremos esta formação com um enquadramento teórico sobre a temática do TIP, passando depois a uma breve abordagem da realidade no SU, consciencializando a equipa para a importância da temática. De seguida será abordada a temática das crianças, as suas particularidades em relação aos adultos e a criança gravemente doente, tudo de uma forma sucinta pois a equipa que irá estar presente nesta formação, serão os mesmos que já terão feito a formação sobre SAVP, abordada anteriormente, onde também são abordadas estas temáticas, mas de forma mais intensiva. Posteriormente abordaremos o procedimento do transporte, seguindo a ordem já definida pela norma, pois já temos o processo esquematizado e por outro lado, a informação é sempre transmitida aos profissionais pela mesma ordem e com o mesmo formato, quer na formação, quer quando tiverem contacto com a norma, o que resulta numa aplicabilidade da mesma mais esquematizada e uniforme. Começamos com a decisão, passamos pelo planeamento e responsabilidades e concluímos com a efetivação. Antes de terminarmos passaremos a uma componente mais pratica, onde será desconstruída a mala de transporte pediátrico (que já terá sido implementada na altura da apresentação) e serão distribuídos os documentos criados ou adaptados no decorrer deste projeto, que façam parte do procedimento, para que os enfermeiros possam observar, analisar e dar sugestões de melhoria, ficando também a conhece-los para quando for necessário utilizá-los. Para terminar entregaremos o documento de avaliação da formação, recolheremos duvidas, sugestões e críticas e procederemos aos devidos agradecimentos.

Para dar cumprimento à Atividade 15, foi utilizado mais uma vez o Anexo II para avaliação da formação e recolha de sugestões de melhoria, sendo que não foram avaliados os conteúdos formativos, por esta ser uma formação para apresentação de um procedimento que foi criado para utilização na prática, não se justificando assim uma avaliação de conteúdos programáticos.

3.4.3. Objetivo 3: organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP

Como já foi referido anteriormente neste documento, ao realizarmos o diagnóstico de situação deparámo-nos com um entrave à nossa recolha de dados relativos aos TIP's efetuados no SU escolhido, isto porque não existe qualquer método de registo uniformizado dos TIP's que os profissionais realizam na sua prática diária. Assim sendo, toda a pesquisa teve de ser elaborada

por via informática, tendo sido consultados individualmente os processos de cada criança que foi transferida. De forma a colmatar esta lacuna do serviço foi projetada a Atividade 16 em que nos propusemos a criar um documento no programa EXCEL® para ser colocado no computador da sala de triagem pediátrica. Escolhemos a vertente digital de forma a manter uma forma de registo simples e organizada, facilmente disponível e de fácil acesso a todos, optando por uma vertente que para alem de todas estas vantagens ainda é ecológica e de fácil preenchimento. No Apêndice XXV é possível consultar uma imagem do resultado deste documento, que se encontra organizado por anos civis e que numa primeira folha solicita ao enfermeiro o preenchimento de alguns dados relativos ao TIP efetuado como a data e hora do transporte, alguns dados da criança como o nome, o género e idade e o nº de processo para posterior consulta se necessário, o motivo que a levou a ser transportada e também a possibilidade de diagnostico se existir. Posteriormente solicita o hospital para o qual se efetuou a transferência, o material transportado que pertence ao serviço, como monitores, bombas infusora, entre outras e as intercorrências que possam ter existido durante o transporte. Por fim solicita o nome dos profissionais que realizaram o transporte. Uma segunda folha associada a cada ano civil que se pode observar no rodapé da imagem, apresentará, depois de inseridos dados, gráficos estatísticos relativos ao ano civil em questão, de forma a ser possível uma fácil consulta e recolha de dados.

Prosseguindo para a Atividade 17, definida por nos ter feito sentido que depois de criada/adaptada toda a documentação que se tratou em cima, existisse um documento, a que chamaríamos de Registos de Enfermagem para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (RETIP), que reunisse todos os documentos de registo necessários, que orientasse os enfermeiros e que fosse de preenchimento obrigatório a todos os profissionais que realizam TIP, de forma a existir uniformidade de registos e que depois de arquivados sejam o processo da criança, para consulta posterior. Esta atividade passa então por essa coleta e organização de documentos para registo pré, durante e pós transporte pelo que surge o Apêndice XXVI onde é possível consultar o RETIP, que é iniciado por um DRAC para registos na sala de emergência, pré saída, seguido por um DATIP, onde fica o registo das necessidades da criança durante o transporte e posteriormente uma *Check-list* pré partida da autoria de Pereira (2018), que utilizou a *check-list* de Parking (2013) utilizada para os adultos, incluindo no serviço de intervenção deste projeto, e a adaptou à realidade pediátrica, estando disponível no Anexo VI para consulta. Termina-se o RETIP, com novo DRAC, para registo da condição da criança durante o transporte. Para terminar o ciclo de registos, ao chegar ao seu serviço de origem, o enfermeiro deve arquivar em dossier

disponibilizado para o efeito, todos os documentos do RETIP e por fim realizar os registos informáticos no documento ECXEL® aqui representado pelo Apêndice XXV.

A última atividade que visa o cumprimento deste objetivo, a Atividade 18, passa por numa primeira fase validar os documentos de registos com a chefia e elementos de referência da equipa e depois de realizadas as devidas alterações, coloca-los à experiencia na prática diária, neste caso por um período de pelo menos 6 meses, pois a frequência dos transportes pode não permitir a sua utilização frequente de forma a apurar pontos fracos dos documentos, e após esse prazo proceder às alterações que a equipa considerar importantes para o seu funcionamento.

3.5. Avaliação

A última parte de um documento que siga a metodologia de projeto deve ser sempre a avaliação, apesar de esta ser elaborada de forma continua e permanente ao longo de todo o projeto, sendo esta uma das características de distingue esta metodologia de trabalho de todas as outras (Ruivo et al., 2010). Carvalho & Diogo (2001) afirmam que a avaliação deve permitir que se intervenha na melhoria da coerência entre problema e sua resolução em forma de projeto, na eficiência e também na eficácia de forma a atingir os resultados pretendidos.

Apesar de este projeto não ter sido implementado, devido à escassez de tempo e adversidades pessoais dos envolvidos, foi planeado de forma faseada, com uma avaliação continua de todas as suas fases e etapas, de forma a ultrapassar problemas funcionais, organizacionais, de logística e de gestão que foram sendo encontrados ao longo do processo. Existiram momentos de pausa e reflexão antes da tomada de várias decisões no decorrer do planeamento da etapa de execução, tal como preconizado por Ruivo et al (2010), bem como momentos de consultadoria e discussão de ideias e estratégias quer com o professor orientador, quer com os colegas e chefia de equipa de enfermagem de forma a tecer ajustes, compreender o grau de satisfação de todos os envolvidos, bem como incorporar sugestões dos vários elementos envolvidos.

Assim sendo, e apesar de não implementado neste momento e por isso não ser possível avalia-lo no imediato, todo o projeto foi planeado para, quando for implementado, poder ser avaliado, sendo que foram criados documentos de avaliação como questionários de avaliação das formações, analise SWOT do projeto e foram também planeados momentos de apresentação e discussão de várias fases do projeto, como forma de recolher contributos dos envolvidos, como

elementos de referência e chefia de enfermagem. Como todo o processo é dinâmico e ajustável, todos os documentos podem sofrer alterações se assim os seus intervenientes o acharem relevante, incluindo a norma de procedimento antes de ser enviada para aprovação. Ressalvamos esta atividade especifica do projeto visto que esta acaba por ser o resumo escrito deste projeto, que reúne os contributos de muitas das outras atividades planeadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório é o culminar de um processo de aprendizagens e vivências variadas, que nos permitiu desenvolver competências na área da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica. Relembrando os objetivos traçados inicialmente temos como objetivo geral: Desenvolver competências na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica culminando no desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço com base na metodologia de projeto e como objetivos específicos: 1) Desenvolver na prática, conhecimentos e competências na prestação de cuidados especializados à população pediátrica; 2) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, baseando a intervenção na evidência e nos referencias deontológicos e éticos da profissão; 3) Elaborar uma análise reflexiva das competências adquiridas no contexto da prática; 4) Elaborar um PIS numa temática de relevância para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência; 5) Compilar um relatório para posterior discussão em prova pública.

O objetivo específico 1) foi alcançado com a realização dos Estágios I e Final, onde foi possível o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE, especificas do EESIP e também do Mestre. Para o sucesso deste objetivo fez toda a diferença a excelência dos cuidados prestados pelas EESIP's orientadoras dos quatro locais de estágio, que nos proporcionaram experiencias únicas e nos transmitiram conhecimentos que nos acompanharão pela nossa vida profissional, alem de terem despertado em nós a necessidade de sermos constantemente melhores de forma a basearmos a nossa pratica na evidencia e a refletirmos sempre sobre os cuidados que prestamos às crianças e suas famílias, assim contribuindo para o alcance do objetivo 2) em simultâneo.

A criação de um PIS relacionado com o TIP promoveu o alcance do objetivo 4), pois pudemos planear um projeto relacionado com uma temática relevante para o serviço, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança com necessidade de TIP. Com este projeto obtivemos suporte técnico-científico atualizado que foi útil para a elaboração da vertente teórica, mas que deixou contributos importantes para a nossa prática diária, permitindo a promoção da qualidade dos cuidados, novamente reforçando a aquisição do objetivo 2).

Com a elaboração deste relatório desenvolvemos também o objetivo 3) que nos tínhamos proposto alcançar, ao refletirmos sobre as experiências vivenciadas no decorrer dos estágios, sendo que estas nos permitiram a aquisição das competências esperadas para este processo académico e consequente obtenção do título de EESIP. Este relatório permite-nos ter um documento de trabalho passível de discussão em prova publica, que após aproveitamento positivo nos concederá também o Grau de Mestre, respondendo desta forma ao objetivo 5).

Como pontos positivos e facilitadores da conclusão deste relatório ressalvamos a motivação dos estudantes e o interesse genuíno em desenvolver competências nesta área de especialidade, o apoio do professor orientador durante todo o processo, a disponibilidade das EESIP's orientadoras dos estágios e a disponibilidade dos colegas para participar no PIS.

Como pontos negativos apontamos a dificuldade em gerir o tempo para a realização de estágios e do próprio relatório, visto que a instituição onde prestamos cuidados não apoia os enfermeiros que pretendem aumentar os seus conhecimentos através de formação, tornando difícil a articulação temporal da atividade laboral com as horas de aulas, estágio e de realização do relatório, não esquecendo o tempo pessoal e familiar. Para alem disso, um processo de doença que se prolonga no tempo, iniciado em concomitância com o Estágio Final, dificultou-nos ainda mais a gestão do tempo, resultando na necessidade de alterar a estrutura do PIS e do seu cronograma e impossibilitando a sua execução prática.

Depois de realizada esta pequena reflexão, podemos concluir que respondemos adequadamente aos objetivos que nos propusemos realizar, o que resultou na aquisição de conhecimentos e competências do Mestre e do EESIP, tornando-nos profissionais mais competentes. A elaboração deste relatório foi fulcral para desenvolver e consolidar aprendizagens, não só profissionais, mas também pessoais, principalmente através da realização de uma prática refletiva e de extensa pesquisa bibliográfica. Estamos então satisfeitos com a nossa prestação durante este processo de aprendizagem, pelas contribuições que deixámos e também por tudo o que trazemos connosco e seguimos conscientes de que todos os dias podemos ser melhores e mais capazes. Concluímos esta etapa da nossa vida com a certeza de que escolhemos a profissão certa e agora a área de especialidade que nos faz sentir profissionais realizados, agora mais conscientes de que a prestação de cuidados à criança e sua família é muito mais que um trabalho ou uma função, é um desafio diário, uma responsabilidade, uma vocação e para alem de tudo um prazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abecasis, F. (2008). Transporte neonatal e Pediátrico – Organização e perspetivas atuais. Nascer e Crescer, 17(3): 137-140. Disponível em: http://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/1154

American Academy of Pediatrics. (2011). Principles of pediatric patient safety: Reducing harm due to medical care. Pediatrics. 127(6): 1199-1212. Disponível em: https://pediatrics.aappublications.org/content/143/2/e20183649.full

Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A., Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. Texto Contexto Enfermagem. 26(4): 1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e5360016.pdf

Biscaia, A. & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciência & Saúde Coletiva. 22(3):701-711 Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0701.pdf

Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. ANS. 1(1): 13-24.

Carvalho, A. & Diogo, F. (2001). Projeto educativo. (4ª ed.) Edições Afrontamento: Porto

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursig care in: Glasper, E & Tucker, A. Advances in Child, Health Nursing. London: Security Press.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2013). Research Methods in Education (6ª ed.). Routledge.: Nova York. Disponível em: https://islmblogblog.files.wordpress.com/2016/05/rme-edu-helpline-blogspot-com.pdf

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da Republica nº 38/2008, 1ª Série. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro. Diário da República nº176/2016, 1ª Série. Lisboa: Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq

Despacho nº 1393/2013 de 23 de Janeiro. Diário da República nº 16, 2ª Serie. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3182259/details/normal?q=despacho+1393%2F2013

Despacho 5058-D/2016 de 13 de Abril. Diário da República nº 72/2016, 2ª Serie. Lisboa: Gabinete do Secretario de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em: http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2016/Abril/Desp_5058D_2016.pdf

DGS. (2002). Centros de saúde da Terceira Geração: Manual para a mudança. Direção Geral da Saúde (2002) 1-71. Disponível em: https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf

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

DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Circular normativa 022/2012. Ministério da saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx

DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção Geral da Saúde. Lisboa, Portugal. Disponível em: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx

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

DGS. (2018). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/25_2013_acsd_atualizada20jan2014pdf-pdf.aspx

DGS. (2019). Sistema nacional de intervenção precoce na infância. Consultado em Abril 13, 2019 em: https://www.dgs.pt/ms/14/pagina.aspx?ur=1&id=5525

Emergency Medical Services Authority. (2015). Guidelines for Pediatric Interfacility Transport Program. Califórnia. Disponível em: https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/resource/4174/guidelines-for-pediatric-interfacility-transport-program

Erdmann, A. (2009) Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspetivas. Acta Paul Enfermagem. 22:551-553. Disponível em: https://www.redalyc.org/html/3070/307023853021/

Fabião, P., Magano, O., Jesus, F. & Miranda, R. (2005) Formação: Contributo para a Qualidade. Servir. 53 (5): 235-247. Disponível em: http://193.137.135.181/Opac/Pages/Search/Results.aspx?Database=10037_GERAL&SearchText=AUT=%22Miranda,%20Palmira%20Maria%20Rodrigues%22

Figueiredo, C. (2009). A consulta do adolescente. Nascer e crescer. 18(3): 215. Disponível em: http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1272/1/ConsultaAdolescentes_18-3.pdf

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

Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 26(6): 564-570. Acedido em http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10799&path%5B%5D=10535.

Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes: uma abordagem prática. Lisboa: Lidel.

Guerra, I. (2006). Fundamentos e processos de uma sociologia de ação. (2ª ed.). Cascais: Principia. Disponível em: http://files.omeuportefoliopublico.webnode.pt/200000061-f3107013bf/Texto_9_-_GUERRA_Cap.8_A_avaliaASSAPSo_de_um_projecto_de_intervenASSAPSo._p._175-207.pdf

Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf

Grilo, A. (2018) A Cultura de Segurança do Doente na Clínica de Hemodiálise. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22374/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Grilo%202018.pdf

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.), Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9a ed.) (Vol. 2: 1–20). Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.

Instituto de Apoio à Criança. (2009). Anotações Carta da Criança Hospitalizada (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf

International Council of Nurses. (2009). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Genebra: International Council of Nurses. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf

Internacional Council of Nurses. (2015). Classificação internacional para a Prática de Enfermagem. (CIPE® versão 2015) Ordem dos Enfermeiros, Lisboa: Lusodidacta. Disponível em: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Lei nº 48/90 de 24 de Agosto da Assembleia da República. Diário da República: I Serie, Nº 195 (1990). Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/2016/12/13/lei-de-bases-da-saude/

Martins, R. & Martins, J. (2019). Vivencias dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. Referencia. 2(3): 111-120. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a12.pdf

Mata, M., Escobar, M., Cabrerizo, M., Gómez, R., González, J., & López-Herce Cid. (2017). Transporte pediátrico y neonatal en Espana, Portugal y Latinoamérica. Medicina Intensiva. 41 (3): 133-200. Disponível em: http://medintensiva.org/es-transporte-pediatrico-neonatal-espana-portugal-articulo-S0210569116301322

Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reserarch and Practice. Nova Iorque: Springer Publishing Company. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Meleis A, Sawyer L, Im EO, Messias, D., Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. In Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reserarch and Practice. Nova Iorque: Springer Publishing Company. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Ministério da Saúde. (2011). Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Disponível em: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx

Ministério da Saúde Brasileiro (2011). Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde – cuidados com o recém nascido pré-termo. Vol 4. Brasilia- Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v4.pdf

Morais, F. (2012). Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tLZA94GLlSMJ:https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24204%26code%3D688+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Neves, G., Moraes, M., Morais, M., Souza, V., Ciuffo, L. & Oliveira, S. (2016). O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspetiva dos acompanhantes. Escola Anna Nery.

20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160063.pdf

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

Oliveira, H. (2015). Notificação de incidentes como prática para a segurança em pediatria - domínios e desafios do enfermeiro especialista no contexto de cuidados intensivos. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16472

OE. (2005). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

OE. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized

OE. (2017). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

OE. (2019). Homepage. Consultado em Janeiro 23, 2019 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/especialidades/

Ordem dos Médicos & SPCI. (2008). Transporte de doentes críticos. Recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

OMS. (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários Agora Mais Que Nunca. Lisboa, Portugal. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

Orr, A., Felmet, A., Han Y., McCloskey A., Dragotta., Bills M., Kuch, A., Watson, S. (2009) Pediatric Specialized Transport Teams are Associated With Improved Outcome. Pediatrics. 124 (1): 40-48. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19564281

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência. 11 (4): 121-132. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf

Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora. Disponível em: http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23274

Philpot, C., Day, S., Marcdante, K., & Gorelick, M. (2008). Pediatric interhospital transport: Diagnostic discordance and hospital mortality. Pediatr Crit Care Med, 9(1):15-19. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477908

Polit D et al (2001) Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization. (5ª ed). Philadelphia PA, Lippincott.

Programa Nacional de Diagnostico Precoce. (2018) Programa Nacional de Diagnostico Precoce: Relatório 2017. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em: http://www.diagnosticoprecoce.org/documents/RelDP2017.pdf

Reed, P. (2006) The Practice Turn in Nursing Epistemology. Nursing Science Quarterly. 19 (1): 36-38. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/c73e/f68a14158e68c173293eb45a0b80f9795097.pdf

Quinn, J., Pierce, C., & Adler, M. (2015) Factors Associated With Mode of Transport Decision Making for Pediatric-Neonatal Interfacility Transport. Air Medical Journal, 34(1): 44-51. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25542728

Ramnarayan, P., Thiru, K., Parslow, C., Harrison, A., Draper, S., & Rowan, M. (2010) Eff ect of specialist retrieval teams on outcomes in children admitted to paediatric intensive care units in England and Wales: a retrospective cohort study. The Lancet. 376(9742): 698-704. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61113-0/fulltext

Ratnavel, N. (2013). Evaluating and improving neonatal transport services. Early Human Development, 89: 851–853. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094330

Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro. Diário da República nº26/2019, 2ª Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros: 4744-50 Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1

Regulamento nº 190/2015 de 23 de Abril de 2015. Diário da República nº 79/2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/67058782/details/5/maximized?serie=II&dreId=67059992

Regulamento nº422/2018 de 12 de Julho de 2018. Diário da República nº 133/2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros: 19192-94. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf

Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho de 2018. Diário da República nº 135/2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros: 19359-70. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf

Rodrigues, T., Vale, L., Leitão, R., Silva, R., Rocha, S. & Pedrosa, J. (2011) A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. Interdisciplinar NOVAFAPI. 4(2): 21-26. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p3_v4n2..pdf

Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. Percursos, nº15, 1 – 29. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.). Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed.) (Vol. 2: 1025-1060). Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.

Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A. & Silva, D. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. Revista de Enfermagem Referência. 9 (4):87-95. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000200010

Smith, M. & Liehr, P. (2014) Middle range theory for nursing. (3º ed). Springer Publishing Company: Nova York. Disponível em: http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Mary-Jane-Smith-PhD-RN-Patricia-R.-Liehr-PhD-RN-Middle-Range-Theory-for-Nursing_-Third-Edition-Springer-Publishing-Company-2013.pdf

Stroud, H., Trautman, S., Meyer, K., Moss, M., Schwartz, P., Bigham, T., Tsarouhas, N., Douglas, P., Romito, J., Hauft, S., Meyer, T., & Insoft, R. (2013). Pediatric and Neonatal Interfacility Transport: Results From a National Consensus Conference. Pediatrics. 132(2): 359-366. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23821698

The Joint Commission. (2011). Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: a Roadmap for Hospitals. Oak Brook Terrace. Disponível em: http://www.jointcommission.org/Advancing_Effective_Communication/

UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ETICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SOBRE A REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Pedido de Parecer para Realização de Projeto de Intervenção em serviço

Requerente:

Nome: Patrícia Oliveira Gouveia

Nº. Mecanográfico: 61659

Email: patgouveia1@gmail.com

Telefone: 965340476

Requerimento:

Título: Transporte Inter-hospitalar pediátrico: Do planeamento à execução

Nome dos Investigadores: Patrícia Oliveira Gouveia

Nível da investigação: Metodologia de trabalho de projeto e respetivo relatório de estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e pediátrica.

Responsáveis académicos:

- Orientador: Professor António Casa Nova

- Coorientador: Professora Maria Antónia Chora

Fundamentação e pertinência do projeto:

Em contexto pediátrico, o transporte inter-hospitalar tem vindo a tornar-se progressivamente uma componente imprescindível no tratamento de crianças, tendo sido este fortemente influenciado pelas condições socioeconómicas e culturais do país (Philpot, Day, Marcdante & Gorelick, 2008). A centralização de instituições de saúde que prestam

cuidados a crianças, o desenvolvimento e especialização de unidades de cuidados intensivos pediátricos, centros cardíacos e cirúrgicos para crianças e também a ocupação das regiões menos urbanas por parte da população, são fatores associados a uma alteração na igualdade de acesso a cuidados especializados, obrigando à procura de novas alternativas para que estes sejam assegurados (Quinn, Pierce & Adler., 2015). Assim, as equipas que prestam cuidados a crianças devem estar despertas para esta realidade, trabalhando para a promoção e melhoria do transporte inter-hospitalar pediátrico, pois o aumento progressivo do transporte especializado pediátrico está diretamente relacionado com melhores resultados e segurança para os doentes (Stroud et al., 2013).

Assim sendo, a investigação/ação deste projeto tem como linha orientadora a segurança da criança/jovem, mais precisamente na prevenção de complicações na prestação de cuidados específicos à população pediátrica, o que se revê na qualidade dos cuidados prestados pelas instituições. Por este motivo, é necessário uniformizar praticas no serviço, estruturar o transporte inter-hospitalar específico pediátrico através de linhas orientadoras que proporcionem segurança aos profissionais que prestam cuidados e na mesma medida às crianças que usufruem desses cuidados.

Objetivo Geral:

- Proporcionar a segurança da criança/jovem durante o TIP através do seu planeamento

Objetivos Específicos:

- Criar/adaptar ferramentas que facilitem a organização do TIP

- Realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e temáticas relacionadas

- Organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP

Seleção da Amostra:

Fase 1: Utentes em idade pediátrica que recorreram ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgica da [redacted] período entre Novembro 2017 e Novembro 2018.

Fase 2: Enfermeiros do SUMC da [redacted]

Procedimentos metodológicos: Serão desenvolvidas as diferentes fases da metodologia de trabalho de projeto.

Instrumentos de Avaliação:

Fase 1: Não se aplica

Fase 2: Questionário de diagnóstico de situação dirigido aos Enfermeiros do SUMC

Recolha dos dados:

Fase 1: Serão extraídas as listagens do programa informático SONHO, relativas a todos os utentes em idade pediátrica e seus destinos pós-alta do SUMC [redacted] de Novembro de 2017 a Novembro de 2018. Serão posteriormente apurados apenas os números de crianças que foram transportadas para outras instituições hospitalares, quantas foram acompanhadas por profissionais de saúde e quantas reuniam critérios para acompanhamento.

Fase 2: Será entregue um questionário de diagnostico de situação a cada enfermeiro do SUMC, a preencher no mês de Março de 2019.

Confidencialidade dos participantes: Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente no âmbito académico. Não serão, em momento algum do trabalho, referidos dados pessoais que possam identificar os implicados no processo.

_____

Patrícia Oliveira Gouveia

[redacted]

10/02/2019

APÊNDICE II - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO: RESUMO, OBJETIVOS E CRONOGRAMA

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO: RESUMO, OBJETIVOS E CRONOGRAMA

O transporte inter-hospitalar de doentes funciona como forma de aproximar os recursos humanos e materiais dos doentes que deles necessitam, tendo especial relevância quando se fala de cuidados intensivos ou de intervenção cirúrgica de urgência, sendo uma peça fundamental da cadeia de assistência ao doente (Mata et al., 2017).

Em contexto pediátrico, o transporte inter-hospitalar tem vindo a tornar-se progressivamente uma componente imprescindível no tratamento de crianças, tendo sido este fortemente influenciado pelas condições socioeconómicas e culturais do país (Philpot et al., 2008). A centralização de instituições de saúde que prestam cuidados a crianças, o desenvolvimento e especialização de unidades de cuidados intensivos pediátricos, centros cardíacos e cirúrgicos para crianças e também a ocupação das regiões menos urbanas por parte da população, são fatores associados a uma alteração na igualdade de acesso a cuidados especializados, obrigando à procura de novas alternativas para que estes sejam assegurados, tornando-se aqui o transporte de doentes imprescindível (Ratnavel, 2013), (Quinn et al., 2015). Assim, as equipas que prestam cuidados a crianças devem estar despertas para esta realidade, trabalhando para a promoção e melhoria do transporte inter-hospitalar pediátrico pois é possível confirmar através da literatura que o aumento progressivo do transporte especializado pediátrico está diretamente relacionado com melhores resultados e segurança para os doentes (Stroud et al., 2013).

Para a população pediátrica, o transporte é uma peça chave da cadeia de sobrevivência quando falamos de crianças gravemente doentes e também da possibilidade de continuidade de cuidados de qualidade (Mata et al., 2017). A decisão de transportar uma criança é tomada depois de serem pesados cuidadosamente os riscos e benefícios do processo, sendo que este só é efetuado quando os benefícios e contributos para a melhoria do estado clínico e o impacto positivo na redução da mortalidade estão presentes (Philpot et al., 2008).

A importância de diferenciar a todos os níveis o transporte de adultos do transporte pediátrico, e ainda mais o transporte neonatal, passa pelas particularidades da criança, sua fisiopatologia e das suas necessidades enquanto doente, sendo que toda a preparação e planeamento deve ser particularmente pensado para as suas características especiais (Mata et al., 2017). Para que isto se verifique, e quando o hospital de origem não consegue responder de forma adequadas às necessidades da criança, esta deve ser transferida para outra instituição, mas os riscos inerentes devem ser calculados, previstos e resolvidos durante este transporte, sendo necessária, portanto, uma equipa qualificada, um meio de transporte adequado e uma mala de transporte que contemple todo o material que possa vir a ser necessário. Tendo então uma equipa multidisciplinar competente e o meio de transporte assegurado, fatores que dependem maioritariamente das instituições, aos profissionais fica incumbida a preparação de todo o planeamento de estratégias e material a transportar com a criança, que pode faze toda a diferença na atuação destes perante uma situação critica e aguda durante o transporte. (Stroud et al., 2013).

Corroborando esta perspetiva temos Mata et al (2017) que afirma que mais importante que a rapidez com que se realiza o transporte, o essencial passa pela qualidade do mesmo, que depende diretamente da organização, coordenação e preparação deste e também da equipa que o realiza e dos meios materiais disponíveis.

Em Portugal, o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) assume a responsabilidade pelo transporte inter-hospitalar de doentes críticos neonatais e em idade pediátrica, de acordo com o Despacho nº3482/2013, sendo que este é realizado através das ambulâncias TIP (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico). Quando por motivos de gestão de recursos ou distâncias, o INEM não consegue assegurar este transporte as instituições devem ser capazes de o assegurar, através de esquemas organizativos, equipas competentes e material adequado (Ordem dos Médicos e SPCI, 2008).

Assim sendo, este projeto tem como linha orientadora a segurança e qualidade de vida da criança/jovem, na área do transporte inter-hospitalar pediátrico, sendo que a resposta nesta área e a sua qualidade está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados pelas instituições. Por este motivo, é necessário uniformizar praticas nos serviços, estruturar o transporte inter-hospitalar específico pediátrico através de linhas orientadoras que

proporcionem segurança aos profissionais que prestam cuidados e na mesma medida às crianças que usufruem desses cuidados.

Objetivos

O objetivo geral deste projeto é: proporcionar a segurança da criança/jovem durante o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico através do seu planeamento. De forma a que este objetivo seja atingido é necessário definir objetivos específicos que devem ser elaborados e descritos de forma clara e sucinta, buscando a objetividade de forma a que seja possível compreender quais os resultados que se esperam obter, visando dar resposta aos problemas que o projeto pretende resolver (Mão de Ferro, 1999 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Para a elaboração dos objetivos específicos deste projeto foram ainda tidas em conta as Competências Comuns e Especificas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, as competências de Mestre e também os diferentes contextos clínicos vivenciados. Assim sendo foram definidos três objetivos específicos, na perspetiva de atingir o objetivo geral deste projeto:

1. Criar/adaptar ferramentas que facilitem a organização do TIP

2. Realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e temáticas relacionadas

3. Organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP

Foi definido um conjunto de atividades a desenvolver de forma a que se tornasse possível atingir os objetivos específicos delineados e por consequência, o objetivo geral deste projeto, bem como um cronograma de atividades, que são explanados em seguida.

Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Objetivo Específico	Ativ. nº	Atividades a Desenvolver	Recursos		Indicadores de avaliação
			Humanos	Materiais	
1. Criar/adaptar ferramentas que facilitem a organização do TIP	**1**	Aquisição de conhecimentos e competências na área do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico e na área da prestação de cuidados à criança em situação critica, através da pesquisa em bases de dados eletrónicas e pesquisa livre	Enfermeiros orientadores, chefia de enfermagem do serviço e Professor orientador	Bases de dados eletrónicas, *guidelines* e protocolos de serviço, material informático	Validação do projeto e documentos criados pela chefia e pelo professor orientador.
	2	Aquisição de conhecimentos e competências na área do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico e na área da prestação de cuidados à criança em situação critica nos diferentes contextos de estágio.			
	3	Participação no planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico na prática clínica.			
	4	Realização de transporte inter-hospitalar pediátrico em contexto de estágio.			
	5	Elaboração de proposta para criação de mala para Transporte Inter-hospitalar Pediátrico.			
	6	Elaboração/adaptação de documento de avaliação da criança e necessidades da mesma.			
	7	Elaboração de documento de consulta rápida de ajuda à prestação de cuidados ao doente critico em idade pediátrica em contexto de TIP			
	8	Divulgação do projeto e documentos elaborados à chefia e professor orientador para recolha de sugestões e elaboração de posteriores alterações			
	9	Elaboração de norma de procedimento em serviço do TIP			
2. Realizar formação aos enfermeiros sobre as diversas temáticas	**10**	Aquisição de conhecimentos e competências na área do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico através da pesquisa em bases de dados eletrónicas e pesquisa livre, bem como na prática durante o Estágio Final.	Equipa de enfermagem, chefia de enfermagem do serviço e professor orientador	Bases de dados eletrónicas, *guidelines* e protocolos de serviço, material informático, sala de formação do	Adesão às sessões de formação e *feed-back* positivo das formações
	11	Apresentação do projeto de intervenção em serviço e dos resultados do diagnostico de situação á equipa de enfermagem e recolha de feed-back e sugestões de melhoria.			
	12	Realização de ação de formação para enfermeiros sobre Suporte Avançado de Vida Pediátrico.			

relacionadas com o TIP	**13**	Avaliação da sessão de formação através de questionário de aquisição de conhecimentos e sugestões de melhorias para futuras apresentações.		hospital, computador e projetor, questionários de avaliação das formações	
	14	Realização de ação de formação para enfermeiros sobre Transporte Inter-hospitalar Pediátrico.			
	15	Avaliação da sessão de formação e recolha de sugestões de melhorias para futuras apresentações.			
3. Organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP	**16**	Elaboração de folha de registos de TIP em EXEL®	Equipa de enfermagem, chefia de enfermagem do serviço e professor orientador	Bases de dados eletrónicas, *guidelines* e protocolos de serviço, material informático	Validação do método de registos elaborado por parte da equipa e da chefia de enfermagem
	17	Elaboração de impresso de registos pré, durante e pós-transporte para implementar no serviço.			
	18	Validação do processo de registos com a equipa de enfermagem e chefia através de período experimental de aplicação.			

Cronograma

Mês \ Atividade	**Maio 2018**	**Junho 2018**	**Julho 2018**	**Agosto 2018**	**Setembro 2018**	**Outubro 2018**	**Novembro 2018**	**Dezembro 2018**	**Janeiro 2019**	**Fevereiro 2019**	**Março 2019**
Atividade 1											
Atividade 2											
Atividade 3											
Atividade 4											
Atividade 5											
Atividade 6											
Atividade 7											
Atividade 8											
Atividade 9	A definir depois de validado o projeto										
Atividade 10											
Atividade 11	A definir depois de validado o projeto										
Atividade 12	A definir depois de validado o projeto										
Atividade 13	Após realização da atividade 12										
Atividade 14	A definir depois de validado o projeto										
Atividade 15	Após realização da atividade 14										
Atividade 16											
Atividade 17											
Atividade 18	A definir depois de validado o projeto										

Bibliografia

Despacho nº3482/2013 de 5 de Março do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Pub. L. No. Diário da República, II, n.º 45 (2013). Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Despacho%203482-2013.pdf

Ordem dos Médicos & SPCI. (2008). Transporte de doentes críticos. Recomendações, 45. Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Philpot, C., Day, S., Marcdante, K. & Gorelick, M. (2008). Pediatric interhospital transport: Diagnostic discordance and hospital mortality. Pediatr Crit Care Med, 9(1) Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477908

Quinn, J. Pierce, M.C. & Adler, M. (2015) Factors Associated With Mode of Transport Decision Making for Pediatric-Neonatal Interfacility Transport. Air Medical Journal, 34(1) Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25542728

Ratnavel, N. (2013). Evaluating and improving neonatal transport services. Early Human Development, 89: 851–853. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094330

Ruivo, A. Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos, (15), 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Mata, M. Escobar, M. Cabrerizo, M. Gómez, R. González, J. & López-Herce Cid. (2017). Transporte pediátrico y neonatal en Espana, Portugal y Latinoamérica. Med. Intensiva. 948. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569116301322

Stroud,M.H., Trautman, M.S., Meyer, K., Moss, M.M., Schwartz, H.P., Bigham, M.T., Tsarouhas, N., Douglas, W.P., Romito, J., Hauft, S., Meyer, M.T. & Insoft, R. (2013). Pediatric and Neonatal Interfacility Transport: Results From a National Consensus Conference. PEDIATRICS. 132(2) Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23821698

APÊNDICE III - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO DE CASO

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇAO NO ESTUDO DE CASO

Declaro que autorizo o tratamento de dados do meu filho e da minha família, para fins estritamente académicos, no âmbito da realização de um Estudo de Caso em contexto do Estágio I do 2º Mestrado de Enfermagem em associação. Mais declaro que fui informado acerca da garantia de confidencialidade dos dados, sendo este o único documento onde consta a minha identificação, que participo de forma voluntária e esclarecida neste trabalho académico e que posso, se assim o entender, abandonar a participação no mesmo a qualquer momento.

Santiago do Cacém, _____ de _____ de 2018.

_____

(Assinatura do Participante)

APÊNDICE IV - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS PARA ESTUDO DE CASO

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS PARA ESTUDO DE CASO	
Nascimento e período neonatal	
Data de Nascimento:	
Género:	
Vigilância durante a gravidez:	
Dados do Parto:	**Semanas de Gestação:**
	Local do Parto:
	Tipo de Parto:
	Peso:
	Comprimento:
	Perímetro cefálico:
	Índice de Apgar:
	Internamento neonatal:
Alimentação até alta da maternidade:	
Alimentação até ao 1º mês de vida:	
Exames no período neonatal:	
Vacinação:	
Diagnostico Precoce:	

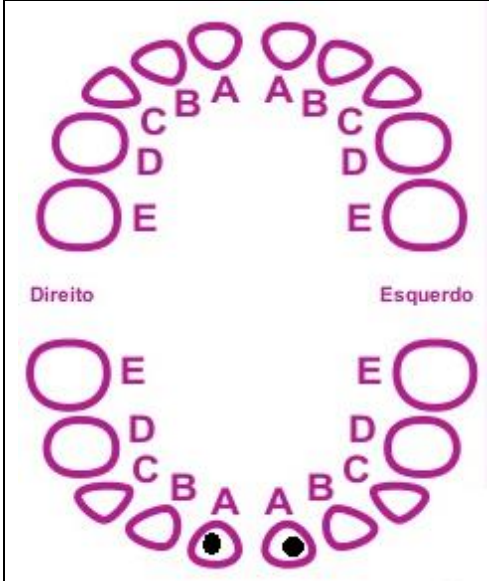
Vigilância de Saúde Infantil (consultas Realizadas/faltas)		
Data	Tipo de contacto	Iniciativa

Parâmetros Avaliados nas consultas de SIJ				

Peso				
Percentil				
Comprimento				
Percentil				
Perímetro Cefálico				
Percentil				

Problemas Agudos - Contactos com outras Instituições de Saúde		
		Publico ___ / Privado ___
		Publico ___ / Privado ___
		Publico ___ / Privado ___
		Publico ___ / Privado ___
		Publico ___ / Privado ___

Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil	
CONSULTA DOS SEIS MESES	
Peso:	**Percentil:**
Comprimento:	**Percentil:**
IMC	**Percentil**:
Perímetro Cefálico:	**Percentil:**

Dentição	**Higiene oral:**	
		Legenda -

Anca:			
Visão[1]:			
Audição[2]:			
Exame físico:			
Desenvolvimento[3]:			
Vacinação:			
Relação emocional/ comportamentos[4,5](perturbações)			
Risco de Maus tratos [6]			
Segurança do ambiente [7]			

Nota 1: Determinação da Capacidade visual, movimentos oculares, visão binocular ("cover teste" – estrabismo anormal, manifesto e constante)
Nota 2: Aplicação da escala de rastreio de Mary Sheridan modificada
Nota 3: Sinais de Alerta – não olha, nem pega em objetos; não reage a sons; não vocaliza; revela assimetrias.
Nota 4: Sinais de Alerta – não olha, nem pega em objetos; não reage a sons; não vocaliza; revela assimetrias.
Nota 5: Sinal de Alerta – Cuidador NÃO responde aos sinais do bebé.
Nota 6: Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Nota 7: Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer, exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada – 6 Meses		
Postura e Motricidade Global	Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos.	SIM ( ) NÃO ( )
	Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos.	SIM ( ) NÃO ( )
	Em tração pelas mãos –faz força para se sentar.	SIM ( ) NÃO ( )
	Mantém-se sentado(a) sem apoio.	SIM ( ) NÃO ( )
	De pé faz apoio.	SIM ( ) NÃO ( )
Visão e Motricidade Fina	Tem preensão palmar.	SIM ( ) NÃO ( )
	Leva os objetos à boca.	SIM ( ) NÃO ( )
	Transfere objetos.	SIM ( ) NÃO ( )
	Esquece imediatamente o objeto quando este cai.	SIM ( ) NÃO ( )
	Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).	SIM ( ) NÃO ( )
Audição e Linguagem	Segue os sons a 45 cm do ouvido.	SIM ( ) NÃO ( )

	Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.	SIM ( ) NÃO ( )
	Dá gargalhadas.	SIM ( ) NÃO ( )
Comportamento e Adaptação Social	É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a).	SIM ( ) NÃO ( )
SINAIS DE ALARME		
Ausência de controlo da cabeça.		SIM ( ) NÃO ( )
Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.		SIM ( ) NÃO ( )
Não olha nem pega em qualquer objeto.		SIM ( ) NÃO ( )
Apresenta assimetrias.		SIM ( ) NÃO ( )
Não reage aos sons.		SIM ( ) NÃO ( )
Não vocaliza.		SIM ( ) NÃO ( )
Tem desinteresse pelo ambiente.		SIM ( ) NÃO ( )
Apresenta irritabilidade.		SIM ( ) NÃO ( )
Tem estrabismo manifesto e constante		SIM ( ) NÃO ( )

Cuidados Antecipatórios aos seis meses	
Alimentação [1,2,3]	
Vitamina D	
Saúde Oral	
Hábitos de Sono[4]	
Hábitos intestinais e Cólicas	
Desenvolvimento [5]	
Acidentes e Segurança	
Temperatura normal e Febre	
Sintomas/Sinais de alarme	
Sinais/ Sintomas comuns [6]	
Vacinação – Vantagens e reações	
Vida na cresce/ama/outros atendimentos [7,8]	
Relação emocional	

Nota 1: Promover a manutenção do aleitamento materno, em exclusivo, até aos seis meses, e só a partir desta idade, complementá-lo com o início da diversificação alimentar.
Nota 2: Nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os quatro e os seis meses. Neste caso, ou na ausência de leite materno: manter a utilização de leite para lactentes até aos doze meses.
Nota 3: Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional.
Nota 4: No ritual de adormecimento, deve promover-se a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz
Nota 5: Atividades promotoras do desenvolvimento de acordo com a Avaliação do desenvolvimento do PNSIJ.
Nota 6: Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre)
Nota 7: Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores.
Nota 8: Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/cuidadores.

PNV VS. Vacinação do S.								
Vacina/ Doença	0 Meses	Idade na inoculação	2 Meses	Idade na inoculação	4 Meses	Idade na inoculação	6 Meses	Idade na inoculação
Hepatite B	VHB 1		VHB 2		--	--	VHB 3	
Haemophilus influenza b	--	--	Hib 1		Hib 2		Hib 3	
Difteria, tétano, tosse convulsa	--	--	DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3	
Poliomielite	--	--	VIP 1		VIP 2		VIP 3	
Streptococcus pneumoniae	--	--	Pn_{13} 1		Pn_{13} 1		--	--

APÊNDICE V - DIAGNÓSTICOS E PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO ESTUDO DE CASO

Diagnóstico de enfermagem	Interver	esperados	
Adesão ao regime de imunização da criança comprometido	- Avaliar adesão à vacinação; - Avaliar conhecimentos da mãe e(ou)do pai sobre vacinação; - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre resposta às vacinas; - Planear vacinação.	Adesão ao regime de imunização presente	E1 – Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem. E1.1.1. - Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E3. Presta cuidados específicos em reposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jove.. E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil
	A não vacinação de crianças ainda è um fenómeno comum nos dias de hoje, quer seja com justificação parental ou apenas por falta de consciencialização dos pais e descrença na importância da vacinação, pelo que o papel do EESIP é fundamental e emergente, devendo promover o cumprimento do PNV, promovendo o estado vacinal das crianças e assim a imunidade de grupo do nosso pais. É importante que as pessoas compreendam que o PNV promove equidade de oportunidades, prevenindo doenças em todas a população para alem de ser gratuito, mas só é eficaz se a adesão e cobertura das vacinas for geral. (DGS,2016) Todos os contactos devem ser oportunidades de verificar e atualizar o estado vacinal das crianças e suas famílias, bem como de formar as pessoas, reforçando a importância da atualização do mesmo.		

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados	Competências do EESIP
	- Entrevistar a família; - Ensinar sobre o padrão alimentar;	- Conhecimento dos pais sobre alimentação	E1 – Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade

Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil baixo	- Ensinar sobre nutrição; - Providenciar material de leitura; - Avaliar disponibilidade para aprender.	infantil melhorado	para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem. E1.1.1. - Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2. - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E.1.1.3. - Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. - Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5. - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6. - Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.
	A passagem de uma alimentação exclusivamente à base de leite, seja ele materno ou artificial, está intrinsecamente moldada pelas preferências da criança, mas também com as decisões dos pais sobre a dieta e a forma de a apresentar à criança. É certo que o ser humano nasce com predisposição para alguns sabores como o doce, o salgado e a gordura, mas também está documentado que estes gostos e o padrão alimentar deste pode ser moldado pela observação dos hábitos dos pais, bem como a cultura onde estes se desenvolvem. Os hábitos adquiridos e adotados durante a infância influenciam as escolhas e o consumo alimentar no futuro, pelo que é imprescindível uma correta diversificação alimentar para a esperança de adultos conscientes das suas escolhas alimentares, para alem de contactarem mais tarde e menos frequentemente com alimentos prejudiciais para a sua saúde. (Viana et al., 2008) Assim sendo, e sabendo que a mudança de hábitos alimentares e por consequência a introdução alimentar estão diretamente relacionados com fatores sociais, é possível compreender que as mudanças de hábitos nem sempre são fáceis e bem aceites, pelo que o papel do EESIP é fundamental, devendo sempre promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis, começando imediatamente nos primeiros contactos da criança com comida, para conseguirmos ter adultos mais saudáveis. No caso do S. encontrávamos alguns erros na diversificação alimentar, que poderiam afetar o seu desenvolvimento futuro, pelo que a correção o mais precoce possível se mostra imperativa por parte do EESIP.		

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados	Competências do EESIP
Comportamento alimentar comprometido (da criança) presente	- Entrevistar a família; - Ensinar sobre o padrão alimentar; - Ensinar sobre nutrição; - Providenciar material de leitura; - Promover parentalidade efetiva; - Promover adesão ao regime dietético; - Prevenir excesso de peso; - Prevenir má nutrição.	- Comportamento alimentar comprometido (da criança) ausente	E1 – Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde E1.2. - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.1. - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.4. - Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.7. - Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8. - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. E3. - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1. - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.3. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento à cultura. E3.3.1. - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem
	Justificação compatível com a anterior, pois a abordagem é a mesma. Um desconhecimento dos pais sobre alimentação infantil leva inevitavelmente a comportamentos alimentares errados, sendo necessária a intervenção do EESIP com o objetivo de obter comportamentos alimentares corretos.		

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados	Competências do EESIP
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento da criança baixo	- Avaliar desenvolvimento infantil; - Avaliar a disponibilidade para aprender; - Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre desenvolvimento infantil; -Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre desenvolvimento infantil; - Promover estimulação da criança; -- Monitorizar peso corporal; - Monitorizar estatura; - Monitorizar perímetro cefálico; - Avaliar os reflexos do RN; - Vigiar tónus muscular;	Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento da criança melhorado	E1 – Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem. E1.1.1. - Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2. - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E.1.1.3. - Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. - Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E.1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar E3. - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1.Demonstra conhecimento sobre o crescimento e o desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.
	O desenvolvimento infantil ocorre em diferentes níveis, afetando a parte física, emocional, cognitiva e social, estando todas elas impreterivelmente interligadas entre si e dependentes do ambiente em que a criança se desenvolve. Por este motivo a DGS (2013) define as "idades-chave" para a realização de consultas e os parâmetros a avaliar		

	estão previamente estabelecidos, mas cabe ao profissional que os avalia compreender esta diversificação e especificidade de cada um. Segundo a OE (2010) todos os atos direcionados para a promoção do desenvolvimento infantil estão a contribuir para ajudar a criança em parceria com a sua família, a desenvolver-se dentro dos parâmetros considerados saudáveis para a sua idade. Até aos cinco anos, faz pate dessa avaliação a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, que é um instrumento indispensável na avaliação do desenvolvimento infantil e que se debruça na postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem, comportamento e adaptação social dos zero aos cinco anos (Curado, 2016). No caso do S. não existe um estímulo muito frequente, sendo que este passa a maior parte do seu dia deitado ou ao colo de um adulto. Com o intuito de que esta situação se altere foi explicado ao pai que por volta da idade do S. é suposto que as crianças já sejam capazes de estar sentadas sem apoio, sendo que para isso em casa devem senta-lo com apoio e vigilância para que este adquira esta habilidade e possa também conhecer e participar no ambiente que o rodeia, tal como sugerido no PNSIJ nas atividades promotoras do desenvolvimento para esta faixa etária. (DGS, 2013)

Tabela 10: Planeamento e Implementação dos cuidados

APÊNDICE VI – PLANO DE SESSAO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: SEGURANÇA DURANTE O INTERNAMENTO EM PEDIATRIA

Plano de Sessão de Formação em Serviço

Tema: Segurança Durante o Internamento em Pediatria					
Formadores: Patrícia Gouveia					
Local: Sala de Reuniões do Serviço		**Data:** 16/10/2018		**Hora:** 14h00	
Duração da Sessão: 90 minutos			**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço		
Objetivo Geral: Promover a segurança da criança durante o internamento					
Objetivos Específicos: Relembrar a importância da segurança nos cuidados de enfermagem; relembrar conceito de erro e importância do mesmo; Relembrar conceitos e estratégias promotoras da segurança da criança nas temáticas da identificação da criança, nas quedas, na medicação e na utilização dos brinquedos do internamento;					
Fases:	**Conteúdos:**	**Metodologia**	**Meios Auxiliares**	**Oradores**	**Tempo**
Introdução	-Apresentação dos formadores - Apresentação da temática - Objetivos da sessão	Expositivo	Computador, Data show e Diapositivos, Questionário de avaliação de conteúdos	Patrícia Gouveia	90 minutos
Desenvolvimento	A segurança como linha orientadora dos cuidados de enfermagem	Expositivo Demonstrativo	Computador, Data show, Diapositivos	Patrícia Gouveia	
	As competências do Enfermeiro Especialista na temática				
	Segurança e qualidade dos cuidados				
	O erro na prática de cuidados				
	Identificação da criança				
	Erros terapêuticos				
	Quedas				
	Brinquedos no internamento				
Conclusão	Considerações finais	Expositivo Interrogativo	Computador, Data show, Diapositivos,	Patrícia Gouveia	
	Esclarecimento de dúvidas e questões				

APÊNDICE VII – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: SEGURANÇA DURANTE O INTERNAMENTO EM PEDIATRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Segurança durante o internamento em pediatria

Patrícia Oliveira Gouveia
Aluna do Mestrado de Enfermagem com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Instituto Politécnico de Setúbal
Enfª Orientadora: Carina Saldanha

Lisboa, 2018

Índice

- A segurança como linha orientadora dos cuidados de Enfermagem: Competências do enfermeiro especialista
- Segurança e qualidade de cuidados
- O erro na pratica de cuidados
- Identificação da criança
- Erros Terapêuticos
- Quedas
- Brinquedos no internamento

A segurança como linha orientadora dos cuidados de Enfermagem

- Valores Universais
  - Competência
  - Aperfeiçoamento profissional
- Princípios orientadores
  - Responsabilidade
  - Respeito pelos direitos humanos

Proteger e defender a pessoa das praticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum

Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude

Comunicar as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados

(Código deontológico, OE, 2009)

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio da Melhoria da Qualidade

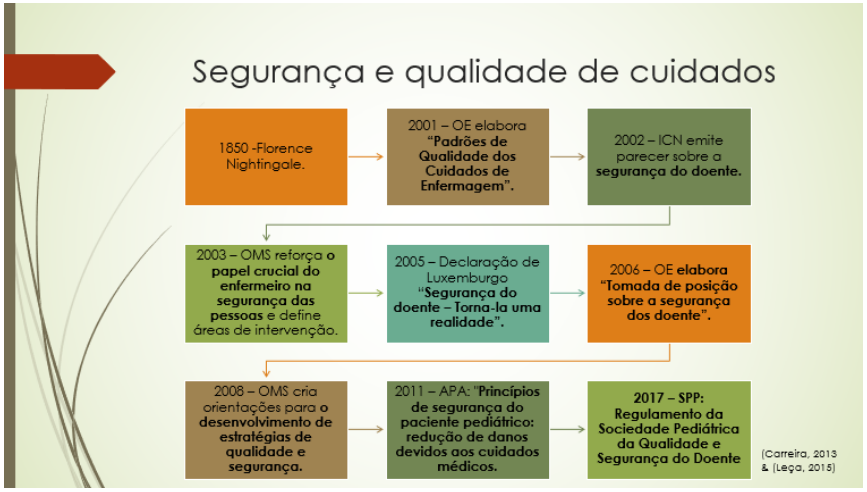
- Desenvolvimento de programas de melhoria continua da qualidade
- Manutenção de um ambiente terapêutico e seguro

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

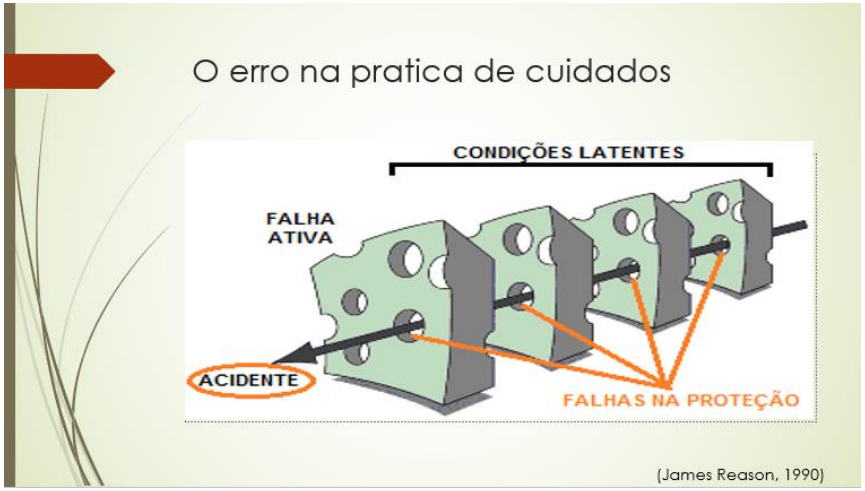
- Tomada de decisão baseada em padrões de conhecimento validos, atuais e pertinentes

(Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Competências do Enfermeiro Especialista em SIP
Competência do EESIP (OE, 2010b)
• Promoção do desenvolvimento e da saúde da criança em situações de especial complexidade.
Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011b)
• Prestar cuidados de nível avançado, com segurança e competência à criança e ao jovem saudável ou doente, bem como trabalhar com este e respetiva família em qualquer contexto em que se encontrem;
• Focalizar a prática de enfermagem na intervenção de forma a proporcionar à criança um ambiente promotor de saúde e do seu desenvolvimento


Segurança e qualidade de cuidados
1850 -Florence Nightingale.
2001 – OE elabora "Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem".
2002 – ICN emite parecer sobre a segurança do doente.
2003 – OMS reforça o papel crucial do enfermeiro na segurança das pessoas e define áreas de intervenção.
2005 – Declaração de Luxemburgo "Segurança do doente – Torna-la uma realidade".
2006 – OE elabora "Tomada de posição sobre a segurança dos doente".
2008 – OMS cria orientações para o desenvolvimento de estratégias de qualidade e segurança.
2011 – APA: "Princípios de segurança do paciente pediátrico: redução de danos devidos aos cuidados médicos.
2017 – SPP: Regulamento da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente
(Carreira, 2013 & Leça, 2015)

O erro na pratica de cuidados
Erro: Ocasiões nas quais uma sequencia planeada de ações físicas ou mentais, falham na sua intenção de atingir o objetivo proposto"
(Reason, 1990)
É um desvio involuntário de um plano pré-estabelecido que em termos sociais assume uma conotação de falha.
(Fragata, 2011)
ERRO


O erro na pratica de cuidados
CONDIÇÕES LATENTES
FALHA ATIVA
ACIDENTE
FALHAS NA PROTEÇÃO
(James Reason, 1990)

Identificação da criança

Identificação da criança

Dez princípios na identificação das crianças internadas:

- 1. Confirmar a identidade da crianças antes de realizar cada ato.
- 2. Se não for possível determinar com segurança a identificação da criança, não realizar o ato.
- 3. Utilizar sempre mais do que um dado de identificação inequívoca.
- 4. Não assumir que dar o nome ao doente para ele confirmar a sua identificação é garantia que o doente é, de facto, quem confirma ser. Uma criança pode responder afirmativamente por ansiedade, medo, confusão, etc.
- 5. Perguntar qual o nome da criança, para que seja ela a identificar-se.

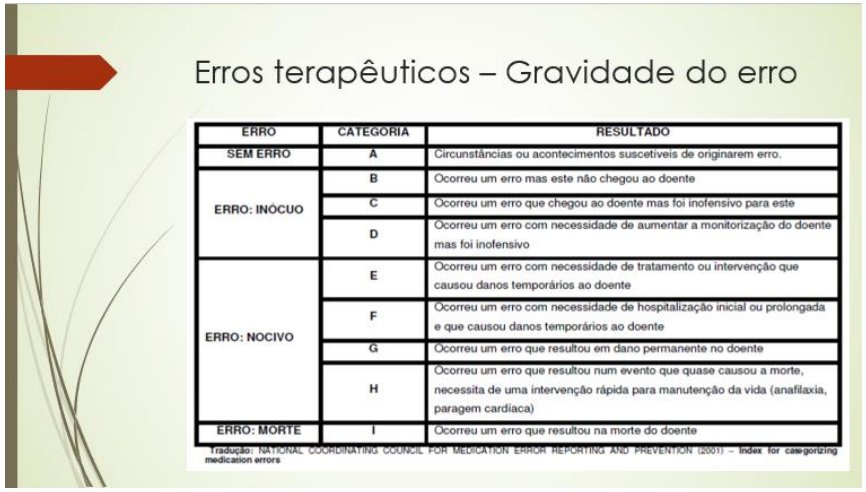
Identificação do doente

- 6. Não assumir que a criança que está numa cama é a criança certa.
- 7. Conferir os dados da criança com os da pulseira antes de a colocar, mesmo que se conheça bem a criança. É importante verificar que os dados estão corretamente inscritos na pulseira.
- 8. Verificar a legibilidade da pulseira com frequência. Substituir a pulseira antes que se torne ilegível.
- 9. Na alta da criança a pulseira só deve ser retirada imediatamente antes da saída da instituição.
- 10. A criança/pais tem o direito de recusar a utilização da pulseira. É dever do profissional informar a criança/pais do risco que corre.

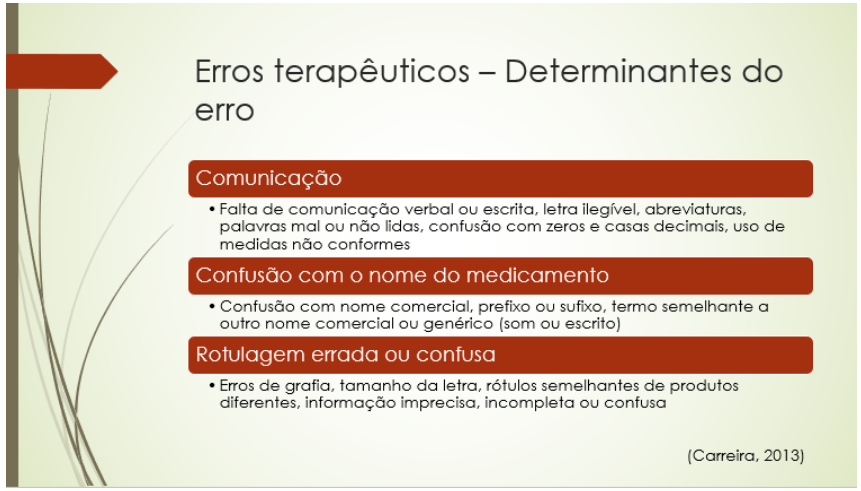
(DGS, Orientação nº 18/2011 de 23/05/2011)

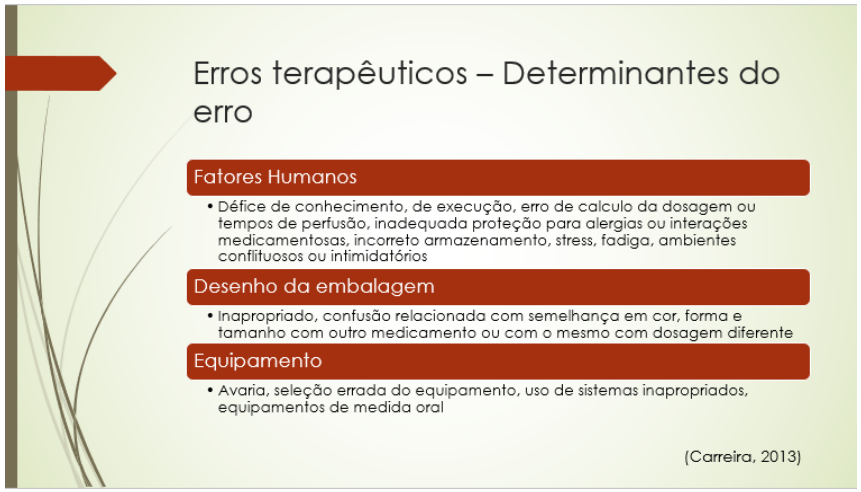
Erros terapêuticos

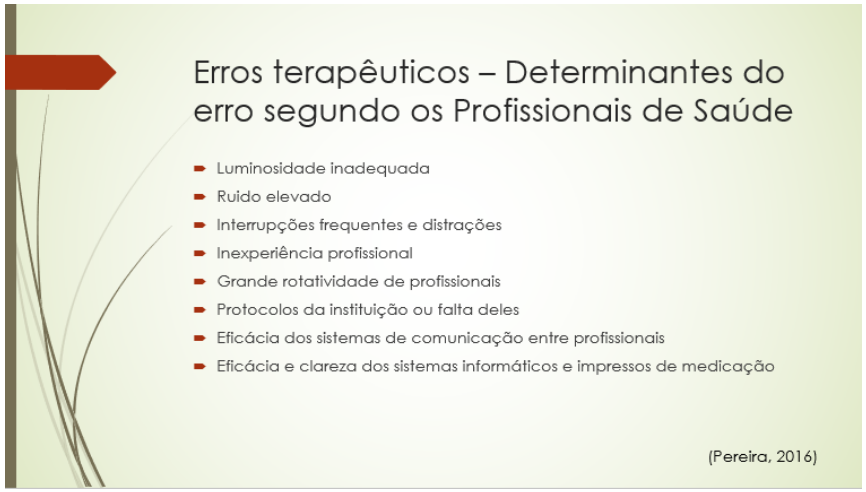
Erros terapêuticos
Erro Terapêutico
Evento Adverso
"Near Miss"
Evitáveis
Inevitáveis/ Reações adversas
(Carreira, 2013)


Erros terapêuticos – Gravidade do erro
ERRO | CATEGORIA | RESULTADO
SEM ERRO | A | Circunstâncias ou acontecimentos suscetíveis de originarem erro.
ERRO: INÓCUO | B | Ocorreu um erro mas este não chegou ao doente
C | Ocorreu um erro que chegou ao doente mas foi inofensivo para este
D | Ocorreu um erro com necessidade de aumentar a monitorização do doente mas foi inofensivo
ERRO: NOCIVO | E | Ocorreu um erro com necessidade de tratamento ou intervenção que causou danos temporários ao doente
F | Ocorreu um erro com necessidade de hospitalização inicial ou prolongada e que causou danos temporários ao doente
G | Ocorreu um erro que resultou em dano permanente no doente
H | Ocorreu um erro que resultou num evento que quase causou a morte, necessita de uma intervenção rápida para manutenção da vida (anafilaxia, paragem cardíaca)
ERRO: MORTE | I | Ocorreu um erro que resultou na morte do doente
Tradução: NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (2001) – Index for categorizing medication errors

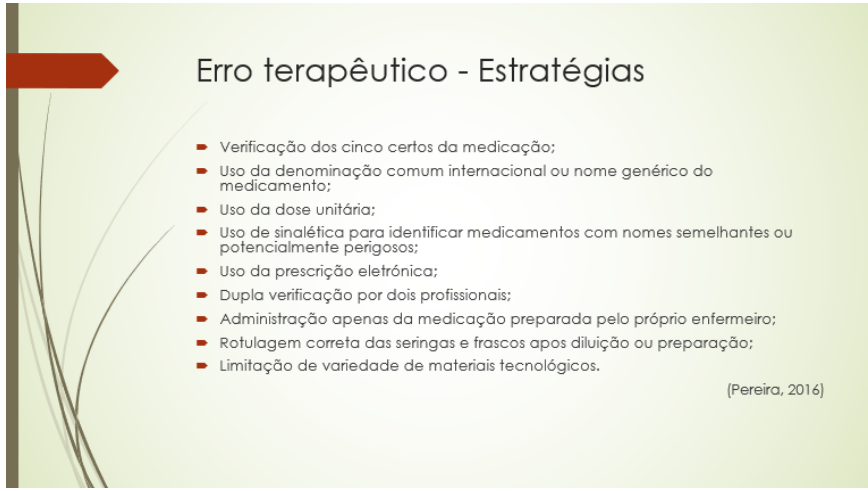
Erros terapêuticos – Tipologia do erro
Erro de prescrição
Erro de dispensa
Erro por omissão
Erro de horário
Erro de administração de medicamento não autorizado
Erro de dose
Erro de apresentação (forma farmacêutica errada)
Erro de preparação
Erro de administração
Erro com medicamento deteriorado
Erro de monitorização
Erro por incumprimento do doente/família
(Carreira, 2013)


Erros terapêuticos – Determinantes do erro
Comunicação
• Falta de comunicação verbal ou escrita, letra ilegível, abreviaturas, palavras mal ou não lidas, confusão com zeros e casas decimais, uso de medidas não conformes
Confusão com o nome do medicamento
• Confusão com nome comercial, prefixo ou sufixo, termo semelhante a outro nome comercial ou genérico (som ou escrito)
Rotulagem errada ou confusa
• Erros de grafia, tamanho da letra, rótulos semelhantes de produtos diferentes, informação imprecisa, incompleta ou confusa
(Carreira, 2013)


Erros terapêuticos – Determinantes do erro
Fatores Humanos
• Défice de conhecimento, de execução, erro de calculo da dosagem ou tempos de perfusão, inadequada proteção para alergias ou interações medicamentosas, incorreto armazenamento, stress, fadiga, ambientes conflituosos ou intimidatórios
Desenho da embalagem
• Inapropriado, confusão relacionada com semelhança em cor, forma e tamanho com outro medicamento ou com o mesmo com dosagem diferente
Equipamento
• Avaria, seleção errada do equipamento, uso de sistemas inapropriados, equipamentos de medida oral
(Carreira, 2013)


Erros terapêuticos – Determinantes do erro segundo os Profissionais de Saúde
Luminosidade inadequada
Ruido elevado
Interrupções frequentes e distrações
Inexperiência profissional
Grande rotatividade de profissionais
Protocolos da instituição ou falta deles
Eficácia dos sistemas de comunicação entre profissionais
Eficácia e clareza dos sistemas informáticos e impressos de medicação
(Pereira, 2016)

Erro terapêutico em pediatria
Facilita o erro
• Situações de emergência e cuidados intensivos
• Idade reduzida da criança
• Fármacos utilizados são destinados a adultos
Dificulta o erro
• Profissionais experientes
• Criação de protocolos e normas institucionais
• Reportar o erro, vigilância e avaliação dos cuidados prestados
(Pereira, 2016)


Erro terapêutico - Estratégias
Verificação dos cinco certos da medicação;
Uso da denominação comum internacional ou nome genérico do medicamento;
Uso da dose unitária;
Uso de sinalética para identificar medicamentos com nomes semelhantes ou potencialmente perigosos;
Uso da prescrição eletrónica;
Dupla verificação por dois profissionais;
Administração apenas da medicação preparada pelo próprio enfermeiro;
Rotulagem correta das seringas e frascos apos diluição ou preparação;
Limitação de variedade de materiais tecnológicos.
(Pereira, 2016)

Erro terapêutico - Estratégias

- Padronização dos procedimentos relativos à administração de medicamentos – hora, dose, diluição e administração;
- Separar ampolas que necessitam diluição para evitar administração endovenosa direta acidental;
- Utilização de protocolos que minimizem a via de prescrição oral/telefónica;
- Existência de manuais no serviço com informações sobre os medicamentos em uso;
- Dispor de um farmacêutico na equipa multidisciplinar para consultadoria;
- Identificação correta do doente com alergias conhecidas;
- Promoção de um ambiente físico adequado;
- Cumprimento das dotações seguras, formação continua e avaliação sistémica dos profissionais.

(Pereira, 2016)

Erro terapêutico – Estratégias Pediatria

- Normalizar a forma de contagem de dias de medicação estabelecendo um protocolo de dia de inicio;
- Limitar o numero de concentrações e as doses elevadas de medicação ao mínimo necessário;
- Pesar as crianças no momento da admissão. O peso deve ser expresso em quilogramas.
- Não administrar medicamentos de alto risco à criança antes de a pesar (exceto em caso de emergência);
- As prescrições devem incluir a dose calculada, bem como a dose por quilo ou área corporal para facilitar a dupla confirmação;
- Sempre que possível utilizar formulas destinadas a crianças;
- Realizar ensinos aos pais sobre a medicação instituída e seus efeitos adversos, validando esses ensinos;

(Pereira, 2016)

Quedas

Quedas em meio hospitalar

Fatores de risco:

- Sexo (maior incidência no sexo masculino que no feminino);
- Alteração do estado de consciência;
- Historial de queda;
- Idade (mais prevalente em crianças com menos de 3 anos);
- Capacidade de mobilização;
- Envolvimento dos pais na cultura de segurança hospitalar.

(Caldeira, 2012)

Quedas em meio hospitalar

Maioria das quedas em ambiente hospitalar estão relacionadas com:

- Condições ambientais do serviço (berços, grades, sala de brinquedos)
- Com os pais (esquecem-se de subir as grades laterais das camas)

Quedas em meio hospitalar

Razmus et al (2006)

Quedas em meio hospitalar

- "Deve haver uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após a ocorrência de uma queda."

Plano Nacional de Segurança dos doentes, Ministério da Saúde, 2015

Quedas em meio hospitalar

Humpty Dumpty Falls Scale

(Hill-Rodriguez, 2009)

Escala de Humpty Dumpy

Parâmetros	Critérios	Pts
IDADE	Menos de 3 anos	4
	De 3-7 anos	3
	7-13 anos	2
	Mais de 13 anos	1
GENERO	Masculino	2
	Feminino	1
DIAGNOSTICO	Problemas neurológicos	4
	Alterações respiratórias, desidratação, anemia, anorexia, vertigens/sincope/tonturas	3
	Transtornos psiquiátricos	2
	Outro diagnostico	1
DETERIORIZAÇAO COGNITIVA	Desconhece as suas limitações	3
	Esquece-se das suas limitações	2
	Conhece as suas limitações	1

Parâmetros	Critérios	Pts
FATORES AMBIENTAIS	Historia de queda/ bebé em cama	4
	Utiliza dispositivos de ajuda na marcha/bebe em berço/fraca iluminação no quarto/muito equipado	3
	Criança acamada	2
	Criança que anda	1
CIRURGIA OU SEDAÇÃO ANESTESICA	Nas ultimas 24 horas	3
	Nas últimas 48 horas	2
	Mais de 48 horas/ não se aplica	1
MEDICAÇÃO	Utilização de múltiplos medicamentos sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes/diuréticos	3
	Utilização de um dos medicamentos acima mencionados	2
	Não utiliza nenhum dos anteriores	1

(Ferreira, 2014)

7-11 Pontos: Baixo Risco de queda
>12 Pontos: Alto Risco de queda

Escala de Humpty Dumpy

BAIXO risco de queda:

- Cama numa posição baixa e travada;
- Grades de segurança levantadas;
- Avaliação de aberturas de grande dimensão para evitar que a criança se entale;
- Utilização de calçado antiderrapante em crianças que andam;
- Utilização de vestuário de tamanho adequado;
- Avaliar necessidade de eliminação;
- Verificar se interruptor da luz e campainha de chamada estão ao alcance da criança/família;
- Realizar ensinos aos pais sobre a prevenção da queda.

(Ferreira, 2014)

Escala de Humpty Dumpy

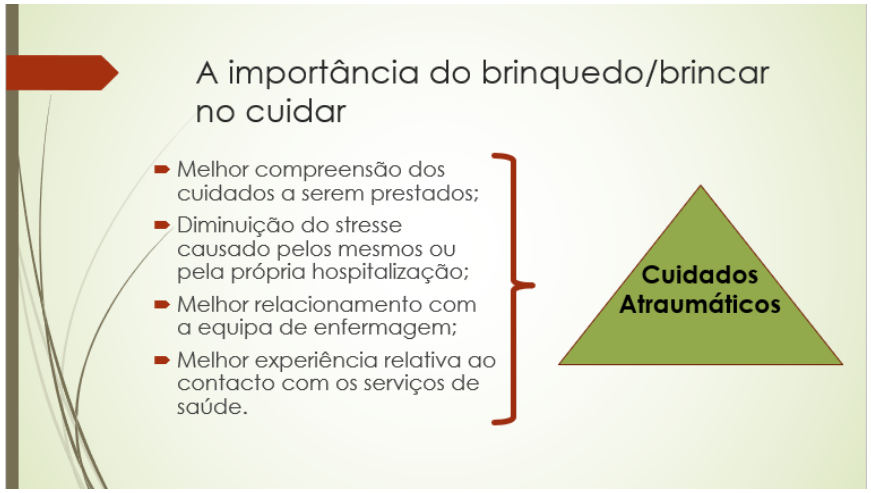
ALTO risco de queda:

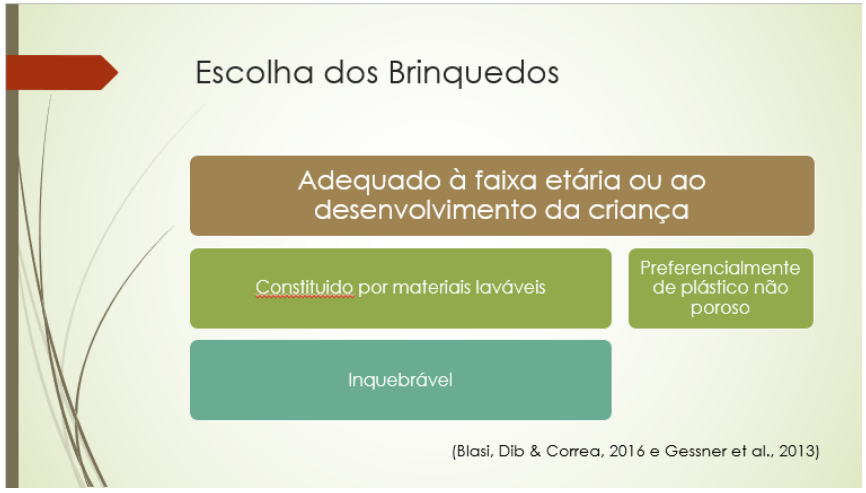
- Identificar a criança com um autocolante Humpty Dumpty; na criança, na cama e no processo;
- Realizar ensinos aos pais sobre prevenção de queda;
- Ver a criança no mínimo a cada hora;
- Acompanhar a criança nas deslocações;
- Atribuir cama adequada ao desenvolvimento da criança;
- Ponderar proximidade do quarto da criança à sala da enfermagem;
- Retirar todo o equipamento não utilizado do quarto;
- Manter sempre a porta aberta.

(Ferreira, 2014)

Brinquedos no internamento

Brinquedos no internamento
"Os estados partes reconhecem à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística". (UNICEF, 2004)
Prestação de cuidados
+
Brinquedo
=
Facilita adaptação da criança/família ao internamento e/ou compreensão/aceitação de um procedimento


A importância do brinquedo/brincar no cuidar
Melhor compreensão dos cuidados a serem prestados;
Diminuição do stresse causado pelos mesmos ou pela própria hospitalização;
Melhor relacionamento com a equipa de enfermagem;
Melhor experiência relativa ao contacto com os serviços de saúde.
Cuidados Atraumáticos


Escolha dos Brinquedos
Adequado à faixa etária ou ao desenvolvimento da criança
Constituido por materiais laváveis
Preferencialmente de plástico não poroso
Inquebrável
(Blasi, Dib & Correa, 2016 e Gessner et al., 2013)

Armazenamento dos brinquedos
Circuito limpo/sujo
"Brinquedos limpos"
"Brinquedos utilizados"
(Blasi, Dib & Correa, 2016 e Gessner et al., 2013)

Frequência da Limpeza e Desinfeção

Após cada utilização

Semanalmente

(Blasi, Dib & Correa, 2016 e De Paula & Costa, 2014)

Bibliografia

- Blasi d., Dib, j. & Correa, l. (2014). Efetividade da higienização da brinquedoteca infantil na redução microbiana: revisão sistemática da literatura. Revista Visa em debate sociedade, ciência e tecnologia, (3), 79-102.
- Calcário, N. C. R., (2013). Queda da Criança em Contexto Hospitalar. Uma Problemática Atual. Tese de Mestrado. Lisboa, Portugal
- Carreira, P.N (2013). Bre Terapêuticas em Pediatria: Perspetivas e Práticas dos Enfermeiros. Tese de Mestrado. Lisboa, Portugal
- De paula, n. & Costa, o. (2014). Brinquedoteca hospitalar e a importância da higienização dos brinquedos. Saúde ambiente&educação, 3(3):51-65
- DGS (2011) Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Orientação nº 18/2011 de 23 de Maio
- Ferreira, S. M. O (2014). Promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco para a saúde no adolescente. Tese de Mestrado. Santarém, Portugal.
- Gganar, r., Grydhaulad, f., Santchabi, j., Sarras, a. & Prabe, m. (2013). Protocolo de desinfeção de brinquedos em unidade de internação pediátrica: vivência acadêmica de enfermagem. Extensão cuidados e saúde, 12(1):159-165
- Hill-Rodriguez, D. Messmer, P. R., Williams P. D., Zeller, R. A., Williams, A. R., Wood, M. Henry, M. (2009) The Humpty Dumpty Fall Scale: A case-control study. J. Spec Pediatr Nurs. 14 (1): 22-32.
- Lage, A.P.C., (2015) Cultura de segurança do doente pediátrico: perceção dos profissionais de saúde. Tese de mestrado. Viseu, Portugal
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. Diário da República, 2.ª série, N.º 28
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento das Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.
- Reason, J. (1990) Human Error. Cambridge University Press, EUA

APÊNDICE VIII – PROPOSTA DE CRIAÇÃO DA MALA PARA TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO NEONATO DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

Proposta de criação da mala para transporte inter-hospitalar do neonato do Serviço de Neonatologia do Hospital [redacted]

Introdução

O transporte inter-hospitalar de doentes funciona como forma de aproximar os recursos humanos e materiais dos doentes que deles necessitam, tendo especial relevância quando se fala de cuidados intensivos ou de intervenção cirúrgica de urgência, sendo uma peça fundamental da cadeia de assistência ao doente. (Mata et al, 2017)

Em contexto pediátrico, o transporte inter-hospitalar tem vindo a tornar-se progressivamente uma componente imprescindível no tratamento de crianças, tendo sido este fortemente influenciado pelas condições socioeconómicas e culturais do país. (Philpot, Day, Marcdante & Gorelick, 2008) A centralização de instituições de saúde que prestam cuidados a crianças, o desenvolvimento e especialização de unidades de cuidados intensivos pediátricos, centros cardíacos e cirúrgicos para crianças e também a ocupação das regiões menos urbanas por parte da população, são fatores associados a uma alteração na igualdade de acesso a cuidados especializados, obrigando à procura de novas alternativas para que estes sejam assegurados, tornando-se aqui o transporte de doentes imprescindível. (Ratnavel, 2013), (Quinn, Pierce & Adler., 2015) Assim, as equipas que prestam cuidados a crianças devem estar despertas para esta realidade, trabalhando para a promoção e melhoria do transporte inter-hospitalar pediátrico pois é possível confirmar através da literatura que o aumento progressivo do transporte especializado pediátrico está diretamente relacionado com melhores resultados e segurança para os doentes. (Stroud et al., 2013)

Para a população pediátrica, o transporte é uma peça chave da cadeia de sobrevivência quando falamos de crianças gravemente doentes e também da possibilidade de continuidade de cuidados de qualidade. (Mata et al., 2016) A decisão de transportar uma

criança é tomada depois de serem pesados cuidadosamente os riscos e benefícios do processo, sendo que este só é efetuado quando os benefícios e contributos para a melhoria do estado clínico e o impacto positivo na redução da mortalidade estão presentes. (Philpot et al., 2008)

A importância de diferenciar a todos os níveis o transporte de adultos do transporte pediátrico, e ainda mais o transporte neonatal, passa pelas particularidades da criança, sua fisiopatologia e das suas necessidades enquanto doente, sendo que toda a preparação e planeamento deve ser particularmente pensado para as suas características especiais. (Mata et al., 2017). Para que isto se verifique, e quando o hospital de origem não consegue responder de forma adequadas às necessidades da criança, esta deve ser transferida para outra instituição, mas os riscos inerentes devem ser calculados, previstos e resolvidos durante este transporte, sendo necessária, portanto, uma equipa qualificada, um meio de transporte adequado e uma mala de transporte que contemple todo o material que possa vir a ser necessário. Tendo então uma equipa multidisciplinar competente e o meio de transporte assegurado, fatores que dependem maioritariamente das instituições, aos profissionais fica incumbida a preparação de todo o material a transportar com a criança, que pode faze toda a diferença na atuação destes perante uma situação critica e aguda durante o transporte. (Stroud et al., 2013)

Corroborando esta perspetiva temos Mata et al. (2017) que afirma que mais importante que a rapidez com que se realiza o transporte, o essencial passa pela qualidade do mesmo, que depende diretamente da organização, coordenação e preparação deste e também da equipa que o realiza e dos meios materiais disponíveis.

A neonatologia e o transporte inter-hospitalar de crianças

Os doentes neonatais têm necessidades especificas que podem advir da prematuridade, de anomalias congénitas anatómicas ou fisiológicas ou do resultado de eventos perinatais inesperados. Muitos destes bebés são sujeitos a uma longa estadia em contexto hospitalar que se pode prolongar por diversos meses, com necessidade de cuidados intensivos, peritos em cirurgia ou cardiologia, neurocirurgia, entre outros. Até os bebés com internamentos relativamente curtos, de dias ou semanas, podem necessitar inesperadamente deste tipo de especialidades devido à instabilidade clínica típica de um doente neonatal, sendo que estas especialidades não estão disponíveis em todas as unidades de saúde. Assim sendo, o acesso a este tipo de serviços requer muitas vezes de um transporte inter-hospitalar que consiga responder de forma rápida e eficaz às necessidades prementes dos neonatos.

Idealmente, o transporte destas crianças deve ser realizado por uma equipa com conhecimento na área, habilidades praticas e capacidade de tomar decisões, reconhecendo a condição do doente neonatal, quer em termos de diagnostico quer em termos de gravidade, trabalhando em equipa, sempre com o intuito de estabilizar o doente. Este transporte torna-se igualmente relevante na transferência destas crianças de volta ao seu hospital de origem, fornecendo-se o acesso ao apropriado nível de cuidados enquanto vão descendo no nível de intensidade de cuidados necessários. Isto proporciona a proximidade dos bebes às suas casas e suas famílias, facilitando assim também a vida dos pais que evitam deslocações e despesas adicionais para estarem perto dos seus bebés e ao mesmo tempo também liberta vagas de cuidados especializados para novas admissões. (Ratnavel, 2013)

Para contribuir para o sucesso do transporte inter-hospitalar neonatal, a literatura é coerente quando afirma que equipas especializadas proporcionam melhores cuidados e melhores resultados. Por outro lado, não é tao consensual em relação à composição das equipas de transporte e métodos de atuação, mas volta a concordar que a experiência na área neonatal é fundamental, bem como a existência de um planeamento prévio de rotinas antes, durante e depois do transporte, que resulte na pratica e que seja do conhecimento de toda a equipa que realiza transportes, sendo que neste planeamento deve estar previamente estipulado e preparado o material a utilizar durante o transporte. Para isto, os serviços que realizam transportes de crianças devem dotar as suas equipas de

conhecimentos teóricos, práticos e também de todo o material necessário, adequado à população de quem cuidam, trabalhando na direção de as tornar excelentes na prestação de cuidados não só dentro das unidades hospitalares, mas também fora delas. (Stroud et al., 2013) Aliando esta informação ao facto de que um dos objetivos primordiais do planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico eficaz é minimizar o tempo que a equipa demora a iniciar o transporte e posteriormente o tempo de chegada ao hospital de destino, sendo que este ultimo não depende exclusivamente dos profissionais, podendo estar relacionado com a distancia, condições climatéricas e transito, está nas mãos dos profissionais controlar e encurtar a primeira fase do transporte. Isto passa então pela previa preparação de todo o material necessário ao transporte. Para isto, surge a necessidade da criação de uma mala de transporte, que esteja previamente preparada antes do transporte e que disponha de todo o material que possa fazer falta na assistência à criança a transportar, evitando que na hora da realização do transporte se perca tempo na preparação do material. (Hilary, Whyte & Jefferies, 2015)

Proposta de material a incluir na mala

Material disponível na mala para transporte inter-hospitalar do neonato	
Via Aérea	***Quantidades***
Cabo de Laringoscópio	1
Lamina Laringoscópio nº 00	1
Lamina Laringoscópio nº 0	1
Lamina Laringoscópio nº 1	1
Pinça de Maguille	1
Tubo endotraqueal nº 2	2
Tubo endotraqueal nº 2.5	2
Tubo endotraqueal nº 3	2
Tubo endotraqueal nº 3.5	2
Tubo endotraqueal nº 4	2
Fio condutor neonatal	1
Adesivo de fixação de TET Orogastrico	2
Adesivo de fixação de TET Nasogastrico	2
Sonda de aspiração nº 6	3
Sonda de aspiração nº 8	3
Tubo de bolha	1
Insuflador manual de balão neonatal	1
Tubo de oxigénio	1
Mascara de ambú nº 0	1
Mascara de ambú nº 1	1
Oxissensor	2
Tubo de Guedell nº 0	1
Tubo de Guedell nº 1	1
Respiração	***Quantidades***
Óculos nasais neonatais	1
Máscara de aerossol	1
Circulação	***Quantidades***
Elétrodos	2
Cateter Venoso Periférico nº 26 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 24 G	3
Cateter Venoso Umbilical nº 4 Lúmen Simples	1
Cateter Venoso Umbilical nº 4 Lúmen Duplo	1
Torneira 3 vias	2
Seringa 1ml	3
Seringa 2ml	3
Seringa 5ml	3
Seringa 10ml	3
Seringa 20ml	2
Seringa 50ml	2
Seringa 50ml opaca	1
Agulha diluição	3
Prolongamento 150cm fino	2
Prolongamento 150cm grosso	1

Prolongamento 150cm opaco	1
Prolongamento em T	2
Penso cateterismo periférico pediátrico	3
Sistema de soro	1
Bionector	3
Penso campo 6x7	3
Diversos	***Quantidade***
Estetoscópio	1
Sonda Nasogástrica nº 6	2
Sonda Nasogástrica nº 8	2
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Naso	4
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Oro	4
Compressas esterilizadas	4
Compressas não esterilizadas	1
Luvas cirúrgicas nº 6	1
Luvas cirúrgicas nº 6.5	1
Luvas cirúrgicas nº 7	1
Luvas cirúrgicas nº 7.5	1
Luvas cirúrgicas nº 8	1
Campo esterilizado com orifício	1
Adesivo hipoalergénico Rolo	1
Dispositivo de preparação de fármacos com filtro	1
Bata esterilizada	2
Touca cirúrgica	2
Tesoura	1
Lamina de Bisturi nº 24	2
Fio de sutura 2/0	1
Puericultura	***Quantidade***
Fraldas	3
Água destilada 100ml	1
Seringas de alimentação entérica 2ml	2
Seringas de alimentação entérica 5ml	2
Seringas de alimentação entérica 10ml	2
Seringas de alimentação entérica 20ml	2
Seringas de alimentação entérica 50ml	2
Tetina	2
Biberão de LAHA	1
Biberão de LEP	1
Medicação	***Quantidade***
Adrenalina	2
Atropina	2
Naloxona 0,4mg/ml	1
Midazolam 15mg/3ml	1
NaCl 0,9% 10 ml	3
NaCl 0,9% 100 ml	1
Água destilada 10 ml	3
Dextrose 5% 100 ml	1
Dextrose 5% 1000 ml	1

Proposta de mala de transporte de material

A título de exemplo seguem alguns modelos de malas que podem ser utilizadas para acondicionar e transportar o material a utilizar durante o transporte. É importante que esta seja de um material lavável, que disponha de alças ou rodas para transporte e tenha diversas divisões para acondicionamento do diverso material. As dimensões devem ser calculadas de acordo com o material a acondicionar, mas deve ter-se presente que para alem desse material, deve haver espaço para um insuflador manual neonatal.

1.		
Vendedor:	Medical Express	
Nome:	Saco Multiusos Blue Bag 3 – 41ml	
Referência:	135-544	
Preço:	63€	
Link:	http://www.medicalexpress.net/saco-multiusos-42951-.html	
2.		
Vendedor:	Medical Express	
Nome:	Mala de Emergência	
Referência:	182-285	
Preço:	244€	
Link:	http://www.medicalexpress.net/mala-de-emergencia-42106-.html	
3.		
Vendedor:	Medical Expo	
Nome:	Bolsa de emergência para tratamentos pediátricos	
Referência:	1342	
Preço:	Sob consulta	
Link:	http://www.medicalexpo.com/pt/prod/meber/product-69211-667437.html	

Manutenção e operacionalização da mala

Para que a mala de transporte se encontre sempre operacional, de forma a que quando for necessária, esteja reposta e completa, deve ser feita uma verificação mensal das quantidades, acondicionamento e validades do material e esta deve ser registada em documento como o do Apêndice I. Deve efetuar-se a troca dos fármacos ou material três meses antes da data de fim da sua validade e por fim deve selar-se a mala de transporte após cada verificação ou reposição. Esta abertura e consequente selagem devem ser realizadas com recurso a selos próprios, disponibilizados pela instituição e deve ser registada em documento como o do Apêndice II.

Após utilização da mala, o profissional que a utilizou deve proceder à sua higienização e reposição, de acordo com a lista indicada neste documento. Também este processo deve ser registado na folha de abertura da mala, Apêndice II.

O serviço deverá definir um dia fixo e imputar a função a um profissional específico, ou equipa, para a realização das verificações periódicas da mala, de forma a que não existam esquecimentos ou erros. Esta verificação pode ocorrer no mesmo dia da verificação do carro de emergência, visto que a periodicidade é a mesma. (DGS, 2011)

Outro material a considerar no transporte

Para a operacionalização do transporte, para além da mala de material acima definida, deve acompanhar a criança e a equipa de profissionais que irá realizar o transporte também a incubadora de transporte ou cadeira de transporte (0+), conforme necessidades clínicas e peso da criança, um ventilador com capacidade para ventilação não invasiva e ventilação invasiva e traqueias adequadas para funcionamento do sistema ventilatório. Uma bala de oxigénio, e outra de ar comprimido, material para aspiração de secreções, monitor cardíaco ou monitor de oximetria, e seringa/bomba infusora. De salientar que algum deste material poderá estar disponível na ambulância que ira realizar o transporte, pelo que deixa de ser necessária a preparação e transporte por parte da equipa que transporta a criança. (Hilary, Whyte, Jefferies, 2015)

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação da DGS nº 008/2011 de 28 de Março: Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro.

- Quinn, J. Pierce, M.C. & Adler, M. (2015) Factors Associated With Mode of Transport Decision Making for Pediatric-Neonatal Interfacility Transport. Air Medical Journal, 34(1)

- Philpot, C., Day, S., Marcdante, K. & Gorelick, M. (2008). Pediatric interhospital transport: Diagnostic discordance and hospital mortality. Pediatr Crit Care Med, 9(1)

- Ratnavel, N. (2013). Evaluating and improving neonatal transport services. Early Human Development, 89: 851–853-S.

Transporte pediátrico y neonatal en Espana, Portugal y Latinoamérica. Med. Intensiva. 948. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.12.013

- Stroud,M.H., Trautman, M.S., Meyer, K., Moss, M.M., Schwartz, H.P., Bigham, M.T., Tsarouhas, N., Douglas, W.P., Romito, J., Hauft, S., Meyer, M.T. & Insoft, R. (2013). Pediatric and Neonatal Interfacility Transport: Results From a National Consensus Conference. PEDIATRICS. 132(2)

- Whyte, H., Jefferies, A.L. (2015). The interfacility transport of critically ill newborns. Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Paediatr Child Health, 20(5):265-275

APÊNDICE I

- Check-list da composição e validades da mala de transporte -

Material disponível na mala para transporte inter-hospitalar do neonato			
Via Aérea	***Quantidades***	***Validade***	***Rubrica***
Cabo de Laringoscópio	*1*		
Lamina Laringoscópio nº 00	*1*		
Lamina Laringoscópio nº 0	*1*		
Lamina Laringoscópio nº 1	*1*		
Pinça de Maguille	*1*		
Tubo endotraqueal nº 2	*2*		
Tubo endotraqueal nº 2.5	*2*		
Tubo endotraqueal nº 3	*2*		
Tubo endotraqueal nº 3.5	*2*		
Tubo endotraqueal nº 4	*2*		
Fio condutor neonatal	*1*		
Adesivo de fixação de TET Oro gástrico	*2*		
Adesivo de fixação de TET Naso gástrico	*2*		
Sonda de aspiração nº 6	*3*		
Sonda de aspiração nº 8	*3*		
Tubo de bolha	*1*		
Insuflador manual de balão neonatal	*1*		
Tubo de oxigénio	*1*		
Mascara de Ambú nº 0	*1*		
Mascara de Ambú nº 1	*1*		
Oxissensor	*2*		
Tubo de Guedell nº 0	*1*		
Tubo de Guedell nº 1	*1*		
Respiração	***Quantidades***	***Validade***	***Rubrica***
Óculos nasais neonatais	1		
Mascara de aerossol	1		
Circulação	***Quantidades***	***Validade***	***Rubrica***
Elétrodos	2		
Cateter Venoso Periférico nº 26 G	3		
Cateter Venoso Periférico nº 24 G	3		
Cateter Venoso Umbilical nº 4 Lúmen Simples	1		
Cateter Venoso Umbilical nº 4 Lúmen Duplo	1		
Torneira 3 vias	2		
Seringa 1ml	3		
Seringa 2ml	3		
Seringa 5ml	3		
Seringa 10ml	3		
Seringa 20ml	2		
Seringa 50ml	2		
Seringa 50ml opaca	1		
Agulha diluição	3		
Prolongamento 150cm fino	2		
Prolongamento 150cm grosso	1		
Prolongamento 150cm opaco	1		
Prolongamento em T	2		
Penso cateterismo periférico pediátrico	3		

Sistema de soro	1		
Bionector	3		
Penso campo 6x7	3		
Diversos	***Quantidade***	***Validade***	***Rubrica***
Estetoscópio	1		
Sonda Nasogástrica nº 6	2		
Sonda Nasogástrica nº 8	2		
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Naso	4		
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Oro	4		
Compressas esterilizadas	4		
Compressas não esterilizadas	1		
Luvas cirúrgicas nº 6	1		
Luvas cirúrgicas nº 6.5	1		
Luvas cirúrgicas nº 7	1		
Luvas cirúrgicas nº 7.5	1		
Luvas cirúrgicas nº 8	1		
Campo esterilizado com orifício	1		
Adesivo hipoalergénico Rolo	1		
Dispositivo de preparação de fármacos com filtro	1		
Bata esterilizada	2		
Touca cirúrgica	2		
Tesoura	1		
Lâmina de Bisturi nº 24	2		
Fio de sutura 2/0	1		
Puericultura	***Quantidade***	***Validade***	***Rubrica***
Fraldas	3		
Água destilada 100mll	1		
Seringas de alimentação entérica 2ml	2		
Seringas de alimentação entérica 5ml	2		
Seringas de alimentação entérica 10ml	2		
Seringas de alimentação entérica 20ml	2		
Seringas de alimentação entérica 50ml	2		
Tetina	2		
Biberão de LAHA	1		
Biberão de LEP	1		

Medicação	***Quantidade***	***Validade***	***Rubrica***
Adrenalina	2		
Atropina	2		
Naloxona 0,4mg/ml	1		
Midazolam 15mg/3ml	1		
NaCl 0,9% 10ml	3		
NaCl 0,9% 100ml	1		
Água destilada 10ml	3		
Dextrose 5% 100ml	1		
Dextrose 5% 1000ml	1		

APÊNDICE II

- Registo de abertura da mala de transporte –

Registo de Abertura da mala de transporte

Data e Hora	Nº do Selo colocado	Motivo	Intervenção	Observações	Assinatura e nº mecanográfico
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		

APÊNDICE IX - RESUMO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Equipas especializadas no transporte inter-hospitalar pediátrico: Impacto na qualidade dos cuidados

Specialized teams on pediatric interfacilities transport: Impact on the quality of care

Autores:

Patrícia Gouveia: Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Mestranda em Enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE. Patgouveia1@gmail.com

António Casa Nova: Professor Doutor da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Casanova@ipportalegre.pt

RESUMO

Introdução: O transporte inter-hospitalar pediátrico tem-se tornado uma componente imprescindível na continuidade de cuidados e tratamento urgente de crianças gravemente doentes, influenciado principalmente pelas condições socioeconómicas do país. Em Portugal este transporte de doentes críticos neonatais e em idade pediátrica é da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica, mas visto que os recursos são poucos e as distâncias do território nacional consideráveis, o hospital de origem da criança pode ter que se responsabilizar pela realização deste transporte. **Objetivos:** Pretende-se compreender qual o impacto que equipas especializadas em transporte inter-hospitalar possam ter comparativamente a equipas de transporte não especializadas, no que à qualidade dos cuidados diz respeito. **Métodos:** Elaborada revisão integrativa da literatura de acordo com a metodologia de *Joanna Briggs*, através da pesquisa de artigos nas bases de dados EBSCO e *PubMed*, com o intervalo temporal de 2008 a 2018. **Resultados:** Seguindo o modelo PRISMA *(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews nad Meta-analyses)* foram incluídos um total de 7 artigos, dos 80 encontrados inicialmente. Os artigos sugerem que a realização do transporte por uma equipa especializada está associada a números mais reduzidos de morbilidade e mortalidade comparativamente com equipas não especializadas, no entanto não é clara nem consensual ainda a constituição ideal destas equipas. **Conclusão:** As equipas especializadas são

sempre a opção de escolha quando é necessário transferir uma criança doente, pois, comparativamente a equipas não especializadas, têm melhores resultados na qualidade dos cuidados. A taxa de mortalidade e morbilidade é mais baixa em crianças transportadas por equipas especializadas, ocorrem menos eventos adversos e os resultados na saúde da criança a longo prazo são mais promissores. Mais estudos devem ser elaborados em Portugal de forma a concluir quem está a transportar as nossas crianças doentes e também quem deve integrar estas equipas e de que forma estas devem ser capacitadas.

Palavras chave: Transporte, Pediátrico, Inter-hospitalar, Equipa

ABSTRACT

Introduction: Pediatric inter-hospital transport has become an indispensable component in the continuity of care and emergent treatment of critically ill children, mainly influenced by the socio-economic conditions of the country. In Portugal this transport of critical neonatal and pediatric patients is responsibility of INEM, but since the resources and the territorial area is considerable, the origin hospital of the children may have to be responsible for the transport to another institution. **Objectives:** Is intendent to understand the impact of specialized teams in inter-hospital transport compared with non-specialized teams, when we talk about the quality of care. **Methods:** An integrative literature review according to the Joanna Briggs methodology was elaborated, through the search of articles in the EBSCO and PubMed databases, with the time interval between 2008 and 2018. **Results:** Following the PRISMA model, a total of 7 articles were included, of the 80 initially found. The research suggest that transport performed by a specialized team is associated with lower morbidity and mortality compared to non-specialized teams, however it is neither clear nor consensual the ideal constitution of these teams. **Conclusion:** Specialized teams are always the team of choice when it is necessary to transfer a sick child, compared to non-specialized teams, since they have better results in the quality of care.

The mortality and morbidity rates are lower in children transported by specialized teams, fewer adverse events occur, and long-term health outcomes in children are more promising. More studies should be done in Portugal in order to conclude who is transporting our children and who should integrate these specialized teams and how they should be trained.

Keywords: Transport, Pediatric, Interfacility, Team

APÊNDICE X - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO EM QUESTIONARIO DE DIAGNOSTICO DE SITUAÇAO

Consentimento Informado para Participação em Questionário de Diagnostico de Situação

Eu, _____, Enfermeiro a desempenhar funções no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica do [redacted], declaro que autorizo a recolha e o tratamento de dados deste questionário com a finalidade de participar no Diagnostico de Situação para elaboração de um Projeto de intervenção em Serviço no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Mais declaro que fui informado acerca da garantia de confidencialidade dos dados, sendo este o único documento onde consta a minha identificação e que posso, se assim o entender, abandonar a participação no mesmo a qualquer momento.

Santiago do Cacém, _____ de _____ de 2019.

(Assinatura do Participante)

APÊNDICE XI – NORMA DE PROCEDIMENTO: TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIATRICO

Norma de Procedimento

Transporte Inter-hospita-lar Pediátrico

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, E.P.E.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ATIP – Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

DRAC- Documento de Registo de Avaliação da Condição Clínica da Criança

MCDT – Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO ……..…… 3

2. CONCEITOS/DEFINIÇÕES ……..…….. 3

3. OBJETIVOS ……..…….. 3

4. AMBITO ……..…… 4

5. RESPONSABILIDADES ……..... 4

6. PROCEDIMENTO …… 4

7. REFERECIAS BIBLIOGRÁFICAS ……..…… 10

ANEXOS ……..…… 13

1. INTRODUÇÃO

A presente Norma de Procedimento apresenta uma revisão bibliográfica sobre as orientações técnicas e cuidados de enfermagem a adotar no transporte inter-hospitalar pediátrico, com vista a uniformizar os procedimentos e as boas práticas.

2. CONCEITOS/DEFINIÇÕES

Doente crítico – pessoa com instabilidade clínica devido a disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, cuja sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização, vigilância e terapêutica.

Transporte inter-hospitalar – consiste no transporte de doentes de uma unidade hospitalar para outra, e acontece quando são inexistentes recursos técnicos e/ ou humanos necessários ao cuidado deste doente, ou ainda para realizar meios complementares de diagnóstico e/ ou tratamento noutro hospital

3. OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes de forma a uniformizar os procedimentos que orientam as boas práticas no transporte inter-hospitalar pediátrico, garantindo um transporte seguro da criança em situação critica

4. ÂMBITO

Todos os Enfermeiros da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E que exerçam funções em áreas clínicas com doentes pediátricos

5. RESPONSABILIDADES

Conselho de Administração

- Homologar e divulgar a Norma.

Diretor do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica e Médicos Coordenadores dos Serviços de Urgência Básica

- Propor alterações à presente Norma.

Enfermeiro Chefe/Responsável do Serviço de Urgência e dos Serviços de Urgência Básica

- Garantir o cumprimento da Norma no âmbito das suas atividades.

Enfermeiro do Serviço de Urgência

Cumprir os procedimentos definidos.

6. PROCEDIMENTO

Enquadramento

O transporte inter-hospitalar de crianças gravemente doente acontece sempre que são inexistentes os recursos técnicos e/ ou humanos neste hospital, ou é necessária a realização de exames complementares de diagnóstico noutras unidades hospitalares.

A importância de diferenciar a todos os níveis o transporte de adultos do transporte pediátrico, passa pelas particularidades da criança, sua fisiopatologia e suas necessidades enquanto doente, sendo que toda a preparação e planeamento deve ser particularmente pensado para as suas características especiais. (Mata et al., 2017) Para que isto se verifique, e quando o hospital de origem não consegue responder de forma adequada às necessidades da criança, esta deve ser transferida para outra instituição, sendo que os riscos inerentes devem ser calculados, previstos e resolvidos durante este

transporte, sendo necessária, portanto, uma equipa qualificada, um meio de transporte adequado e material adequado às especificidades da criança. (Stroud et al., 2013)

O transporte da criança em situação critica envolve três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

A **decisão** de transferir um doente é um ato médico onde deve avaliar-se o risco inerente ao transporte, comparativamente ao benefício do mesmo, ponderando principalmente situações de hipoxia, híper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular.

A forma de realizar o transporte de uma criança gravemente doente continua a ser uma competência médica, que pode solicitar a equipa do Transporte Inter-hospitalar pediátrico (TIP) do INEM ou solicitar uma ambulância dentro das várias categorias de que estas dispõem, considerando a situação clínica da criança, as suas necessidades e o objetivo do transporte.

O **planeamento** é realizado pela equipa multidisciplinar do serviço ao qual o doente está adjacente e em articulação com o Serviço de Transportes (da ULSLA) e com o Hospital de destino e deve ter em conta os seguintes tópicos:

- Coordenação dos meios a mobilizar
- Comunicação com o serviço de destino
- Comunicação com os pais/representante legal
- Estabilização
- Equipa de transporte
- Material e equipamento
- Transporte
- Documentação (registos, exames complementares de diagnostico, prescrições)

A **efetivação** do transporte fica a cargo da equipa de enfermagem e, se necessário, médica, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento em que o doente é entregue à equipa de saúde do hospital de destino ou à equipa de saúde do serviço de origem, no caso de a transferência justificar-se com base na realização de Meios

Complementares de Diagnostico e Terapêutica (MCDT). A qualidade dos cuidados prestados durante o transporte não pode ser inferior à que se verificou no hospital de origem e deve ser prevista a necessidade de os elevar.

A composição da equipa de saúde que acompanha o doente no transporte inter-hospitalar deve ser determinada com base em critérios objetivos. Recomenda-se uso da grelha "Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico" (ATIP) (Anexo 1).

O resultado obtido com a aplicação da grelha de ATIP define o nível de gravidade do doente (A, B, C ou D) e indica, para cada nível, quais as necessidades humanas e de recursos materiais que o doente precisa, sem nunca desresponsabilizar o médico que toma a decisão de como deve ser efetuado o transporte.

Por definição, o doente crítico é um doente nível C ou D. O "Documento de Registo de Avaliação da Condição Clínica da Criança" (DRAC), (anexo 2) está preparado para reunir toda a informação necessário sobre a criança em situação critica. Este formulário deve ser preenchido pelo enfermeiro que acompanha o doente no transporte, uma vez antes do início do transporte e uma segunda vez durante o transporte. Aconselha-se que o seu preenchimento seja feito também nos doentes de nível B. Os formulários devem retornar ao hospital/ serviço de origem para que possam ser devidamente arquivados.

6.1 Quem executa/ acompanha o transporte inter-hospitalar

- Tripulantes de Ambulância de Socorro (Bombeiros) – doente nível A.
- Enfermeiro – doente nível B e C.
- Médico – doente nível C e D.

6.2 Horário

- Após tomada a decisão do transporte inter-hospitalar do doente e consoante hora combinada com hospital de destino.

6.3 Responsabilidades:

Médico:

- Contactar a unidade para a qual a criança vai ser transferida;

- Requisitar o transporte;
- Comunicar com o enfermeiro responsável;
- Informar os pais sobre a situação do doente e necessidade de transporte;
- Elaborar registos médicos da alta/transferência;
- Transmitir à equipa de transporte a informação pertinente e relevante.

Enfermeiro:

- Em conjunto com o médico e com base no preenchimento da grelha de ATIP (anexo 1), determinar a necessidade da composição da equipa que vai acompanhar o doente no TIP;
- Acompanhar os doentes nível B, C e D (anexo 1);
- Ser possuidor de informação de enfermagem, relativa ao doente;
- Preparar a criança/família para o transporte;
- Providenciar os meios adequados de monitorização de acordo com o resultado do preenchimento do anexo 1 e selecionados pelo médico;
- Prever as complicações possíveis de acontecer, para cada caso;
- Verificar operacionalidade do material;
- Se necessário, acrescentar à mala de transporte de material, terapêutica/ material de uso clínico específico para cada doente;
- Permanecer com o doente durante o período de transporte. Caso o enfermeiro tenha de se ausentar por algum motivo, não deve fazê-lo por muito tempo e deve deixar sempre o doente acompanhado por um TAT ou TAS, com indicações expressas de vigilância;
- Escrever as ocorrências na folha de transporte;
- Preencher o DRAC (anexo 2) em conjunto com a restante equipa de enfermagem e, se possível, com o médico responsável;
- Rever a Check-list Pré-Partida (anexo 3) em conjunto com a restante equipa de enfermagem e, se possível, com o médico responsável;
- Após o TIP, arquivar os anexos 1,2 e 3, devidamente preenchidos num dossier de arquivo para o efeito, no serviço de origem;
- Após cada TIP, averiguar/ validar a composição da mala de TIP, tendo em conta a lista de verificação para o efeito (anexo 4 – Check-list da composição e validades da mala de transporte; e anexo 5 – Registo de abertura da mala de transporte pediátrica), e selar com os selos simples.

6.4 Equipamento

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) preconiza que o material clínico/terapêutico necessário durante o transporte de doentes esteja uniformizado em toda a unidade hospitalar, de forma a que os enfermeiros que acompanham o doente na transferência conheçam a composição da mala que levam, independentemente da quantidade de malas que existam ou do serviço que a forneceu.

Estas malas são imprescindíveis na prestação de cuidados durante o TIP pois, se bem estruturadas, transportam todo o material necessário em situação de urgência e emergência, devendo estar sempre operacionais para uso a qualquer momento. Ao contrário das malas de transporte de adultos, que existem diversas no hospital, a mala pediátrica é única, devido à menor quantidade de TIP's realizados. Se a mala de TIP estiver em uso, o enfermeiro deverá preparar o material necessário ao transporte utilizando uma mala de transporte de adulto, acrescentando o material necessário à situação especifica, baseando-se na *Check-list* de material da mala pediátrica.

A composição da mala de transporte de material de uso clínico e terapêutica pode ser consultada no Anexo 4.

A utilização de um telemóvel adjacente ao serviço de origem é aconselhável para manter a comunicação entre a equipa de transporte e o médico responsável pelo doente, no serviço.

6.5 Orientações gerais/ de procedimento

- Respeitar privacidade do Utente;
- Utilizar técnica limpa/ assética (conforme necessidade);
- Validar conteúdo das malas de material de uso clínico e terapêutica, de acordo com *check-list* correspondente;
- Gerir a segurança do doente;
- Prevenir o risco de infeção

6.6 Procedimento

6.6.1 No Serviço de Origem:

1- Após decisão da necessidade do TIP, validar informação junto da criança se idade/estado de consciência justificar;

2- Confirmar que os pais/representantes legais estão informados do TIP;

3- Determinar, em conjunto com o médico, a composição da equipa que vai acompanhar a criança no TIP, preenchendo a ATIP (Anexo 1);

4- Validar com o médico o pedido do meio de transporte mais adequado, com apoio do pessoal administrativo;

5 – Preencher o DRAC (Anexo 2);

6- Preencher a Check-list Pré-Partida (Anexo 3);

7- Validar selo da mala de material de uso clínico/ terapêutico;

8- Após o TIP, a equipa é responsável pelo arquivo de documentação inerente ao TIP;

6.6.2. Durante o transporte

9- Apresentar-se à criança e aos pais/representantes legais;

10- Receber informação de enfermagem relativa à criança que vai ser transportada;

11- Rever o DRAC (anexo 2) e Check-list Pré-Partida (anexo 3);

12- Verificar se os MCDT necessários acompanham o processo clínico;

13- Validar que a mala de transporte está devidamente selada e transportá-la;

14- Observar e prever, para cada caso, as complicações clínicas possíveis durante o TIP;

15- Acompanhar e permanecer junto da criança durante todo o TIP, até transferência de responsabilidade para a equipa que irá receber a criança no hospital de destino;

16- Assegurar acondicionamento seguro e (minimamente) confortável da criança/acompanhante na ambulância;

17- Verificar e registar a hora de saída do hospital de origem;

18- Preencher novo DRAC (Anexo 2) durante o transporte e registar sinais vitais com periodicidade adequada à situação clínica da criança;

19- Se houver necessidade de realizar intervenções invasivas, se necessário, mandar parar o veículo;

20- Em caso de alterações/ complicações clínicas, comunicar (telemóvel de serviço) com o médico responsável pela criança, do hospital de origem, e seguir as indicações dadas;

21- Escrever as ocorrências no DRAC (anexo 2);

22- Verificar/ registar hora de chegada ao hospital destino;

23- certificar-se que é transmitida toda a informação clínica à equipa de saúde do hospital destino;

6.6.3 Após regresso ao hospital de origem:

24- Arquivar os documentos ATIP (Anexo 1), DRAC (Anexo 2) e Check-list Pré-Partida (Anexo 3) em dossier próprio para o efeito;

25 – Verificar e registar hora de retorno ao hospital de origem;

26- Realizar registos em plataforma EXCEL® próprio para registos de TIP, disponível no ambiente de trabalho do computador da sala de triagem pediátrica;

27- Validar a composição da mala de TIP, tendo em conta a lista de verificação para o efeito (Anexo 4), repondo o material necessário e por fim selando a mala com os selos simples disponíveis para o efeito e posterior preenchimento do Documento de registo de abertura da mala de transporte pediátrica (Anexo 5);

28- Higienização/ desinfeção das mãos antes, depois do contato com o doente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABECASIS, F. (2008). **Transporte neonatal e pediátrico – organização e perspetivas atuais**. Nascer e Crescer, 17(3).

- EMERGENCY MEDICAL SERVICES AUTHORITY. (2015). **Guidelines for Pediatric Interfacility Transport Program.** Califórnia.

- MATA, M., ESCOBAR, M., CABRERIZO, M., GÓMEZ, R., GONZÁLEZ, J., & LÓPEZ-HERCE C. (2017). **Transporte pediátrico y neonatal en Espana, Portugal y Latinoamérica**. Medicina Intensiva. 41 (3).

- ORDEM DOS MÉDICOS & SPCI. (2008). **Transporte de doentes críticos.** Recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

- PORTARIA N.º 1301-A/2002 – Regulamento de Transporte de Doentes em Portugal;

- QUINN, J., PIERCE, C., & ADLER, M. (2015**) Factors Associated With Mode of Transport Decision Making for Pediatric-Neonatal Interfacility Transport**. Air Medical Journal, 34(1): 44-51.

- REGULAMENTO N.º 122/2011 – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, D. R. 2ª série, N.º 35 (de 18 de fevereiro de 2011), p. 8648-8653.

- REGULAMENTO N.º124/2011 – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, D. R. 2ª série, N.º 35 (de 18 de fevereiro de 2011), p. 8656-8657.

- STROUD, H., TRAUTMAN, S., MEYER, K., MOSS, M., SCHWARTZ, P., BIGHAM, T., TSAROUHAS, N., DOUGLAS, P., ROMITO, J., HAUFT, S., MEYER, T. & INSOFT, R. (2013) **Pediatric and Neonatal Interfacility Transport: Results From a National Consensus Conference.** Pediatrics. 132 (2).

[redacted]	Data:
AUDITORIA À NORMA DE PROCEDIMENTO – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico	
Auditor Coordenador:	Serviço:
Equipa de auditoria:	

Lista de Verificação da Norma	C	NC	NA	Observações/Evidências

Auditor Coordenador:
Auditor:
Auditor:
[redacted]
DATA:

Legenda: C-Conforme; NC-Não Conforme; NA-Não aplicável

ANEXOS

ANEXO I

Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

(A avaliação dos parâmetros, é realizada no serviço de origem, perante a condição clínica da criança/jovem no momento, após a sua estabilização)

PARÂMETRO			PONTUAÇÃO
1. VIA AÉREA ARTIFICIAL*			
Não			0
Sim (adjuvantes básicos)			1
Sim (TET ou traqueostomia)			2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**			
0 – 1 anos**	30 – 40		0
	25 - 29	41 – 50	1
	<25	50+	2
1 – 2 anos**	25 – 35		0
	20 - 24	36 - 50	1
	<20	50+	2
2 – 5 anos**	25 - 30		0
	20 - 24	31 - 40	1
	<20	+40	2
5 – 12 anos**	20 - 25		0
	15 - 19	26 - 46	1
	<15	40+	2
13 – 16 anos**	15 - 20		0
	12 - 14	20 - 25	1
	<12	25+	2
17 – 18 anos*	10 - 14		0
	15 – 25		1
	<10	35+	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO*			
Não			0
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 < 40%)			1
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)			2
4. ACESSOS VENOSOS*			
Não			0
Acesso Periférico em criança/jovem estável (não exclui catéter obturado)			1
Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central			2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*			
Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade – consultar tabela no final do documento)			0
Moderadamente estável			1
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)			2
6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA*			
Não			0
Sim (desejável)			1
Sim (em doente instável)			2
7. RISCO DE ARRITMIAS*			
Não			0
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.			1
Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.			2
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVPU)**			
Alerta (A)			0
Voz (V)			1
Dor (P) ou Inconsciente (U)			2

9. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO REALIZADO/EM CURSO*	
Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I (Corticosteróides, Manitol 20%, NaCl 3%, Analgésicos)	1
Grupo II (Inotrópicos; Vasodilatadores; Antiarrítmicos; Bicarbonato; Antiepiléticos; Anestésicos gerais; dreno torácico)	2
10. DOENÇA CRÓNICA**	
Não	0
Sim – sem influência na condição clínica atual e/ou sem potencial de descompensação pela condição clínica atual	1
Sim – com influência na condição clínica atual e/ou com potencial de descompensação pela condição clínica atual	2
11. PREMATURIDADE ATUAL*	
RN > 2000g ou não aplicável	0
RN ≥ 1200g ≤ 2000g	1
RN < 1200g	2
TOTAL:	

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 – 2 Apenas O_2 ou acesso venoso periférico obturado	**A**	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	"Standard"
3 Sem nenhum item com pontuação 2	**B**	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita
4 – 6 Sem nenhum item de pontuação 2	**C**	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável)	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + seringas e bombas perfusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	**D**	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável) Médico	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, $ETCO_2$ (se ventilado)	Acima descrito+ Material de VA avançada + ventilador de transporte.

*Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998. ** Adaptado de Roland et al., Open Journal or Emergency Medicine, 2016.

Valores de Referência***		
	Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 anos	110 – 160	70 - 60
1 – 2 anos	100 – 150	80 – 95
2 – 5 anos	95 - 140	80 – 100
5 – 12 anos	80 - 120	90 – 110
>12 anos	60 - 100	100 - 120

***Adaptado de Balderstone, T., A Guideline use of Paediatric Observation Priority Score (POPS), 2016.

ANEXO II

Documento de Registo de Avaliação da Condição Clínica da Criança

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM
(COLAR ETIQUETA)

SERVIÇO DE ORIGEM:

HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO:

MÉDICO QUE RECEBE A CRIANÇA/JOVEM:

IDADE ATUAL: **PESO ATUAL:** **ALTURA ATUAL:**

ANTECEDENTES PESSOAIS: ALERGIAS:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ATUAL:

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA/JOVEM*

AVALIAR		CONDIÇÃO CLÍNICA	SUPORTE
A	*AIRWAY*	[ ] Permeável [ ] Não Permeável: [ ] Ruídos da VA [ ] Rouquidão [ ] Estridor? [ ] Desvio da traqueia [ ] Ingurgitamento jugular [ ] Efisema SC TRAUMA: [ ] imobilização cervical [ ] plano duro [ ] *coquille* [ ] talas	[ ] Tubo orofaríngeo n.º____ [ ] Tubo nasofaríngeo n.º____ [ ] **Tubo orotraqueal** n.º____ [ ] **Tubo nasotraquel** n.º____ [ ] Máscara laríngea n.º____ [ ] outro: n.º
B	*BREATHING*	**FR**(cpm):	OXIGÉNIO / VENTILAÇÃO
		Respiração: [ ] Eupneia [ ] Taquipneia [ ] Bradipneia [ ] Apneia; [ ] Superficial [ ] Tiragem [ ] Expansão simétrica [ ] Paradoxal	FiO_2(%)____ O_2(L/m)____ [ ] Másc. 100% [ ] Másc. Venturi [ ] Óculos nasais [ ] Sonda nasal
		AP: [ ] Normal [ ] sibilos [ ] hipofonia [ ] Estridor [ ] crepitações [ ] ausentes	**CPAP**: FiO_2(%); PEEP(mmHg); FR(cpm)
		SPO_2(%) **$ETCO_2$**(mmHg)	**VM**: Modo; $FiO_{2(\%)}$; FR(cpm); Tinsp(s); PEEP(cmH_2O); PIP(cmH_2O); I:E; VC(ml)
		Gasimetria (hora:__:__): pH____ pCO_2____ pO_2____ HCO_3____ BE____ Lact____	
		Tórax: [ ] Pneumotórax [ ] outro:	[ ] Dreno torácico Obs.:
		Estômago: [ ] Abdómen distendido/timpanizado	[ ] SNG [ ] SOG
C	*CIRCULATION*	**FC**(bpm)	**Pulso**: [ ] Regular [ ] Irregular [ ] Cheio [ ] Fino
		PA(mmHg): PAS: PAD: PAM:	ACESSOS: TIPO / N.º / LOCAL
		Pele: [ ] Rosada [ ] Pálida [ ] Cianosada [ ] Marmoreada; **TPC**: [ ] ≤ 2s [ ] > 2s	[ ] VP [ ] VP [ ] CVC [ ] IO [ ] Linha A
		ECG(ritmo): [ ] Ritmo sinusal [ ] Arritmia sinusal [ ] Outro(s): [ ] Taquicardia [ ] Bradicardia	MEDICAÇÃO
		Hemorragias: [ ] Externas [ ] Internas conhecidas [ ] ocultas	
D	*DISABILITY*	**Consciência**: [ ] GCS: (O ;V ;M) [ ] AVPU:	[ ] Corticoides [ ] Bólus [ ] Perfusão
		Dor: valor; Tipo: Local:____	[ ] Osmoterapia [ ] Bólus [ ] Perfusão
		Pupilas: [ ] Isocóricas/isoreativas [ ] Anisocóricas; [ ] Miose [ ] Midríase	[ ] Analgésicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antibióticos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antiepiléticos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Inotrópicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antiarrítmicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Anestésicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Bicarbonatos [ ] Bólus [ ] Perfusão
		HIC: [ ] Hipertensão [ ] Bradicardia [ ] Resp. irregular	
		Sinais focais: [ ] Força muscular Ob.: [ ] Déficits sensório motores Ob.:	
		Convulsões: [ ] Não [ ] Mal convulsivo [ ] Focais [ ] Ausência	
		Glicémia(mg/dl) **Cetonémia**(mmol/l)	
E	*EXPOSURE*	**Diurese**: Valor DU (ml): em h	[ ] Algaliação
		Temperatura(ºC): Valor Temp.: [ ] Timpânica [ ] retal [ ] axilar	[ ] Ultimo antipirético às: h m
		Lesões corporais: Obs.:	[ ] Manta térmica [ ] Pensos Obs.:
F	*FAMILY*	- A família está presente? [ ] Não [ ] Sim Quem? [ ] Mãe [ ] Pai [ ] Avó [ ] Avô [ ] Irmãos [ ] Outro:____ - Estão informados sobre a situação clínica da criança/jovem? [ ] Não [ ] Sim Quem informou?____ - O acompanhante da criança/jovem está emocionalmente estável? [ ] Não [ ] Sim - O acompanhante da criança/jovem possui meios próprios de transporte? [ ] Não [ ] Sim	

*Adaptado de SEM-P. IBE. Información Básica Estructurada de Paciente. Maio 2011 (v2.0; v1.0: Junho 2009)

ANEXO III

Checklist Pré-Partida

CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

EQUIPA		Constituição da equipa adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
		Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte	
		Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)	
		Equipa com equipamentos de proteção individual adequados para o transporte	
MEIO DE TRANSPORTE		Tipologia de ambulância adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
		Célula sanitária com condições de higiene adequadas	
		Ambulância com seguro respeitando as obrigações legais exigidas	
		Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária	
		Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes	
		Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem	
		Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS		Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)	
		TET permeável, bem posicionado (Rx de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)	
	A	Máscara laríngea permeável, bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)	
		SNG colocada e bem fixa (se ventilado)	
		Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todas as vítimas de trauma)	
		Monitorização de FR e SPO_2 – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
		Monitorização de $EtCO_2$ (ideal se ventilado)	
		Boa adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)	
	B	Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)	
		Verificada gasimetria pré-transporte (com o ventilador de transporte)	
		Verificados os níveis de oxigénio necessários para a viagem (cálculos para 2x as necessidades)	
		Dreno torácico funcionante e bem fixo sem trações (se aplicável)	
		Monitorização do ECG, FC e PNI - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
		Dois acessos vasculares/intraósseos funcionantes no mínimo e bem fixos	
		CVC se inotrópicos (femoral > jugular) – confirmar fixação	
	C	Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (ter lúmen livre para bólus)	
		Equipamentos perfusores em n.º suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
		Medicação pronta a usar (já diluída): bólus (não esquecer o *flush*) e perfusões	
		Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)	
		Catéter urinário bem fixo e livre de trações traumáticas (se aplicável)	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS		Avaliado estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVDS)	
		Avaliada glicémia antes da partida (ajustar fluidos de manutenção)	
		Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)	
	D	Proteger/tapar os olhos durante o transporte (se ventilado)	
		Analgesia, sedação e curarização adequadas (se aplicável)	
		Imobilizações de membros ajustadas sem compromisso neurocirculatório (se aplicável)	
		Avaliar temperatura e ajustar medidas externas	
	E	Criança/jovem coberta (manta térmica/gorro)	
		Confirmar imobilizações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)	
		O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem	
	F	O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência	
		O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)	
DOCs		Notas de evolução clínica da criança (diário médico e diário de enfermagem)	
		Relatórios/imagens de exames de imagiologia, resultados laboratoriais e outros ECD´s	
		Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte	

*Adaptado de Parkins, K. North West and North Wales Paediatric Critical Care Network: Transport Document. – NHS, 2013

EQUIPA

ASS.:_____ n.º mec.:_____ DATA: ____/____/_____

ASS.:_____ n.º mec.:_____

ANEXO IV

Checklist de Composição e Validades da Mala de Transporte Pediátrico

Via Aérea	***Quantidades***	***Validade***
Cabo de Laringoscópio + pilhas	1	
Lamina Laringoscópica nº 00 reta	1	
Lamina Laringoscópica nº 0 reta	1	
Lamina Laringoscópica nº 1 reta	1	
Lamina Laringoscópica nº 1 curva	1	
Lamina Laringoscópica nº 2 reta	1	
Lamina Laringoscópica nº 3 reta	1	
Pinça de Maguille pequena	1	
Pinça de Maguille grande	1	
Tubo endotraqueal nº 2	1	
Tubo endotraqueal nº 2.5	1	
Tubo endotraqueal nº 3	1	
Tubo endotraqueal nº 3.5	1	
Tubo endotraqueal nº 4	1	
Tubo endotraqueal nº 4.5	1	
Tubo endotraqueal nº 5	1	
Tubo endotraqueal nº 5.5	1	
Tubo endotraqueal nº 6	1	
Tubo endotraqueal nº 7	1	
Fio condutor neonatal	1	
Fio condutor pediátrico	1	
Fio condutor adulto	1	
Nastro	2x 60cm	
Sonda de aspiração nº 6	2	
Sonda de aspiração nº 8	2	
Sonda de aspiração nº 10	2	
Insuflador manual de balão neonatal	1	
Insuflador manual de balão pediátrico	1	
Tubo de oxigénio	1	
Mascara de ambú nº 0	1	
Mascara de ambú nº 1	1	
Oxissensor pediátrico	2	
Tubo de Guedell nº 00	1	
Tubo de Guedell nº 0	1	
Tubo de Guedell nº 1	1	
Tubo de Guedell nº 2	1	
Tubo de Guedell nº 3	1	
Bisnaga de lidocaína gel	1	
Respiração	***Quantidades***	***Validade***
Óculos nasais neonatais	1	
Óculos nasais pediátricos	1	
Óculos nasais adulto	1	
Máscara de aerossol pediátrica	1	
Mascara de aerossol adulto	1	
Mascara de alto débito pediátrica	1	
Mascara de alto débito adulto	1	
Mascara simples pediátrica	1	
Mascara simples adulto	1	
Mascara de Venturi	1	

Camara expansora + inalador pressurizado pediátrico	1	
Camara expansora + inalador pressurizado pediátrico adulto	1	
Circulação	***Quantidades***	***Validade***
Elétrodos pediátricos	2 conjuntos	
Elétrodos adulto	2 conjuntos	
Garrote	1	
Cateter Venoso Periférico nº 26 G	3	
Cateter Venoso Periférico nº 24 G	3	
Cateter Venoso Periférico nº 22 G	3	
Cateter Venoso Periférico nº 20 G	3	
Cateter Venoso Periférico nº 18 G	1	
Agulha intraóssea pediátrica	1	
Torneira 3 vias	2	
Seringa 1ml	5	
Seringa 2ml	5	
Seringa 5ml	5	
Seringa 10ml	5	
Seringa 20ml	2	
Seringa 50ml	2	
Seringa 50ml opaca	1	
Agulha diluição	3	
Prolongamento	2	
Prolongamento opaco	1	
Penso cateterismo periférico	3	
Sistema de soro	2	
Sistema de soro para seringas de perfusão	2	
Sistema de microgotas	1	
Bionector	3	
Diversos	***Quantidade***	***Validade***
Estetoscópio	1	
Spray solução alcoólica para desinfeção da pele	1	
Sonda Nasogástrica nº 6	1	
Sonda Nasogástrica nº 8	1	
Sonda Nasogástrica nº 10	1	
Saco coletor para sonda Nasogástrica	1	
Seringa de alimentação	1	
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Naso	4	
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Oro	4	
Compressas esterilizadas	4	
Compressas não esterilizadas	1	
Luvas não esterilizadas tamanho S	6 pares	
Luvas não esterilizadas tamanho M	6 pares	
Luvas não esterilizadas tamanho L	6 pares	
Luvas cirúrgicas nº 6	1	
Luvas cirúrgicas nº 6.5	1	
Luvas cirúrgicas nº 7	1	
Luvas cirúrgicas nº 7.5	1	
Luvas cirúrgicas nº 8	1	

Campo esterilizado com orifício	1	
Adesivo hipoalergénico Rolo	1	
Bata esterilizada	2	
Touca cirúrgica	2	
Tesoura	1	
Lamina de Bisturi nº 24	2	
Mascara facial simples	2	
Fio de sutura 2/0	1	
Máquina determinação da glicémia capilar	1	
Tiras determinação da glicémia capilar	1 caixa	
Lancetas punção capilar	5	
Gel para desfibrilhador	1	
Contentor de cortantes pequeno	1	
Alfinete de segurança	1	

Medicação	***Quantidade***	***Validade***
Adrenalina 1mg/ml	4	
Atropina 0,5mg/1ml	4	
Adenosina 3mg/2ml	4	
Amiodarona 150mg/3ml	2	
Aminofilina 240mg/10ml	2	
Bicarbonato de sódio 8,4%	1	
Clemastina 2mg/2ml	1	
Cloreto de cálcio 10% 10ml	2	
Diazepam ampola 10mg/2ml	2	
Diazepam rectal10mg/2,5ml	1	
Dinitrato de isossorbido 10mg/10ml	2	
Dopamina 200mg/5ml	1	
Etomidato (20mg/10ml)	1	
Fenitoina 250mg/5ml	1	
Fentanil (50mcg/ml)	1	
Flumazenilo 0,5mg/2ml	2	
Furosemida20mg/2ml	5	
Glucose 30% 20 ml	5	
Hidrocortisona 100mg	2	
Ibuprofeno suspensão oral	1	
Ketamina (50mg/ml)	1	
Lidocaina 1%	1	
Metamizol magnésico 2000mg/5ml	1	
Metoclopramida 10mg/2ml	1	
Midazolan 15mg/3ml	2	
Morfina 10mg/2ml	1	
Naloxona 0,4mg/ml	1	
Ondansetron 8mg/4ml	1	
Paracetamol suspensão oral	1	

Paracetamol retal 125mg	1	
Paracetamol retal 250 mg	1	
Paracetamol retal 500 mg	1	
Propofol 200mg/20ml	2	
Rocurónio (50mg/5ml)	1	
Salbutamol aerossol	1	
Salbutamol Suspensão pressurizada	1	
Sulfato Magnésio 1000mg/10ml	2	
Tiopental 500mg	1	
Tramadol 100mg/2ml	3	
NaCl 0,9% 10 ml	3	
NaCl 0,9% 100 ml	1	
NaCl 0,9% 500ml	1	
Água destilada 10 ml	3	
Dextrose 5% 100 ml	1	
Dextrose 5% 1000 ml	1	

Validado por: _____ Nº Mecanográfico: _____

Data: _____

ANEXO V

Registo de Abertura da Mala de Transporte Pediátrica

Data e Hora	Nº do Selo colocado	Motivo	Intervenção	Observações	Assinatura e nº mecanográfico
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		

APÊNDICE XII - QUESTIONARIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Questionário de Diagnostico de Situação

Para conclusão do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica é esperada a elaboração de um PIS seguindo a Metodologia de Trabalho de Projeto, com o intuito de identificar e melhorar uma problemática da prática clínica.

Para esse efeito, é nosso objetivo realizar uma caracterização da equipa de enfermagem deste SUMC numa primeira fase do questionário e posteriormente consultar a equipa acerca dos seus conhecimentos e opiniões sobre a temática do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, a realizar numa segunda fase, sendo que a totalidade do questionário é composto por respostas fechadas.

Este questionário pretende ser anonimo, não devendo colocar a sua identificação em qualquer das páginas do mesmo ou assiná-lo. A confidencialidade e o anonimato serão premissas fundamentais durante o tratamento dos dados que irão ser utilizados única e exclusivamente no decorrer deste projeto académico.

A sua colaboração no preenchimento do mesmo é fundamental para o desenvolvimento desde projeto pelo que desde já agradecemos a sua colaboração, colocando-nos ao dispor de esclarecer qualquer questão e a divulgar os dados obtidos e incluídos no Relatório, se for do vosso interesse.

Patrícia Oliveira Gouveia

Professor Orientador: António Casa Nova

O questionário é composto apenas por questões de resposta fechada, deve assinalar com um (x) a sua resposta. Se necessitar de anular a sua resposta coloque um círculo em redor da resposta que pretende anular.

Parte I – Caracterização da Equipa de Enfermagem

1.1. Género:

Masculino	
Feminino	

1.2. Idade:

Até aos 30 anos	
Dos 31 aos 40 anos	

Dos 41 aos 50 anos	
Mais de 50 anos	

1.3. Formação Académica:

Bacharelato	
Licenciatura	

Mestrado	
Doutoramento	

1.4. Especialização em Enfermagem:

Sem especilidade	
Médico-cirúrgica	
Saúde Mental	

Saúde Infantil e Pediátrica	
Reabilitação	
Saúde Materna e Obstetrícia	

1.5. Formação Especifica:

SBV	
SIV	
SAV Adulto	
SAV Pediátrico	

Transporte do doente critico	
Transporte do doente critico pediátrico	
Emergências Pediátricas	

1.6. Tempo de Experiência Profissional:

Sem Experiência	
Até 3 anos	
Entre 3 e 6 anos	

Entre 7 e 9 anos	
Entre 10 e 12 anos	
Mais de 12 anos	

1.7. Tempo de Experiência Profissional em Contexto de Urgência:

Sem Experiência	
Até 3 anos	
Entre 3 e 6 anos	

Entre 7 e 9 anos	
Entre 10 e 12 anos	
Mais de 12 anos	

1.8. Tempo de Experiência na área da Pediatria:

Sem Experiência	
Até 3 anos	
Entre 3 e 6 anos	

Entre 7 e 9 anos	
Entre 10 e 12 anos	
Mais de 12 anos	

Parte II – O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP)

2.1. Considera que o TIP se encontra bem estruturado no serviço onde trabalha?

Sim	Não

2.2. Considera pertinente o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço na área do TIP que vise a formação dos profissionais e o estruturamento do TIP?

Sim	Não

2.3. Considera-se confortável na prestação de cuidados durante o TIP?

Sim	Não

2.4. Considera que um profissional apto a realizar Transportes inter-hospitalares do doente critico adulto está igualmente apto a realizar TIP's?

Sim	Não

2.5. Considera que a mala de transporte utilizada para o transporte de adultos é adequada também ao TIP?

Sim	Não

2.6. Considera benéfico que existam registos no serviço dos TIP's realizados para efeitos estatísticos e proteção dos profissionais em caso de intercorrências?

Sim	Não

Muito obrigada pela sua colaboração e tempo despendido!

APÊNDICE XIII - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Objetivo Específico	Ativ. nº	Atividades a Desenvolver	Recursos		Indicadores de avaliação
			Humanos	Materiais	
1. Criar/adaptar ferramentas que facilitem a organização do TIP	1	Aquisição de conhecimentos e competências na área do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico e na área da prestação de cuidados à criança em situação critica, através da pesquisa em bases de dados eletrónicas e pesquisa livre	Enfermeiros orientadores, chefia de enfermagem do serviço e Professor orientador	Bases de dados eletrónicas, *guidelines* e protocolos de serviço, material informático	Validação do projeto e documentos criados pela chefia e pelo professor orientador.
	2	Aquisição de conhecimentos e competências na área do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico e na área da prestação de cuidados à criança em situação critica nos diferentes contextos de estágio.			
	3	Participação no planeamento do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico na prática clínica.			
	4	Realização de transporte inter-hospitalar pediátrico em contexto de estágio.			
	5	Elaboração de proposta para criação de mala para Transporte Inter-hospitalar Pediátrico.			
	6	Elaboração/adaptação de documento de avaliação da criança e necessidades da mesma.			
	7	Elaboração de documento de bolso de consulta rápida, de ajuda à prestação de cuidados ao doente critico em idade pediátrica em contexto de TIP			
	8	Divulgação do projeto e documentos elaborados à chefia e professor orientador para recolha de sugestões e elaboração de posteriores alterações			
	9	Elaboração de norma de procedimento em serviço do TIP			

2. Realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e temáticas relacionadas	**10**	Aquisição de conhecimentos e competências na área do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico através da pesquisa em bases de dados eletrónicas e pesquisa livre, bem como na prática durante o Estágio Final.	Equipa de enfermagem, chefia de enfermagem do serviço e professor orientador	Bases de dados eletrónicas, *guidelines* e protocolos de serviço, material informático, sala de formação do hospital, computador e projetor, questionários de avaliação das formações	Adesão às sessões de formação e *feed-back* positivo das formações
	11	Apresentação do projeto de intervenção em serviço e dos resultados do diagnostico de situação á equipa de enfermagem e recolha de feed-back e sugestões de melhoria.			
	12	Realização de ação de formação para enfermeiros sobre Suporte Avançado de Vida Pediátrico.			
	13	Avaliação da sessão de formação através de questionário de aquisição de conhecimentos e sugestões de melhorias para futuras apresentações.			
	14	Realização de ação de formação para enfermeiros sobre Transporte Inter-hospitalar Pediátrico.			
	15	Avaliação da sessão de formação e recolha de sugestões de melhorias para futuras apresentações.			
3. Organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP	**16**	Elaboração de folha de registos de TIP em EXCEL®	Equipa de enfermagem, chefia de enfermagem do serviço e professor orientador	Bases de dados eletrónicas, *guidelines* e protocolos de serviço, material informático	Validação do método de registos elaborado por parte da equipa e da chefia de enfermagem
	17	Elaboração de impresso de registos pré, durante e pós-transporte para implementar no serviço.			
	18	Validação do processo de registos com a equipa de enfermagem e chefia através de período experimental de aplicação.			

APÊNDICE XIV– CRONOGRAMA DO PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Cronograma do Planeamento das Atividades

Mês \ Atividade	Maio 2018	Junho 2018	Julho 2018	Agosto 2018	Setembro 2018	Outubro 2018	Novembro 2018	Dezembro 2018	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	Março 2019
Atividade 1											
Atividade 2											
Atividade 3											
Atividade 4											
Atividade 5											
Atividade 6											
Atividade 7											
Atividade 8											
Atividade 9	A definir depois de validado o projeto										
Atividade 10											
Atividade 11	A definir depois de validado o projeto										
Atividade 12	A definir depois de validado o projeto										
Atividade 13	Após realização da atividade 12										
Atividade 14	A definir depois de validado o projeto										
Atividade 15	Após realização da atividade 14										
Atividade 16											
Atividade 17											
Atividade 18	A definir depois de validado o projeto										

APÊNDICE XV - NORMA DE CRIAÇÃO E MANUTENÇÃO DA MALA DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Norma de Criação e Manutenção da Mala de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

Introdução

O transporte inter-hospitalar de doentes funciona como forma de aproximar os recursos humanos e materiais dos doentes que deles necessitam, tendo especial relevância quando se fala de cuidados intensivos ou de intervenção cirúrgica de urgência, sendo uma peça fundamental da cadeia de assistência ao doente. (Mata et al., 2017)

Em contexto pediátrico, o transporte inter-hospitalar tem vindo a tornar-se progressivamente uma componente imprescindível no tratamento de crianças, tendo sido este fortemente influenciado pelas condições socioeconómicas e culturais do país. (Philpot, Day, Marcdante & Gorelick, 2008) A centralização de instituições de saúde que prestam cuidados a crianças, o desenvolvimento e especialização de unidades de cuidados intensivos pediátricos, centros cardíacos e cirúrgicos para crianças e também a ocupação das regiões menos urbanas por parte da população, são fatores associados a uma alteração na igualdade de acesso a cuidados especializados, obrigando à procura de novas alternativas para que estes sejam assegurados, tornando-se aqui o transporte de doentes imprescindível. (Ratnavel, 2013), (Quinn, Pierce & Adler, 2015) Assim, as equipas que prestam cuidados a crianças devem estar despertas para esta realidade, trabalhando para a promoção e melhoria do transporte inter-hospitalar pediátrico pois é possível confirmar através da literatura que o aumento progressivo do transporte especializado pediátrico está diretamente relacionado com melhores resultados e segurança para os doentes. (Stroud et al., 2013)

Para a população pediátrica, o transporte é uma peça chave da cadeia de sobrevivência quando falamos de crianças gravemente doentes e também da possibilidade de continuidade de cuidados de qualidade. (Mata et al., 2017) A decisão de transportar uma criança é tomada depois de serem pesados cuidadosamente os riscos e benefícios do processo, sendo que este só é efetuado quando os benefícios e contributos para a melhoria

do estado clínico e o impacto positivo na redução da mortalidade estão presentes. (Philpot et al., 2008)

A importância de diferenciar a todos os níveis o transporte de adultos do transporte pediátrico, e ainda mais o transporte neonatal, passa pelas particularidades da criança, sua fisiopatologia e das suas necessidades enquanto doente, sendo que toda a preparação e planeamento deve ser particularmente pensado para as suas características especiais. (Mata et al., 2017) Para que isto se verifique, e quando o hospital de origem não consegue responder de forma adequadas às necessidades da criança, esta deve ser transferida para outra instituição, mas os riscos inerentes devem ser calculados, previstos e resolvidos durante este transporte, sendo necessária, portanto, uma equipa qualificada, um meio de transporte adequado e uma mala de transporte que contemple todo o material que possa vir a ser necessário. Tendo então uma equipa multidisciplinar competente e o meio de transporte assegurado, fatores que dependem maioritariamente das instituições, aos profissionais fica incumbida a preparação de todo o material a transportar com a criança, que pode faze toda a diferença na atuação destes perante uma situação critica e aguda durante o transporte. (Stroud et al., 2013)

Para contribuir para o sucesso do transporte inter-hospitalar pediátrico, a literatura é coerente quando afirma que equipas especializadas proporcionam melhores cuidados e melhores resultados. Por outro lado, não é tao consensual em relação à composição das equipas de transporte e métodos de atuação, mas volta a concordar que a experiência na área é fundamental, bem como a existência de um planeamento prévio de rotinas antes, durante e depois do transporte, que resulte na pratica e que seja do conhecimento de toda a equipa que realiza transportes, sendo que neste planeamento deve estar previamente estipulado e preparado o material a utilizar durante o transporte. Para isto, os serviços que realizam transportes de crianças devem dotar as suas equipas de conhecimentos teóricos, práticos e também de todo o material necessário, adequado à população de quem cuidam, trabalhando na direção de as tornar excelentes na prestação de cuidados não só dentro das unidades hospitalares, mas também fora delas. (Stroud et al., 2013) Aliando esta informação ao facto de que um dos objetivos primordiais do planeamento do transporte inter-hospitalar pediátrico eficaz é minimizar o tempo que a equipa demora a iniciar o transporte e posteriormente o tempo de chegada ao hospital de destino, sendo que este ultimo não depende exclusivamente dos profissionais, podendo estar relacionado com a distancia, condições climatéricas e transito, está nas mãos dos profissionais controlar e

encurtar a primeira fase do transporte. Isto passa então pela previa preparação de todo o material necessário ao transporte. Para isto, surge a necessidade da criação de uma mala de transporte, que esteja previamente preparada antes do transporte e que disponha de todo o material que possa fazer falta na assistência à criança a transportar, evitando que na hora da realização do transporte se perca tempo na preparação do material. (Hilary, Whyte & Jefferies, 2015)

Neste caso em específico, a mala que se pretende preparar deve dar resposta a crianças que tenham até aproximadamente 50 quilos, sendo que as que tenham um peso superior podem ser transportadas com a mala de transporte de adultos. Importa também referir que a mesma foi planeada baseando-nos na experiência profissional dos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos de neonatologia, dos enfermeiros de um serviço de urgência pediátrico e na mala de transporte em utilização desse serviço, bem como numa circular informativa acerca da atuação da equipa de emergência médica intra-hospitalar do centro hospitalar desse último serviço.

Material a incluir na mala de transporte

Via Aérea	***Quantidades***
Cabo de Laringoscópio + pilhas	1
Lamina Laringoscópica nº 00 reta	1
Lamina Laringoscópica nº 0 reta	1
Lamina Laringoscópica nº 1 reta	1
Lamina Laringoscópica nº 1 curva	1
Lamina Laringoscópica nº 2 reta	1
Lamina Laringoscópica nº 3 reta	1
Pinça de Maguille pequena	1
Pinça de Maguille grande	1
Tubo endotraqueal nº 2	1
Tubo endotraqueal nº 2.5	1
Tubo endotraqueal nº 3	1
Tubo endotraqueal nº 3.5	1
Tubo endotraqueal nº 4	1
Tubo endotraqueal nº 4.5	1
Tubo endotraqueal nº 5	1
Tubo endotraqueal nº 5.5	1
Tubo endotraqueal nº 6	1
Tubo endotraqueal nº 7	1
Fio condutor neonatal	1
Fio condutor pediátrico	1
Fio condutor adulto	1
Nastro	2x 60cm
Sonda de aspiração nº 6	2
Sonda de aspiração nº 8	2
Sonda de aspiração nº 10	2
Insuflador manual de balão neonatal	1
Insuflador manual de balão pediátrico	1
Tubo de oxigénio	1
Mascara de ambú nº 0	1
Mascara de ambú nº 1	1
Oxissensor pediátrico	2
Tubo de Guedell nº 00	1
Tubo de Guedell nº 0	1
Tubo de Guedell nº 1	1
Tubo de Guedell nº 2	1
Tubo de Guedell nº 3	1
Bisnaga de lidocaína gel	1
Respiração	***Quantidades***
Óculos nasais neonatais	1
Óculos nasais pediátricos	1
Óculos nasais adulto	1
Máscara de aerossol pediátrica	1
Mascara de aerossol adulto	1
Mascara de alto débito pediátrica	1
Mascara de alto débito adulto	1

Mascara simples pediátrica	1
Mascara simples adulto	1
Mascara de Venturi	1
Camara expansora + inalador pressurizado pediátrico	1
Camara expansora + inalador pressurizado pediátrico adulto	1
Circulação	***Quantidades***
Elétrodos pediátricos	2 conjuntos
Elétrodos adulto	2 conjuntos
Garrote	1
Cateter Venoso Periférico nº 26 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 24 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 22 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 20 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 18 G	1
Agulha intraóssea pediátrica	1
Torneira 3 vias	2
Seringa 1ml	5
Seringa 2ml	5
Seringa 5ml	5
Seringa 10ml	5
Seringa 20ml	2
Seringa 50ml	2
Seringa 50ml opaca	1
Agulha diluição	3
Prolongamento	2
Prolongamento opaco	1
Penso cateterismo periférico	3
Sistema de soro	2
Sistema de soro para seringas de perfusão	2
Sistema de microgotas	1
Bionector	3
Diversos	***Quantidade***
Estetoscópio	1
Spray solução alcoólica para desinfeção da pele	1
Sonda Nasogástrica nº 6	1
Sonda Nasogástrica nº 8	1
Sonda Nasogástrica nº 10	1
Saco coletor para sonda Nasogástrica	1
Seringa de alimentação	1
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Naso	4
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Oro	4
Compressas esterilizadas	4
Compressas não esterilizadas	1
Luvas não esterilizadas tamanho S	6 pares
Luvas não esterilizadas tamanho M	6 pares
Luvas não esterilizadas tamanho L	6 pares
Luvas cirúrgicas nº 6	1
Luvas cirúrgicas nº 6.5	1

Luvas cirúrgicas nº 7	1
Luvas cirúrgicas nº 7.5	1
Luvas cirúrgicas nº 8	1
Campo esterilizado com orifício	1
Adesivo hipoalergénico Rolo	1
Bata esterilizada	2
Touca cirúrgica	2
Tesoura	1
Lamina de Bisturi nº 24	2
Mascara facial simples	2
Fio de sutura 2/0	1
Máquina determinação da glicémia capilar	1
Tiras determinação da glicémia capilar	1 caixa
Lancetas punção capilar	5
Gel para desfibrilhador	1
Contentor de cortantes pequeno	1
Alfinete de segurança	1
Fita de Broselow	1

Medicação	**Quantidade**
Adrenalina 1mg/ml	4
Atropina 0,5mg/1ml	4
Adenosina 3mg/2ml	4
Amiodarona 150mg/3ml	2
Aminofilina 240mg/10ml	2
Bicarbonato de sódio 8,4%	1
Clemastina 2mg/2ml	1
Cloreto de cálcio 10% 10ml	2
Diazepam ampola 10mg/2ml	2
Diazepam rectal10mg/2,5ml	1
Dinitrato de isossorbido 10mg/10ml	2
Dopamina 200mg/5ml	1
Etomidato (20mg/10ml)	1
Fenitoina 250mg/5ml	1
Fentanil (50mcg/ml)	1
Flumazenilo 0,5mg/2ml	2
Furosemida20mg/2ml	5
Glucose 30% 20 ml	5
Hidrocortisona 100mg	2
Ibuprofeno suspensão oral	1
Ketamina (50mg/ml)	1
Lidocaina 1%	1
Metamizol magnésico 2000mg/5ml	1
Metoclopramida 10mg/2ml	1
Midazolan 15mg/3ml	2
Morfina 10mg/2ml	1
Naloxona 0,4mg/ml	1

Ondansetron 8mg/4ml	1
Paracetamol suspensão oral	1
Paracetamol retal 125mg	1
Paracetamol retal 250 mg	1
Paracetamol retal 500 mg	1
Propofol 200mg/20ml	2
Rocurónio (50mg/5ml)	1
Salbutamol aerossol	1
Salbutamol Suspensão pressurizada	1
Sulfato Magnésio 1000mg/10ml	2
Tiopental 500mg	1
Tramadol 100mg/2ml	3
NaCl 0,9% 10 ml	3
NaCl 0,9% 100 ml	1
NaCl 0,9% 500ml	1
Água destilada 10 ml	3
Dextrose 5% 100 ml	1
Dextrose 5% 1000 ml	1

Manutenção e operacionalização da mala

Para que a mala de transporte se encontre sempre operacional, de forma a que quando for necessária, esteja reposta e completa, deve ser feita uma verificação mensal das quantidades, acondicionamento e validades do material e esta deve ser registada em documento como o do Apêndice I. Deve efetuar-se a troca dos fármacos ou material três meses antes da data de fim da sua validade e por fim deve selar-se a mala de transporte após cada verificação ou reposição. Esta abertura e consequente selagem devem ser realizadas com recurso a selos próprios, disponibilizados pela instituição e deve ser registada em documento como o do Apêndice II.

Após utilização da mala, o profissional que a utilizou deve proceder à sua higienização e reposição, de acordo com a lista indicada neste documento. Também este processo deve ser registado na folha de abertura da mala, Apêndice II.

O serviço deverá definir um dia fixo e imputar a função a um profissional específico, ou equipa, para a realização das verificações periódicas da mala, de forma a que não existam esquecimentos ou erros. Esta verificação pode ocorrer no mesmo dia da verificação do carro de emergência, visto que a periodicidade é a mesma. (DGS, 2011)

Outro material a considerar no transporte

Para a operacionalização do transporte, para além da mala de material acima definida, deve acompanhar a criança e a equipa de profissionais que irá realizar o transporte também a incubadora de transporte ou cadeira de transporte (0+), conforme necessidades clínicas e peso da criança, um ventilador com capacidade para ventilação não invasiva e ventilação invasiva e traqueias adequadas para funcionamento do sistema ventilatório. Uma bala de oxigénio, e outra de ar comprimido, material para aspiração de secreções, monitor cardíaco ou monitor de oximetria, e seringa/bomba infusora. De salientar que algum deste material poderá estar disponível na ambulância que ira realizar o transporte, pelo que deixa de ser necessária a preparação e transporte por parte da equipa que transporta a criança. (Hilary et al., 2015)

Bibliografia

Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação da DGS nº 008/2011 de 28 de Março: Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro.

Hilary, Whyte, H. & Jefferies, A. (2015) Paediatrics & Child Health. Paediatrics & Child Health . 20(5): 265–269. Disponível em: https://academic.oup.com/pch/article/20/5/265/2648917

Mata, M., Escobar, M., Cabrerizo, M., Gómez, R., González, J., & López-Herce Cid. (2017). Transporte pediátrico y neonatal en Espana, Portugal y Latinoamérica. Medicina Intensiva. 41 (3): 133-200. Disponível em: http://medintensiva.org/es-transporte-pediatrico-neonatal-espana-portugal-articulo-S0210569116301322

Philpot, C., Day, S., Marcdante, K., & Gorelick, M. (2008). Pediatric interhospital transport: Diagnostic discordance and hospital mortality. Pediatr Crit Care Med, 9(1):15-19. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477908

Quinn, J., Pierce, C., & Adler, M. (2015) Factors Associated With Mode of Transport Decision Making for Pediatric-Neonatal Interfacility Transport. Air Medical Journal, 34(1): 44-51. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25542728

Ratnavel, N. (2013). Evaluating and improving neonatal transport services. Early Human Development, 89: 851–853. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094330

Stroud, H., Trautman, S., Meyer, K., Moss, M., Schwartz, P., Bigham, T., Tsarouhas, N., Douglas, P., Romito, J., Hauft, S., Meyer, T., & Insoft, R. (2013). Pediatric and Neonatal Interfacility Transport: Results From a National Consensus Conference. Pediatrics. 132(2): 359-366. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23821698

APÊNDICE I

- Verificação mensal da composição e validades da mala de transporte -

Verificação mensal da composição e validades da mala de transporte

Via Aérea	***Quantidades***	***Validade***
Cabo de Laringoscópio + pilhas	1	
Lamina Laringoscópica nº 00 reta	1	
Lamina Laringoscópica nº 0 reta	1	
Lamina Laringoscópica nº 1 reta	1	
Lamina Laringoscópica nº 1 curva	1	
Lamina Laringoscópica nº 2 reta	1	
Lamina Laringoscópica nº 3 reta	1	
Pinça de Maguille pequena	1	
Pinça de Maguille grande	1	
Tubo endotraqueal nº 2	1	
Tubo endotraqueal nº 2.5	1	
Tubo endotraqueal nº 3	1	
Tubo endotraqueal nº 3.5	1	
Tubo endotraqueal nº 4	1	
Tubo endotraqueal nº 4.5	1	
Tubo endotraqueal nº 5	1	
Tubo endotraqueal nº 5.5	1	
Tubo endotraqueal nº 6	1	
Tubo endotraqueal nº 7	1	
Fio condutor neonatal	1	
Fio condutor pediátrico	1	
Fio condutor adulto	1	
Nastro	2x 60cm	
Sonda de aspiração nº 6	2	
Sonda de aspiração nº 8	2	
Sonda de aspiração nº 10	2	
Insuflador manual de balão neonatal	1	
Insuflador manual de balão pediátrico	1	
Tubo de oxigénio	1	
Mascara de ambú nº 0	1	
Mascara de ambú nº 1	1	
Oxissensor pediátrico	2	
Tubo de Guedell nº 00	1	
Tubo de Guedell nº 0	1	
Tubo de Guedell nº 1	1	
Tubo de Guedell nº 2	1	
Tubo de Guedell nº 3	1	
Bisnaga de lidocaína gel	1	
Respiração	***Quantidades***	***Validade***
Óculos nasais neonatais	1	
Óculos nasais pediátricos	1	
Óculos nasais adulto	1	
Máscara de aerossol pediátrica	1	
Mascara de aerossol adulto	1	

Mascara de alto débito pediátrica	1	
Mascara de alto débito adulto	1	
Mascara simples pediátrica	1	
Mascara simples adulto	1	
Mascara de Venturi	1	
Camara expansora + inalador pressurizado pediátrico	1	
Camara expansora + inalador pressurizado pediátrico adulto	1	
Circulação	***Quantidades***	***Validade***
Elétrodos pediátricos	2 conjuntos	
Elétrodos adulto	2 conjuntos	
Garrote	1	
Cateter Venoso Periférico nº 26 G	3	
Cateter Venoso Periférico nº 24 G	3	
Cateter Venoso Periférico nº 22 G	3	
Cateter Venoso Periférico nº 20 G	3	
Cateter Venoso Periférico nº 18 G	1	
Agulha intraóssea pediátrica	1	
Torneira 3 vias	2	
Seringa 1ml	5	
Seringa 2ml	5	
Seringa 5ml	5	
Seringa 10ml	5	
Seringa 20ml	2	
Seringa 50ml	2	
Seringa 50ml opaca	1	
Agulha diluição	3	
Prolongamento	2	
Prolongamento opaco	1	
Penso cateterismo periférico	3	
Sistema de soro	2	
Sistema de soro para seringas de perfusão	2	
Sistema de microgotas	1	
Bionector	3	
Diversos	***Quantidade***	***Validade***
Estetoscópio	1	
Spray solução alcoólica para desinfeção da pele	1	
Sonda Nasogástrica nº 6	1	
Sonda Nasogástrica nº 8	1	
Sonda Nasogástrica nº 10	1	
Saco coletor para sonda Nasogástrica	1	
Seringa de alimentação	1	
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Naso	4	
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Oro	4	
Compressas esterilizadas	4	
Compressas não esterilizadas	1	
Luvas não esterilizadas tamanho S	6 pares	
Luvas não esterilizadas tamanho M	6 pares	
Luvas não esterilizadas tamanho L	6 pares	

Luvas cirúrgicas nº 6	1	
Luvas cirúrgicas nº 6.5	1	
Luvas cirúrgicas nº 7	1	
Luvas cirúrgicas nº 7.5	1	
Luvas cirúrgicas nº 8	1	
Campo esterilizado com orifício	1	
Adesivo hipoalergénico Rolo	1	
Bata esterilizada	2	
Touca cirúrgica	2	
Tesoura	1	
Lamina de Bisturi nº 24	2	
Mascara facial simples	2	
Fio de sutura 2/0	1	
Máquina determinação da glicémia capilar	1	
Tiras determinação da glicémia capilar	1 caixa	
Lancetas punção capilar	5	
Gel para desfibrilhador	1	
Contentor de cortantes pequeno	1	
Alfinete de segurança	1	

Medicação	**Quantidade**	***Validade***
Adrenalina 1mg/ml	4	
Atropina 0,5mg/1ml	4	
Adenosina 3mg/2ml	4	
Amiodarona 150mg/3ml	2	
Aminofilina 240mg/10ml	2	
Bicarbonato de sódio 8,4%	1	
Clemastina 2mg/2ml	1	
Cloreto de cálcio 10% 10ml	2	
Diazepam ampola 10mg/2ml	2	
Diazepam rectal10mg/2,5ml	1	
Dinitrato de isossorbido 10mg/10ml	2	
Dopamina 200mg/5ml	1	
Etomidato (20mg/10ml)	1	
Fenitoina 250mg/5ml	1	
Fentanil (50mcg/ml)	1	
Flumazenilo 0,5mg/2ml	2	
Furosemida20mg/2ml	5	
Glucose 30% 20 ml	5	
Hidrocortisona 100mg	2	
Ibuprofeno suspensão oral	1	
Ketamina (50mg/ml)	1	
Lidocaina 1%	1	
Metamizol magnésico 2000mg/5ml	1	
Metoclopramida 10mg/2ml	1	
Midazolan 15mg/3ml	2	
Morfina 10mg/2ml	1	
Naloxona 0,4mg/ml	1	

Ondansetron 8mg/4ml	1	
Paracetamol suspensão oral	1	
Paracetamol retal 125mg	1	
Paracetamol retal 250 mg	1	
Paracetamol retal 500 mg	1	
Propofol 200mg/20ml	2	
Rocurónio (50mg/5ml)	1	
Salbutamol aerossol	1	
Salbutamol Suspensão pressurizada	1	
Sulfato Magnésio 1000mg/10ml	2	
Tiopental 500mg	1	
Tramadol 100mg/2ml	3	
NaCl 0,9% 10 ml	3	
NaCl 0,9% 100 ml	1	
NaCl 0,9% 500ml	1	
Água destilada 10 ml	3	
Dextrose 5% 100 ml	1	
Dextrose 5% 1000 ml	1	

Validado por: _____ Nº Mecanográfico: _____

Data: _____

APÊNDICE II

- Registo de abertura da mala de transporte –

Registo de Abertura da mala de transporte

Data e Hora	Nº do Selo colocado	Motivo	Intervenção	Observações	Assinatura e nº mecanográfico
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		
_____/_____/_____ _____:_____		VERIFICAÇÃO MENSAL □ UTILIZAÇÃO □	REPOSIÇÃO □ CHECK-LIST □ VALIDADE □		

Baseado no documento Orientação 008/201 de 28/03/2011 da DGS.

APÊNDICE XVI – LIVRO DE BOLSO PARA EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

LIVRO DE BOLSO

PARA EMERGENCIAS PEDIATRICAS

Recomendações ERC 2015

Patrícia Oliveira Gouveia

2019

ÍNDICE

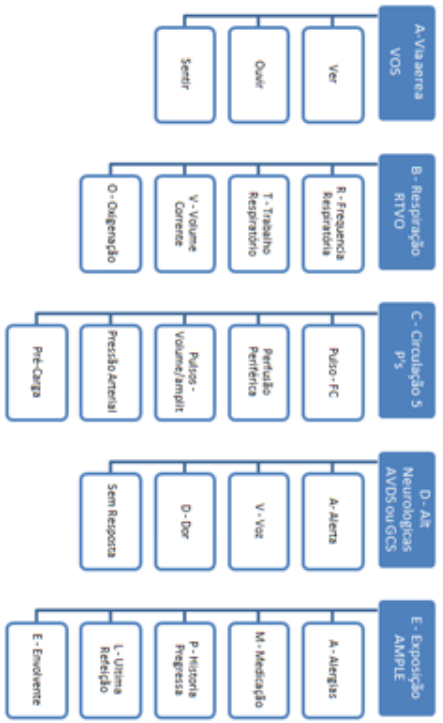
1. Parâmetros Vitais de Referência em Pediatria
2. Abordagem ABCDE
3. Abordagem e tratamento sistemáticos da criança gravemente doente
4. Escolha do tamanho do TET
5. Verificação da correta localização do TET
6. Parâmetros Ventilatórios para Ventilador Mecânico
7. Fármacos na Reanimação
8. Febre
9. Fármacos por Patologia
10. Fármacos Usados na Entubação Endotraqueal
11. Sedação em Perfusão
12. Algoritmo SBVP
13. Algoritmo SAVP
14. Tiras de Ritmos Não Desfibrilháveis
15. Algoritmo PCR: Ritmos Não Desfibrilháveis
16. Tiras de Ritmos Desfibrilháveis
17. Algoritmo PCR: Ritmos Desfibrilháveis
18. Algoritmo Suporte de Vida Neonatal
19. Índice de Apgar
20. Fármacos no Período Neonatal

PARÂMETROS VITAIS DE REFERÊNCIA EM PEDIATRIA

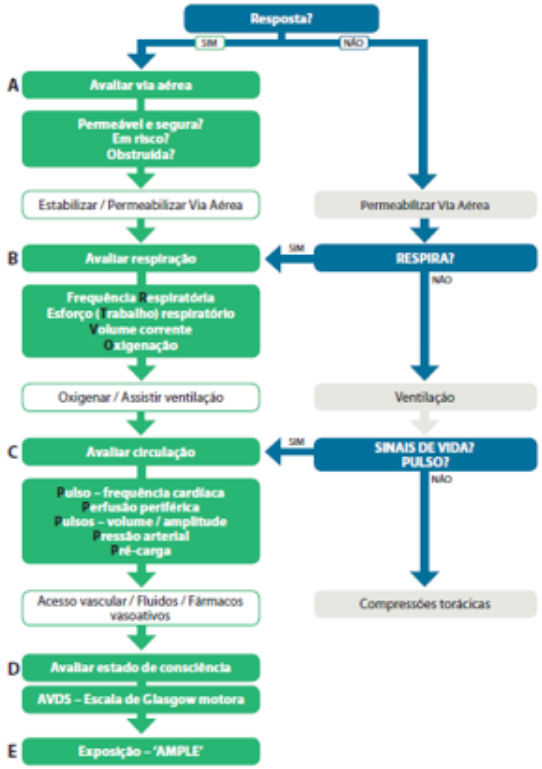
Idade	FC (limite superior)	FR (limite superior)
Recém-nascido	120 (175)	35 (55)
1 ano	110 (170)	30 (40)
2 anos	100 (160)	25 (30)
6 anos	90 (130)	20 (25)
12 anos	80 (100)	15 (20)

Idade	Pressão sistólica (limite inferior)	Pressão média (limite inferior)
Recém-nascido	60 (50)	45 (35)
1 ano	80 (70)	55 (40)
2 anos	90 + 2 x idade (70 + 2 x idade)	55 + 1.5 x idade (40 + 1.5 x idade)
6 anos	90 + 2 x idade (70 + 2 x idade)	55 + 1.5 x idade (40 + 1.5 x idade)
12 anos	120 (90)	80 (65)

ABORDAGEM ABCDE



ABORDAGEM E TRATAMENTO SISTEMÁTICOS DA CRIANÇA GRAVEMENTE DOENTE



ESCOLHA DO TAMANHO DO TET

Idade	Peso (kg)	TET (Diâmetro interno em mm)	Distancia ao lábio	Distancia ao nariz	Lamina laringoscópica
RN prematuro	≤3	2-3	1,2,3 (kg) = 7,8,9 cm	6-10,5	00-0 reta)
RN Termo	3,5	3-3,5	9	11	0 reta
3 meses	6	3,5	10	12	1 reta
1 ano	10	4	11	14	1 curva
2 anos	12	4,5	12	15	1-2 curva
3 anos	14	4,5	13	16	1-2 curva
4 anos	16	5	14	17	1-2 curva
6 anos	20	5,5	15	19	1-2 curva
8 anos	24	6	16	20	2-3 curva
10 anos	30	6,5	17	21	2-3 curva
12 anos	38	7	18	22	2-3 curva
14 anos	50	7,5	19	23	4

- Crianças com > 1 ano: diâmetro do TET= (Idade/4) +4
- Diâmetro do TET igual ao tamanho 5º dedo
- Comprimento a introduzir do tubo oral igual 3x diâmetro interno (até 12 anos)
- Tubos com Cuff a partir dos 8 anos

VERIFICAÇÃO DA CORRETA LOCALIZAÇÃO DO TET

PARÂMETROS VENTILATÓRIO PARA VENTILADOR MECÂNICO

FiO2	Iniciar com 100% e reduzir até <60% se possível
FR (ciclos por minuto)	1-6 meses: 30-40 6 meses – 2 anos:25-30 2-5 anos: 20-25 5-10 anos: 15-20 >10 anos: 15
PEEP	5 cm H2O
PIP max.	20-25 cm H2O
Volume corrente (controlado)	7-10 ml/kg
Volume minuto (L/min)	(Volume corrente x Frequência respiratória) / 1000

FÁRMACOS NA REANIMAÇÃO

Medicação	Dosagem	Dose Máxima	Via de Administração		
			EV	IO	IM
Adrenalina	10mcg/kg (1mg diluído em 10ml= 0,1ml/kg)	--	✓	✓	X
Amiodarona	5mg/kg	15mg/kg/dia	✓	✓	X
Adenosina	0,1mg/kg	6mg	✓	X	X
Lidocaína	Dose de Carga: 1mg/kg – Perfusão:25-50mcg/kg/min	100mg/dose	✓	X	X
Atropina	20mcg/kg	3mg	✓	✓	X
Bicarbonato de Sódio	1mEq/kg (Solução 8,4% - 1ml/kg OU solução 4,2% - 2ml/kg	--	✓	✓	X
Cálcio	- Gluconato de Cálcio 10% - 0,4ml/kg - Cloreto de Cálcio 10% - 0,2ml/kg	- 20 ml - 10ml	✓	X	X
Glicose	2-4ml/kg (Glicose 10%	--	✓	X	X
Naloxona	10-40mcg/kg	2mg	✓	✓	✓
Fluidos em bolus na reanimação (SF)	20ml/kg		✓	✓	X

Cálculo de perfusão:

- **Adrenalina/noradrenalina:** Diluir 1mg/50ml
  Ritmo perfusão (ml/h) = peso/3 = 0,1mcg/kg/min
- **Dopamina/Dobutamina:** Diluir 50mg/50ml
  Ritmo de perfusão (ml/h) = peso/3 = 5mcg/kg/min

FEBRE

Paracetamol

Oral 15mg/kg/dose

Cálculo para ml: (15 x peso) / dosagem fármaco

Retal

<10kg – 125mg

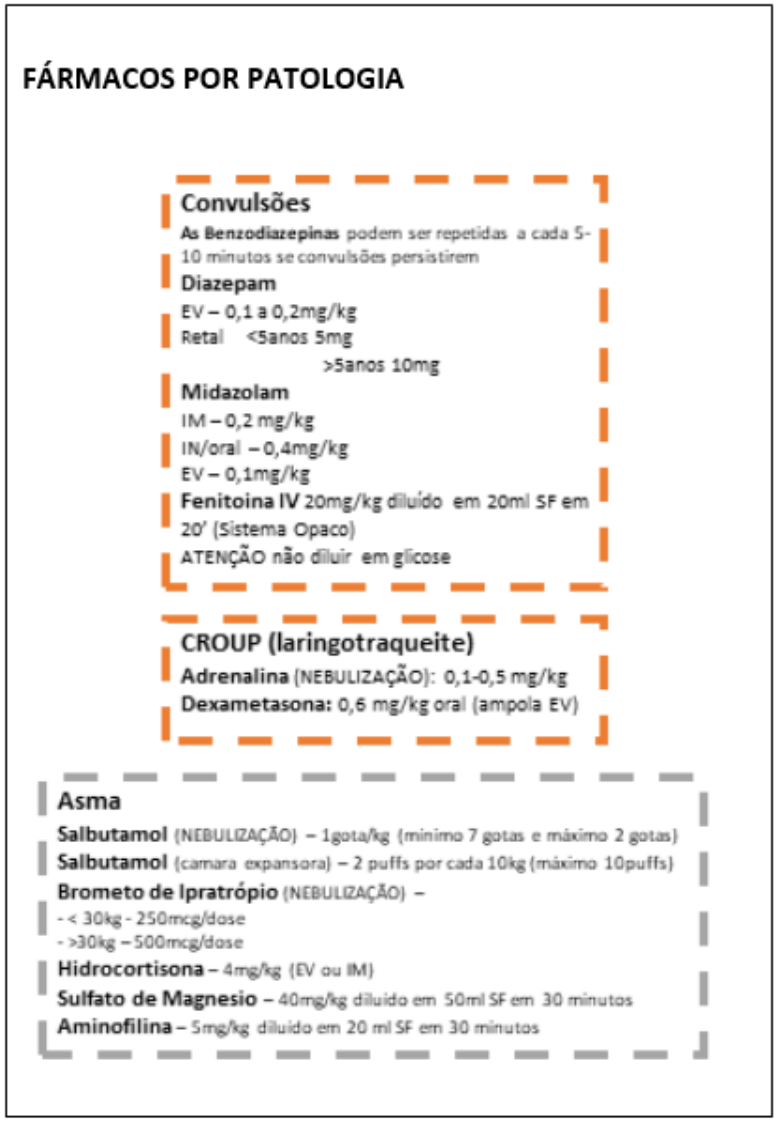
10-20kg – 250mg

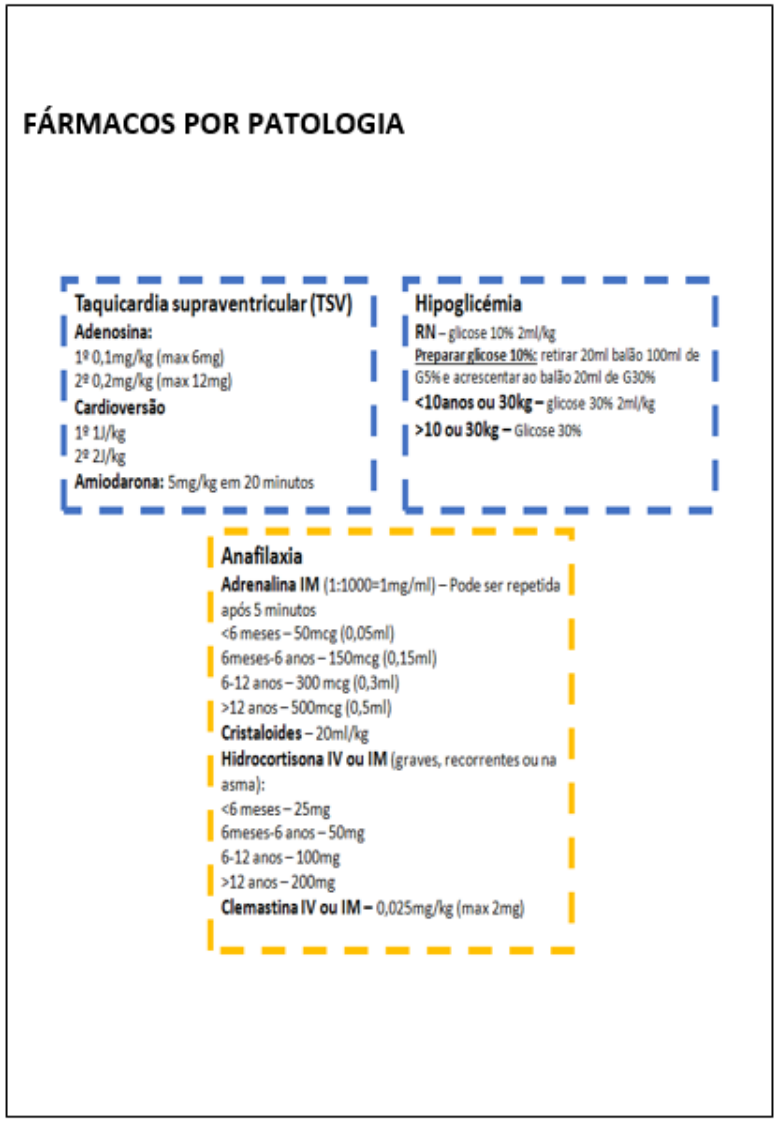
>20kg 500mg

Ibuprofeno

Oral 7mg/kg/dose

Cálculo para ml: (7 x peso) / dosagem fármaco

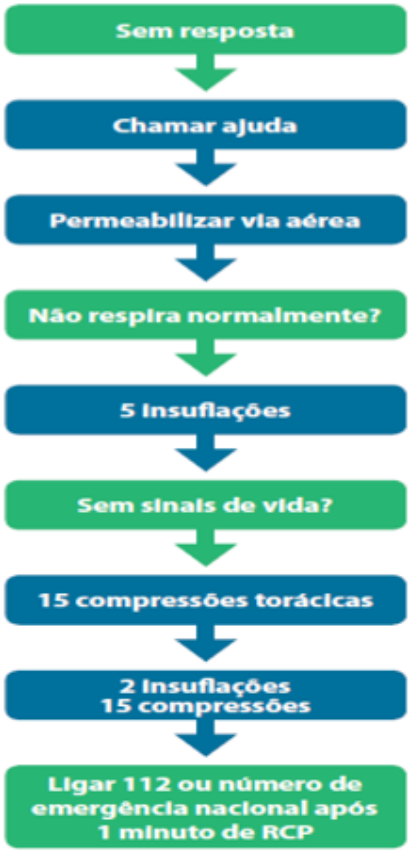

FÁRMACOS POR PATOLOGIA
Convulsões
As Benzodiazepinas podem ser repetidas a cada 5-10 minutos se convulsões persistirem
Diazepam
EV – 0,1 a 0,2mg/kg
Retal <5anos 5mg
>5anos 10mg
Midazolam
IM – 0,2 mg/kg
IN/oral – 0,4mg/kg
EV – 0,1mg/kg
Fenitoina IV 20mg/kg diluído em 20ml SF em 20' (Sistema Opaco)
ATENÇÃO não diluir em glicose
CROUP (laringotraqueite)
Adrenalina (NEBULIZAÇÃO): 0,1-0,5 mg/kg
Dexametasona: 0,6 mg/kg oral (ampola EV)
Asma
Salbutamol (NEBULIZAÇÃO) – 1gota/kg (mínimo 7 gotas e máximo 2 gotas)
Salbutamol (camara expansora) – 2 puffs por cada 10kg (máximo 10puffs)
Brometo de Ipratrópio (NEBULIZAÇÃO) –
- < 30kg - 250mcg/dose
- >30kg – 500mcg/dose
Hidrocortisona – 4mg/kg (EV ou IM)
Sulfato de Magnesio – 40mg/kg diluído em 50ml SF em 30 minutos
Aminofilina – 5mg/kg diluído em 20 ml SF em 30 minutos

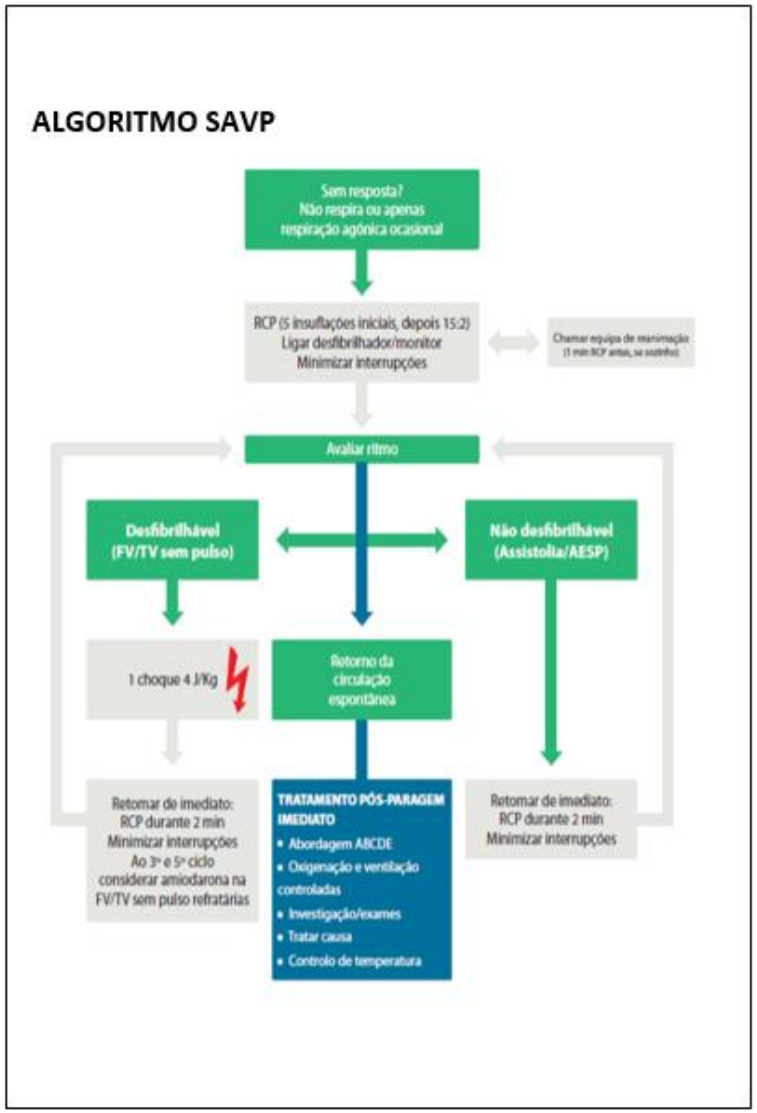

FÁRMACOS POR PATOLOGIA
Taquicardia supraventricular (TSV)
Adenosina:
1º 0,1mg/kg (max 6mg)
2º 0,2mg/kg (max 12mg)
Cardioversão
1º 1J/kg
2º 2J/kg
Amiodarona: 5mg/kg em 20 minutos
Hipoglicémia
RN – glicose 10% 2ml/kg
Preparar glicose 10%: retirar 20ml balão 100ml de G5% e acrescentar ao balão 20ml de G30%
<10anos ou 30kg – glicose 30% 2ml/kg
>10 ou 30kg – Glicose 30%
Anafilaxia
Adrenalina IM (1:1000=1mg/ml) – Pode ser repetida após 5 minutos
<6 meses – 50mcg (0,05ml)
6meses-6 anos – 150mcg (0,15ml)
6-12 anos – 300 mcg (0,3ml)
>12 anos – 500mcg (0,5ml)
Cristaloides – 20ml/kg
Hidrocortisona IV ou IM (graves, recorrentes ou na asma):
<6 meses – 25mg
6meses-6 anos – 50mg
6-12 anos – 100mg
>12 anos – 200mg
Clemastina IV ou IM – 0,025mg/kg (max 2mg)

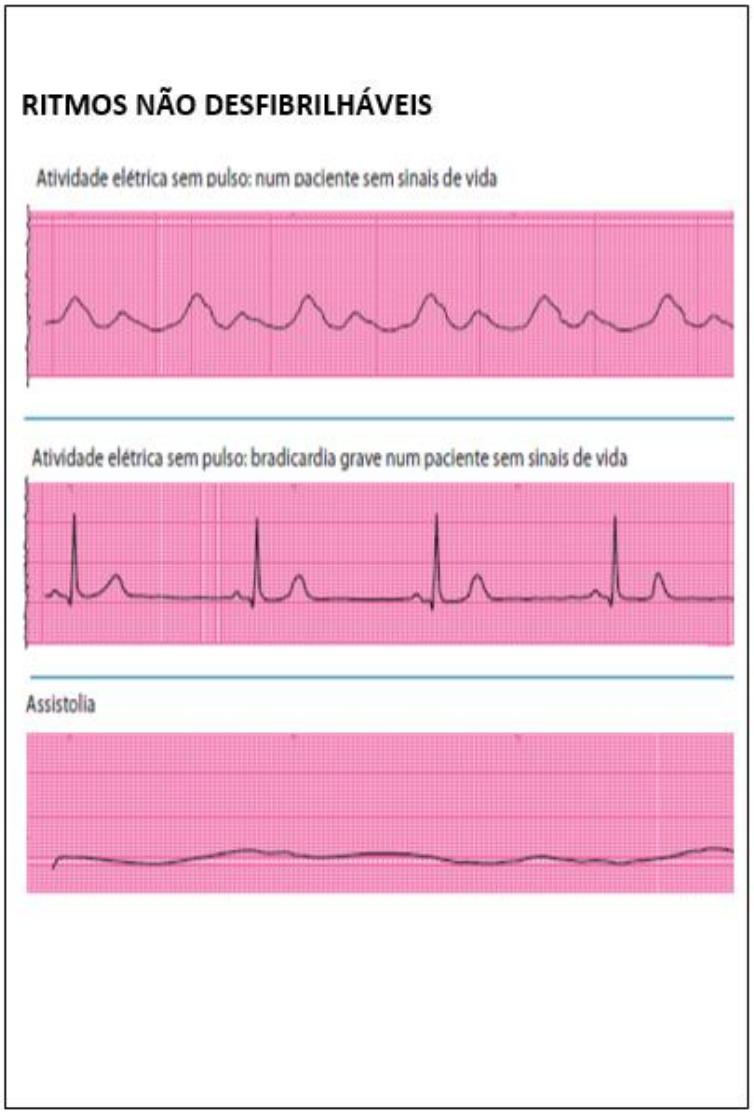
SEDAÇÃO EM PERFUSÃO

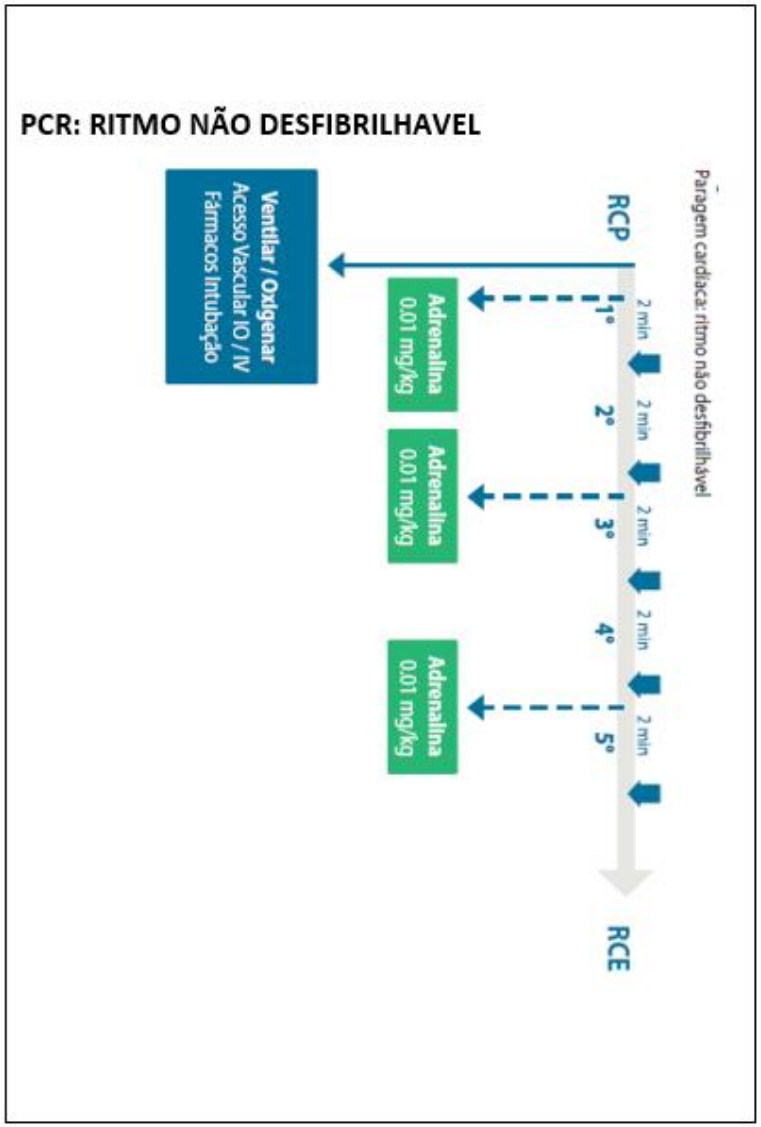
Fármaco + diluição	Dosagens	
Midazolam *(15mg/3ml)*	1ml/h	
5mg x peso até 50ml SF	Dose: 0,1 – 0,9 mg/kg/h	
Fentanil *(50mcg/ml)*	1ml/h	
50mcg x peso até 50ml SF	Dose: 1 – 9 mcg/kg/h	
Morfina *(10mg/ml)*	1ml/h	
1mg x peso até 50ml SF	Dose: 5 – 20 mcg/kg/h	
Propofol *(10mg/1ml) = (200mg/20ml)*	X ml/h	
Administrar direto 0,1 x peso = X	Dose: 1 – 9 mg/kg/h	
Ketamina *(10mg/ml)*	1ml/h	
30mg x peso até 50ml SF	Dose: 10 – 40mcg/min	
Tiopental *(500mg)*	X ml/h	
Reconstituir 1 amp pó 500mg em 20ml H2O.	Dose: 1 – 5 mg/kg/h	
0,04 x peso = X		

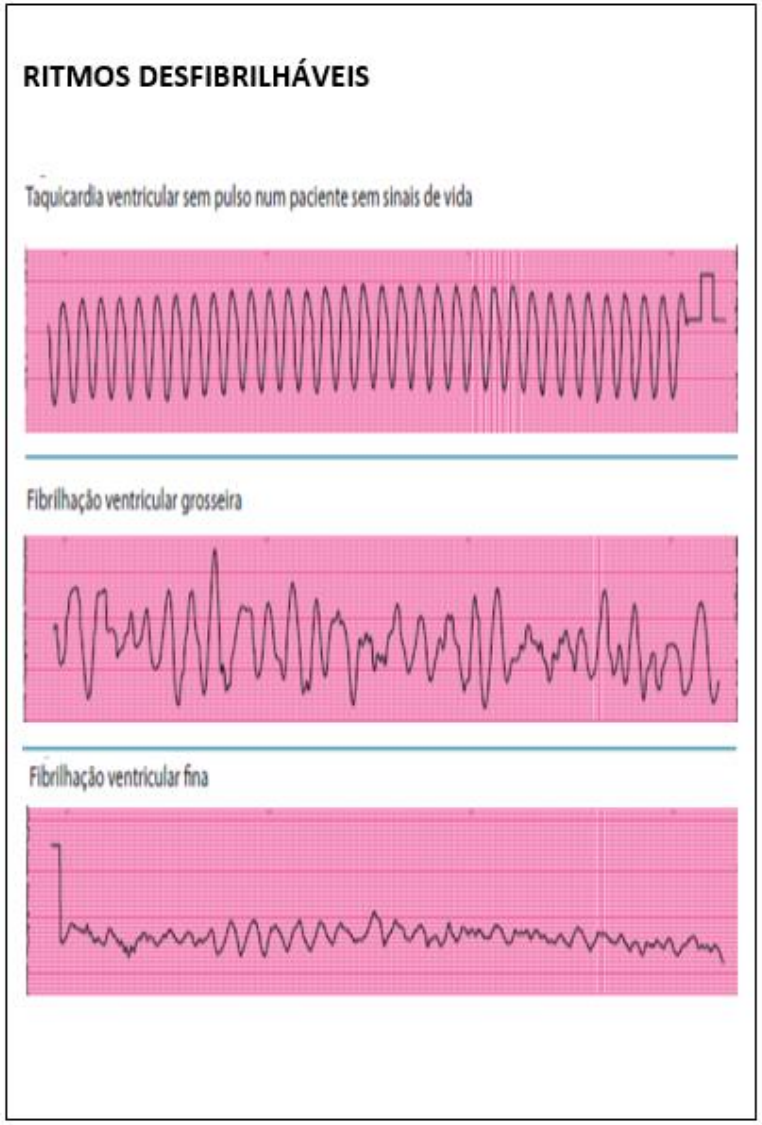
ALGORITMO SBVP

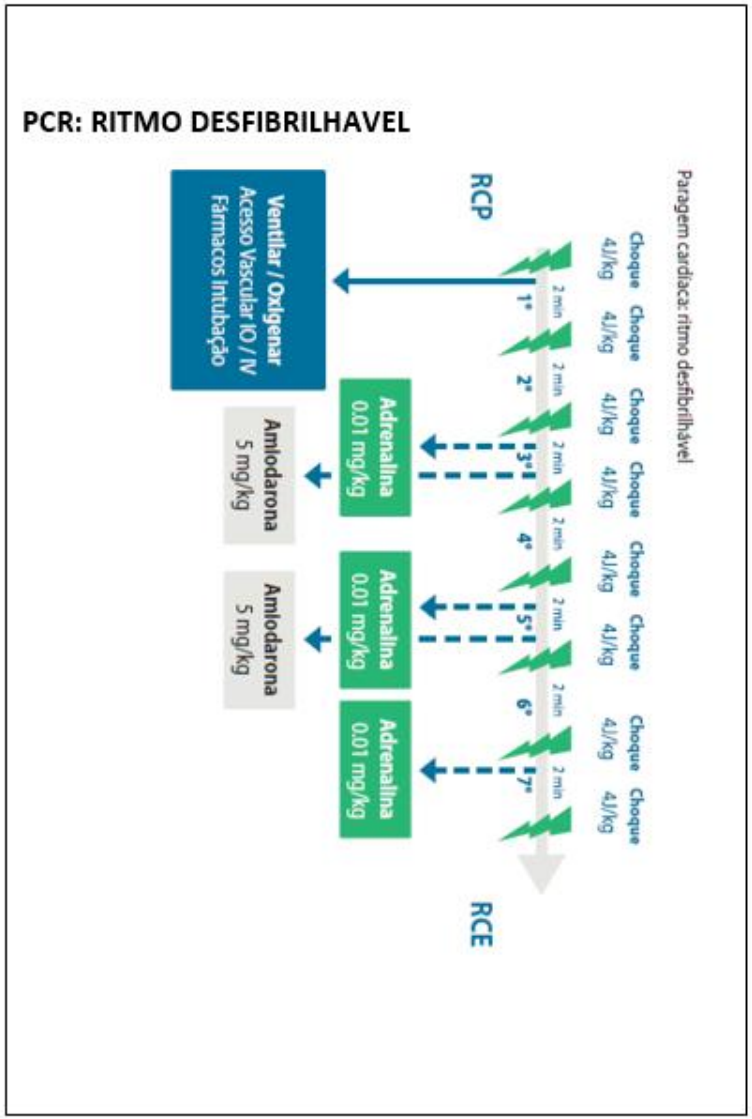


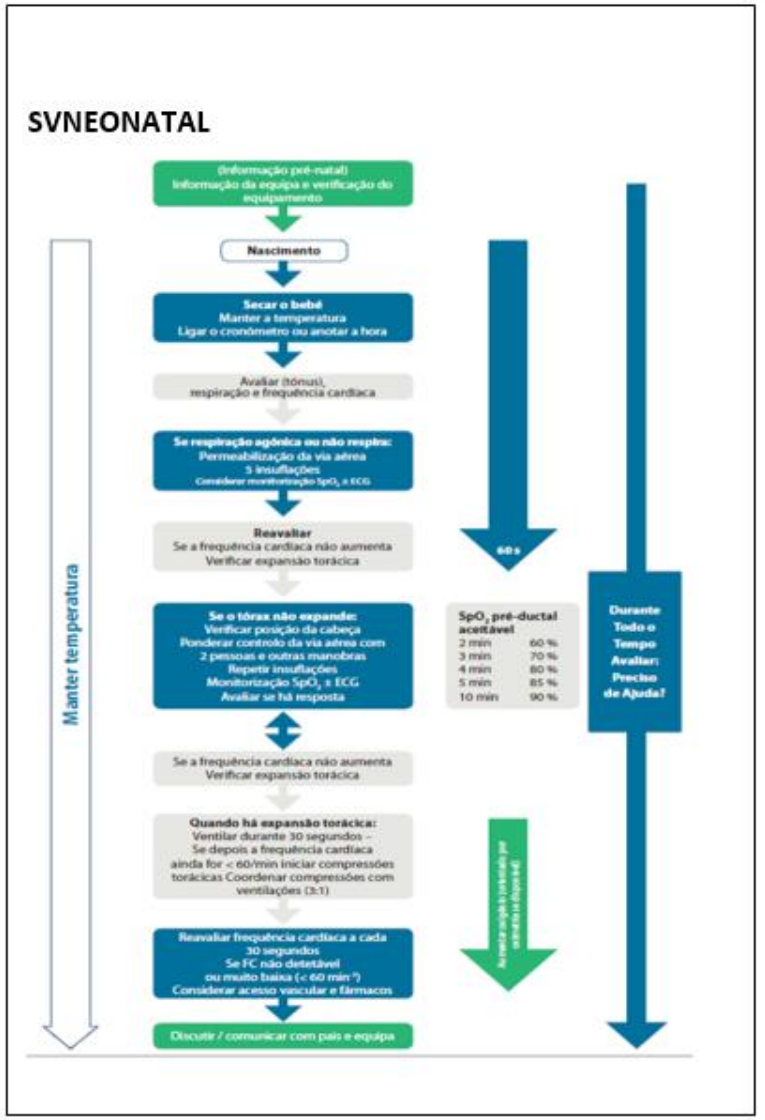

ALGORITMO SAVP
Sem resposta?
Não respira ou apenas
respiração agónica ocasional
RCP (5 insuflações iniciais, depois 15:2)
Ligar desfibrilhador/monitor
Minimizar interrupções
Chamar equipa de reanimação
(1 min RCP antes, se sozinho)
Avaliar ritmo
Desfibrilhável
(FV/TV sem pulso)
Não desfibrilhável
(Assistolia/AESP)
1 choque 4 J/Kg
Retorno da
circulação
espontânea
Retomar de imediato:
RCP durante 2 min
Minimizar interrupções
Ao 3º e 5º ciclo
considerar amiodarona na
FV/TV sem pulso refratárias
TRATAMENTO PÓS-PARAGEM
IMEDIATO
• Abordagem ABCDE
• Oxigenação e ventilação
controladas
• Investigação/exames
• Tratar causa
• Controlo de temperatura
Retomar de imediato:
RCP durante 2 min
Minimizar interrupções


RITMOS NÃO DESFIBRILHÁVEIS
Atividade elétrica sem pulso: num paciente sem sinais de vida
Atividade elétrica sem pulso: bradicardia grave num paciente sem sinais de vida
Assistolia


PCR: RITMO NÃO DESFIBRILHAVEL
Ventilar / Oxigenar
Acesso Vascular IO / IV
Fármacos Intubação
RCP
Paragem cardíaca: ritmo não desfibrilhável
1º
2 min
Adrenalina
0.01 mg/kg
2º
2 min
Adrenalina
0.01 mg/kg
3º
2 min
4º
2 min
Adrenalina
0.01 mg/kg
5º
2 min
RCE


RITMOS DESFIBRILHÁVEIS
Taquicardia ventricular sem pulso num paciente sem sinais de vida
Fibrilhação ventricular grosseira
Fibrilhação ventricular fina


PCR: RITMO DESFIBRILHAVEL
Ventilar / Oxigenar
Acesso Vascular IO / IV
Fármacos Intubação
Amiodarona
5 mg/kg
Amiodarona
5 mg/kg
Adrenalina
0.01 mg/kg
Adrenalina
0.01 mg/kg
Adrenalina
0.01 mg/kg
RCP
RCE
Paragem cardíaca: ritmo desfibrilhável
Choque 4J/kg
2 min
1º
2º
3º
4º
5º
6º
7º


SVNEONATAL
(Informação pré-natal)
Informação da equipa e verificação do equipamento
Nascimento
Secar o bebé
Manter a temperatura
Ligar o cronómetro ou anotar a hora
Avaliar (tónus), respiração e frequência cardíaca
Se respiração agónica ou não respira:
Permeabilização da via aérea
5 insuflações
Reavaliar
Se a frequência cardíaca não aumenta
Verificar expansão torácica
Se o tórax não expande:
Verificar posição da cabeça
Ponderar controlo da via aérea com 2 pessoas e outras manobras
Repetir insuflações
Monitorização SpO2 x ECG
Avaliar se há resposta
Se a frequência cardíaca não aumenta
Verificar expansão torácica
Quando há expansão torácica:
Ventilar durante 30 segundos –
Se depois a frequência cardíaca ainda for < 60/min iniciar compressões torácicas Coordenar compressões com ventilações (3:1)
Reavaliar frequência cardíaca a cada 30 segundos
Se FC não detetável ou muito baixa (< 60 min⁻¹)
Considerar acesso vascular e fármacos
Discutir / comunicar com pais e equipa
Manter temperatura
60 s
SpO2 pré-ductal aceitável
2 min 60 %
3 min 70 %
4 min 80 %
5 min 85 %
10 min 90 %
Durante Todo o Tempo Avaliar: Preciso de Ajuda?

FÁRMACOS NO PERÍODO NEONATAL

Adrenalina – Quando FC é inferior a 60bpm após 30 segundos de ventilação + compressões torácicas adequadas
IV ou IO
1ª dose: 10mcg/kg (0,1ml/kg de solução 1:10.000)
Seguintes a cada 3-5minutos: 10-30mcg/kg (0,1 a 0,3 ml/kg de solução 1:10.000)

Cristaloides Isotónicos IV/IO(em caso de palidez, má perfusão, pulsos fracos): 10ml/kg em 5 a 10 minutos

Glicose: glicose a 10% 2,5ml/kg

ÍNDICE DE APGAR

	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Coloração	Azul ou pálido	Acrocianose	Completamente rosado
Frequência Cardíaca	Ausente	<100 p/minuto	>100 p/minuto
Irritabilidade Reflexa	Sem resposta	Faz caretas	Tosse, espirra ou chora
Tónus Muscular	Hipotónico	Alguma flexão das extremidades	Movimentos ativos
Respiração	Ausente	Bradipneia, choro fraco	Boa ventilação, choro forte

BIBLIOGRAFIA

European Resuscitation Council (2015) Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu. Porto: Portugal

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015) The Apgar Score. Committee opinion nº 644. Disponível em: https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co644.pdf?dmc=1&ts=20190525T1137564477

Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora. Disponível em: http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23274

APÊNDICE XVII – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO: O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Plano da Sessão de Formação em Serviço

Tema: Projeto de Intervenção em Serviço: O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico					
Formadores: Patrícia Gouveia					
Local: Auditório da U[redacted]		**Data:**		**Hora:**	
Duração da Sessão: 90 minutos			**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Urgência		
Objetivo Geral: Dar a conhecer o PIS: O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico					
Objetivos Específicos: Realizar um breve enquadramento teórico sobre o TIP; apresentar os resultados do diagnostico de situação; Sensibilizar a equipa para a problemática do TIP no SU; apresentar o PIS desenvolvido; Realizar exercício de preenchimento de analise SWOT; Recolher críticas e sugestões de melhoria					
Fases:	**Conteúdos:**	**Metodologia**	**Meios Auxiliares**	**Oradores**	**Tempo**
Introdução	-Apresentação do formador - Apresentação da temática - Objetivos da sessão	Expositivo	Computador, Data show e Diapositivos	Patrícia Gouveia	90 minutos
Desenvolvimento	- Enquadramento teórico da temática - Resultados do diagnostico de situação - Apresentação do PIS - Mala de transporte - LEP - Avaliação da criança - Sessões de Formação - Registos de Enfermagem	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Computador, Data show, Diapositivos, cópias dos documentos criados	Patrícia Gouveia	
Conclusão	-Preenchimento de Analise SWOT - Considerações finais e recolha de críticas e sugestões de melhoria - Agradecimentos	Expositivo Interrogativo Aplicação de questionário	Computador, Data show, Diapositivos, Documento de Analise SWOT	Patrícia Gouveia	

APÊNDICE XVIII – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO: O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO: O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Patrícia Oliveira Gouveia

Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Objetivos da sessão

- Dar a conhecer o projeto de intervenção em serviço
- Realizar um breve enquadramento teórico sobre a temática
- Apresentar os resultados do diagnostico de situação
- Sensibilizar a equipa para a problemática
- Recolher analise SWOT do projeto

O Transporte Inter-hospitalar

- Forma de aproximar os recursos humanos e materiais dos doentes;
- Cuidados intensivos, intervenção cirúrgica de urgência, especialistas diferenciados;
- Dá resposta à centralização de cuidados diferenciados;
- Peça fundamental da cadeia de assistência ao doente;
- Favorece sempre a continuidade de cuidados;

(Mata et Al, 2017)

O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

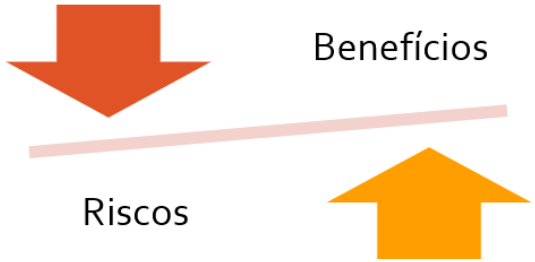
Adultos VS Crianças

Fisiologia diferente	Necessidades diferentes	Problemas de saúde diferentes	Material diferente	Dosagens diferentes	Abordagens diferentes

O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

(Emergência Medical Services Authority, 2015)

Decisão de transporte



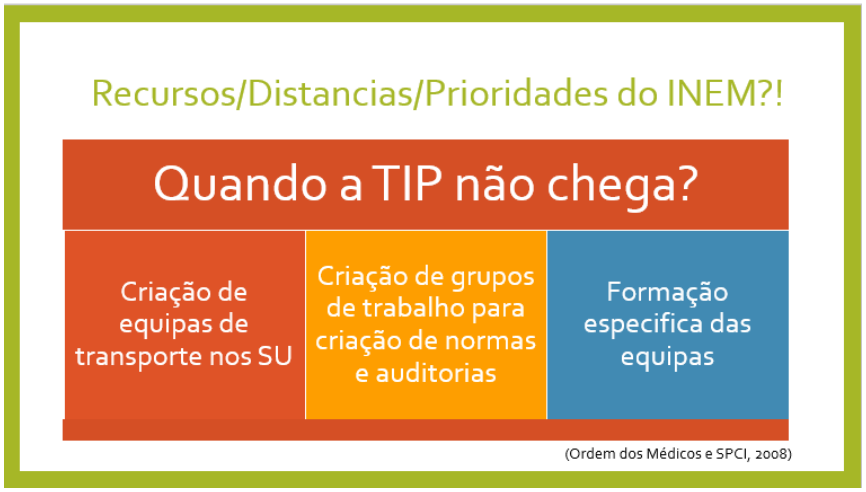
Decisão de transporte

(Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2008 & Martins & Martins, 2009)

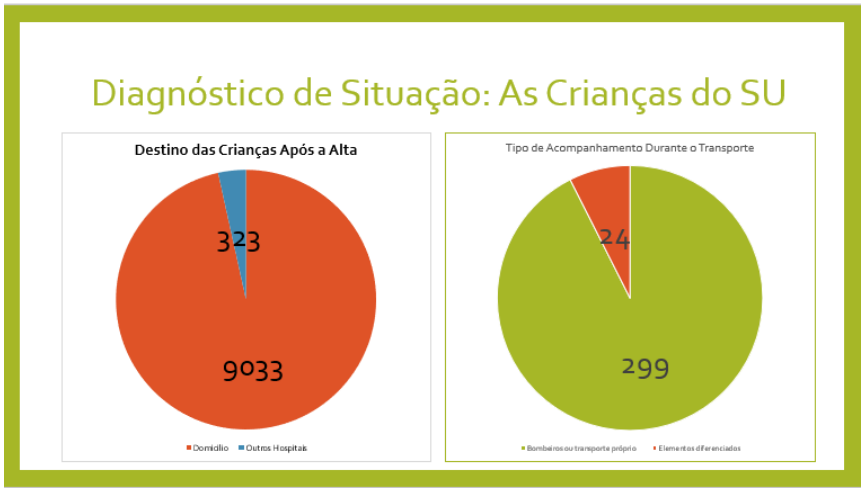
TIP em Portugal

- *"Um subsistema que presta cuidados a prematuros, recém-nascidos em situação de risco e crianças gravemente doentes (até aos 18 anos), permitindo a sua estabilização e o transporte para hospitais onde existam unidades de cuidados intensivos neonatais e/ou pediátricas ou especialidades ou valências não disponíveis no local de origem. "*
  (INEM, 2015)

- Norte: situado no Hospital São João E.P.E;
- Centro: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
- TIP Sul / Lisboa - Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E.
  Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E.
- TIP Sul/Faro - Centro Hospital do Algarve E.P.E. (INEM, 2015)

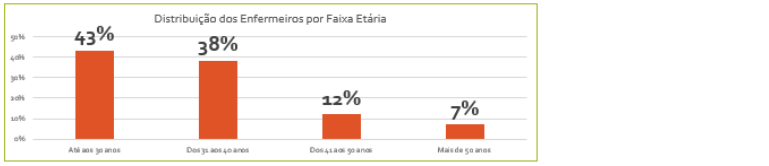

Recursos/Distancias/Prioridades do INEM?!
Quando a TIP não chega?
Criação de equipas de transporte nos SU
Criação de grupos de trabalho para criação de normas e auditorias
Formação especifica das equipas
(Ordem dos Médicos e SPCI, 2008)

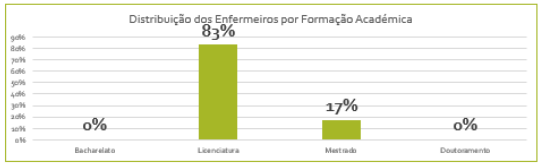
Diagnostico de Situação: Hospitais de Referência
Hospital São Bernardo
•109 km
Hos
•142 km
Hospital Dona Estefânia
•143 km


Diagnóstico de Situação: As Crianças do SU
Destino das Crianças Após a Alta
323
9033
Domicílio
Outros Hospitais
Tipo de Acompanhamento Durante o Transporte
24
299
Bombeiros ou transporte próprio
Elementos diferenciados

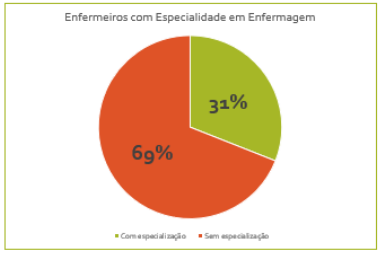
Diagnóstico de Situação: As Crianças do SU
Motivo de Transferencia Para Outros Hospitais

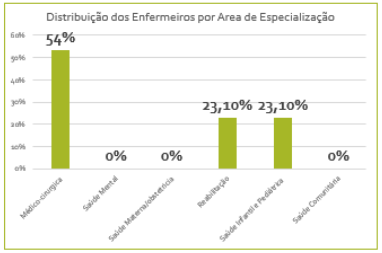
Diagnóstico de Situação: Os Profissionais do SU



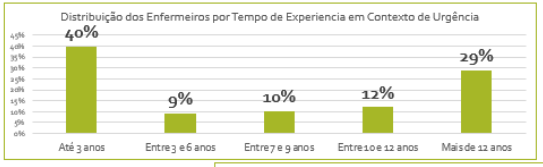


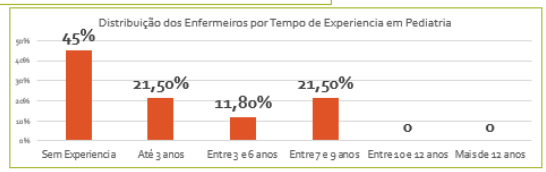
Diagnóstico de Situação: Os Profissionais do SU



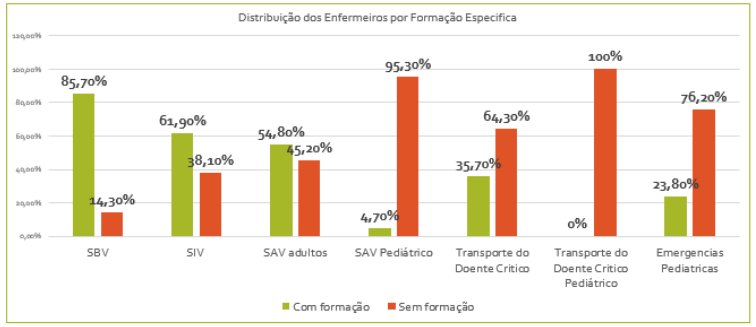


Diagnóstico de Situação: Os Profissionais do SU

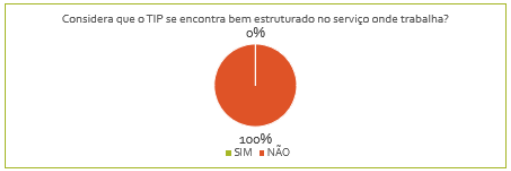




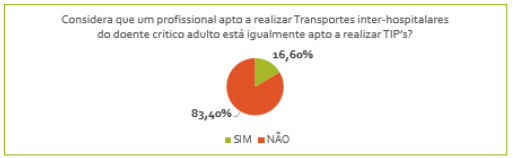
Diagnóstico de Situação: Os Profissionais do SU



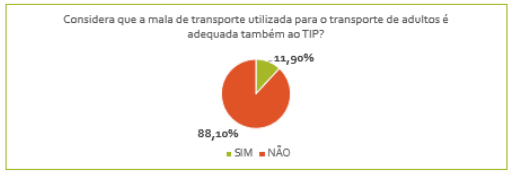
Diagnóstico de Situação: O TIP



Diagnóstico de Situação: O TIP



Diagnóstico de Situação: O TIP



O Projeto de Intervenção em Serviço

Objetivo Geral

- Proporcionar a segurança da criança/jovem durante o TIP através do seu planeamento

Objetivos Específicos

- 1. Criar ferramentas que facilitem a organização do TIP
- 2. Realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e temáticas relacionadas
- 3. Organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP

Objetivo 1. Criar/adaptar ferramentas que facilitem a organização do TIP

- Mala de Transporte
- Folha de Avaliação da Criança
- LEP
- Proposta de Norma de Procedimento do TIP

Mala de Transporte

Material a incluir na mala de transporte

Via Aérea	*Quantidades*
Cabo de Laringoscópio + pilhas	1
Lamina Laringoscópica nº 00 reta	1
Lamina Laringoscópica nº 0 reta	1
Lamina Laringoscópica nº 1 reta	1
Lamina Laringoscópica nº 1 curva	1
Lamina Laringoscópica nº 2 reta	1
Lamina Laringoscópica nº 3 reta	1
Pinça de Magaille pequena	1
Pinça de Magaille grande	1
Tubo endotraqueal nº 2	1
Tubo endotraqueal nº 2.5	1
Tubo endotraqueal nº 3	1
Tubo endotraqueal nº 3.5	1
Tubo endotraqueal nº 4	1
Tubo endotraqueal nº 4.5	1
Tubo endotraqueal nº 5	1
Tubo endotraqueal nº 5.5	1
Tubo endotraqueal nº 6	1
Tubo endotraqueal nº 7	1
Fio condutor neonatal	1
Fio condutor pediátrico	1
Fio condutor adulto	1
Nasfro	2x 60cm
Sonda de aspiração nº 6	2
Sonda de aspiração nº 8	2
Sonda de aspiração nº 10	2
Insuflador manual de balão neonatal	1
Insuflador manual de balão pediátrico	1
Tubo de oxigénio	1
Máscara de ambú nº 0	1
Máscara de ambú nº 1	1
Oxisensor pediátrico	1
Tubo de Guedell nº 00	1
Tubo de Guedell nº 0	1
Tubo de Guedell nº 1	1
Bisnaga de lidocaína gel	1
Respiração	*Quantidades*
Óculos nasais neonatais	1
Óculos nasais pediátricos	1
Óculos nasais adulto	1
Máscara de aerossol pediátrica	1
Máscara de aerossol adulto	1
Máscara de alto débito pediátrica	1
Máscara de alto débito adulto	1
Máscara Venturi pediátrica	1
Máscara Venturi adulto	1

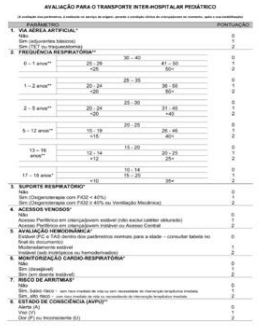
Camara expansora + inalador pressurizado pediátrico	1
Camara expansora + inalador pressurizado pediátrico adulto	1
Circulação	*Quantidades*
Eléctrodos pediátricos	2 conjuntos
Eléctrodos adulto	2 conjuntos
Garrote	1
Cateter Venoso Periférico nº 26 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 24 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 22 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 20 G	3
Cateter Venoso Periférico nº 18 G	3
Agulha intraóssea pediátrica	1
Torneira 3 vias	2
Seringa 1ml	5
Seringa 2ml	5
Seringa 5ml	5
Seringa 10ml	5
Seringa 20ml	2
Seringa 50ml	2
Seringa 50ml rapaz	1
Agulha diluição	3
Prolongamento	2
Prolongamento opaco	1
Penso cateterismo periférico	3
Sistema de soro	2
Sistema de soro para seringas de perfusão	2
Sistema de microgotas	1
Bisnestar	1
Diversos	*Quantidade*
Estetoscópio	1
Spray solução alcoólica para descolagem do pelo	1
Sonda Nasogástrica nº 6	1
Sonda Nasogástrica nº 8	1
Sonda Nasogástrica nº 10	1
Saco coletor para sonda Nasogástrica	1
Seringa de alimentação	1
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica – Nasal	4
Adesivo para fixação Sonda Nasogástrica - Oral	4
Compressas esterilizadas	4
Compressas não esterilizadas	1
Luvas não esterilizadas tamanho S	6 pares
Luvas não esterilizadas tamanho M	6 pares
Luvas não esterilizadas tamanho L	6 pares
Lowas cirúrgicas nº 6	1
Lowas cirúrgicas nº 6.5	1
Lowas cirúrgicas nº 7	1
Lowas cirúrgicas nº 7.5	1
Lowas cirúrgicas nº 8	1

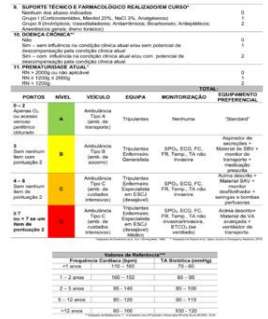
Campo esterilizado com orifício	1
Adesivo hipoalergénico Rolo	1
Bata esterilizada	2
Touca cirúrgica	2
Tesoura	1
Lamina de Bisturi nº 24	2
Mascara facial simples	2
Fio de sutura 2/0	1
Máquina determinação da glicémia capilar	1
Tiras determinação da glicémia capilar	1 caixa
Lancetas punção capilar	5
Gel para desfibrilhador	1
Contentor de cortantes pequeno	1

Documentos de Avaliação da Criança: DRAC

Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.

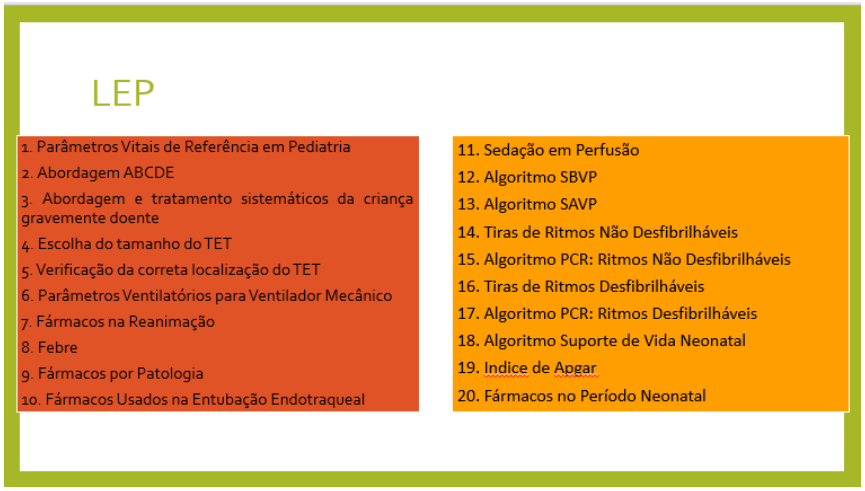
Documentos de Avaliação da Criança: DATIP

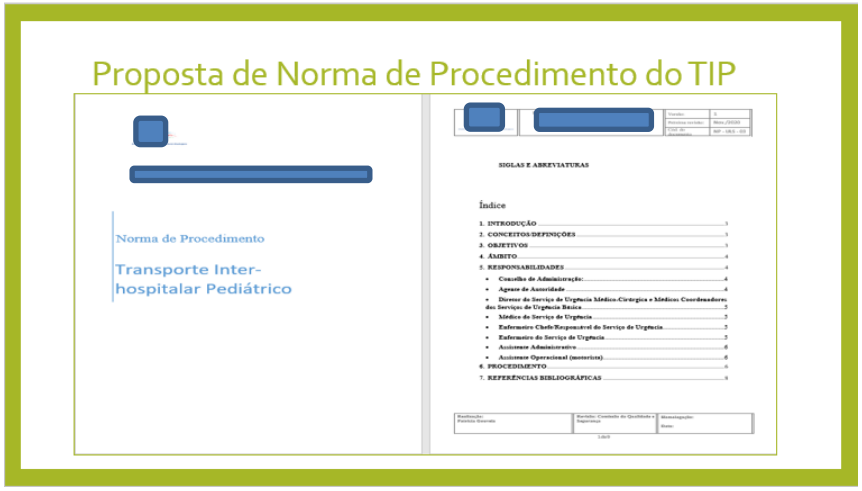




Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.

LEP
LIVRO DE BOLSO
PARA EMERGENCIAS PEDIATRICAS
Recomendações ERC 2015
Patrícia Oliveira Gouveia
2019


LEP
1. Parâmetros Vitais de Referência em Pediatria
2. Abordagem ABCDE
3. Abordagem e tratamento sistemáticos da criança gravemente doente
4. Escolha do tamanho do TET
5. Verificação da correta localização do TET
6. Parâmetros Ventilatórios para Ventilador Mecânico
7. Fármacos na Reanimação
8. Febre
9. Fármacos por Patologia
10. Fármacos Usados na Entubação Endotraqueal
11. Sedação em Perfusão
12. Algoritmo SBVP
13. Algoritmo SAVP
14. Tiras de Ritmos Não Desfibrilháveis
15. Algoritmo PCR: Ritmos Não Desfibrilháveis
16. Tiras de Ritmos Desfibrilháveis
17. Algoritmo PCR: Ritmos Desfibrilháveis
18. Algoritmo Suporte de Vida Neonatal
19. Indice de Apgar
20. Fármacos no Período Neonatal


Proposta de Norma de Procedimento do TIP
Norma de Procedimento
Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
SIGLAS E ABREVIATURAS
Índice

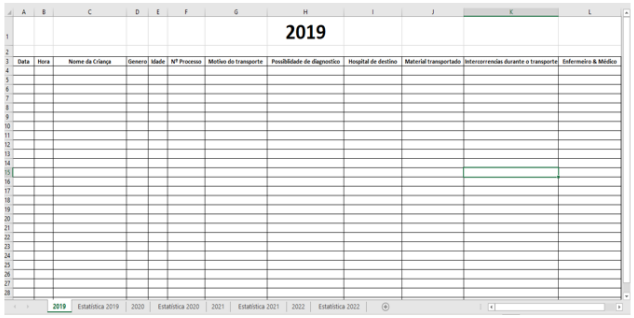
Objetivo 2. Realizar formação aos enfermeiros sobre o TIP e temáticas relacionadas
PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO: O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO
GUIDELINES ERC 2015
O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Objetivo 3. Organizar o processo de registos de enfermagem relativos ao TIP

Documento Informático de Registos de Enfermagem

Folha de Registos pré-Durante-Pós Transporte

Documento Informático de Registos de Enfermagem



Registos pré-Durante-Pós Transporte

Analise SWOT

Bibliografia

- Emergency Medical Services Authority. 2015. Guidelines for Pediatric Interfacility Transport Program. Califórnia.
- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão Instituto Nacional de Emergência Médica. 2015. Relatório TIP - Atividade de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (subsistema de transporte Pediátrico e Neonatal) 2014.
- Mata, M., Escobar, M., Cabrerizo, M., Gómez, R., Gonzalez, J., & López-Herce Cid. (2017). Transporte pediátrico y neonatal en Espana, Portugal y Latinoamérica. Medicina Intensiva. 41 (3): 133-200.
- Ordem dos Médicos & SPCI. (2008). Transporte de doentes críticos. Recomendações, 45. FALTA LINK

APÊNDICE XIX – ANALISE SWOT DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Analise SWOT do Projeto de Intervenção em Serviço

Após assistir à apresentação do Projeto de Intervenção em Serviço: Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Do Planeamento à Execução preencha, por favor, esta análise SWOT de acordo com os pontos fortes e fracos que encontra neste projeto, bem como as oportunidades e ameaças que visualiza na sua implementação de forma a que possamos melhorá-lo e adequá-lo à prática clínica, com vista à melhoria dos cuidados.

	Ajuda	***Dificulta***
Origem interna (Organização)	**Pontos Fortes** • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____	**Pontos Fracos** • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____
Origem Externa (Ambiente)	**Oportunidades** • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____	**Ameaças** • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____

Muito obrigada pela sua colaboração e opinião!

APÊNDICE XX – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

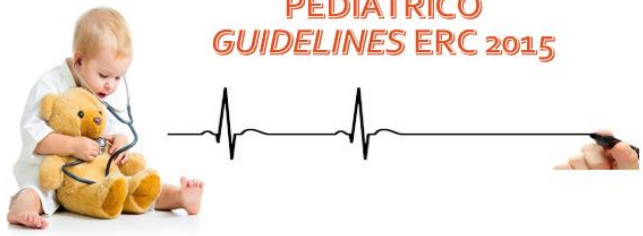
Plano da Sessão de Formação em Serviço

Tema: Suporte Avançado de Vida Pediátrico					
Formadores: Patrícia Gouveia					
Local: Auditório da [redacted]		**Data:**		**Hora:**	
Duração da Sessão: 8h			**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Urgência		
Objetivo Geral: Relembrar procedimentos em caso de necessidade de suporte avançado de vida					
Objetivos Específicos: Relembrar as recomendações em suporte de vida pediátrico emanadas pelo *European Resuscitation Council*; Treinar as técnicas de reanimação em SAVP e acordo com os algoritmos definidos; Promover o trabalho em equipa; Promover a organização da equipa na sala de emergência;					
Fases:	**Conteúdos:**	**Metodologia**	**Meios Auxiliares**	**Oradores**	**Tempo**
Introdução	-Apresentação dos formadores - Apresentação da temática - Objetivos da sessão	Expositivo e aplicação de questionário	Computador, Data show e Diapositivos, Questionário de avaliação de conteúdos	Patrícia Gouveia	8 horas
	- Aplicação do questionário pré-formação				
Desenvolvimento	- Pontos-chave do Suporte de Vida	Expositivo Demonstrativo Experimental	Computador, Data show, Diapositivos, dispositivos médicos da prática clínica (adjuvantes da via aérea, agulha intraóssea, insuflador manual, entre outros) manequim de SAV,	Patrícia Gouveia + 3 convidados (distribuição dos formandos por 4 grupos de trabalho)	
	- As crianças são diferentes! - Cadeia de Sobrevivência Pediátrica				
	- Abordagem ABCDE				
	- Suporte Básico de Vida Pediátrico				
	- Suporte Avançado de Vida Pediátrico				
Conclusão	- Considerações finais	Expositivo Interrogativo Aplicação de questionário	Computador, Data show, Diapositivos, Questionário de avaliação da sessão e de conteúdos	Patrícia Gouveia	
	- Esclarecimento de dúvidas e questões				
	- Avaliação da sessão/formadores e avaliação do conteúdo da sessão				

APÊNDICE XXI – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO GUIDELINES ERC 2015



Patrícia Oliveira Gouveia

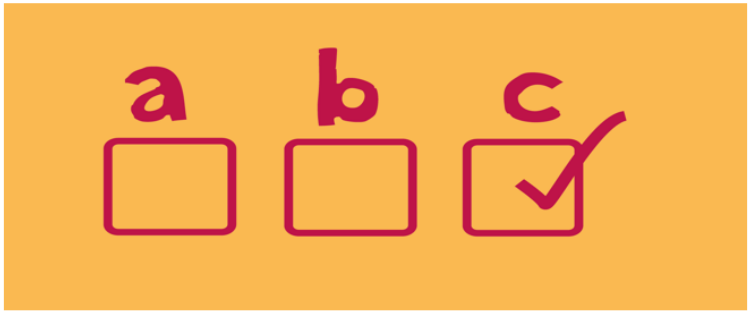
Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Objetivos da Sessão

- Relembrar procedimentos em caso de necessidade de suporte avançado de vida
- Relembrar as recomendações em suporte de vida pediátrico emanadas pelo *European Resuscitation Council*;
- Treinar as técnicas de reanimação em SAVP e acordo com os algoritmos definidos;
- Promover o trabalho em equipa;
- Promover a organização da equipa na sala de emergência;

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

Questionário Pré-Formação



Pontos-chave do Suporte de Vida

- Todo o pessoal diferenciado numa instituição de saúde deve ser capaz de reconhecer imediatamente uma PCR, iniciar reanimação e pedir ajuda;
- O processo de reanimação inicia-se com SBV e não deve ser interrompido até retorno da circulação espontânea;
- Todas as áreas físicas de serviços que tratam crianças devem estar equipadas com material de reanimação adequado.

As Crianças São Diferentes

Peso

- <1ano= (idade meses + 9)/2 ; 1-10 anos= (2xidade)+8 ; >10 anos (3xidade)

Tamanho TET

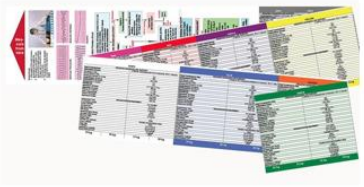
- (Idade+4)/4 ou (idade+3,5)/4 se c/cuff

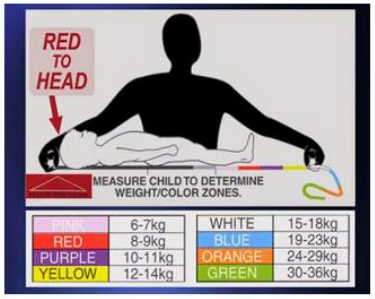
Distancia comissura labial

- (idade +12)/2 se oral ; (idade+14)/2 se nasal ; RN(peso+6)

As Crianças São Diferentes

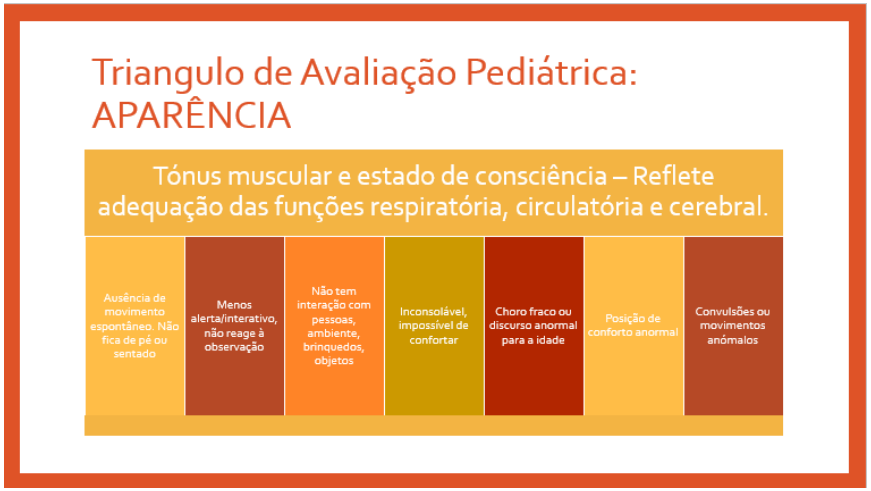
- Fita de Broselow

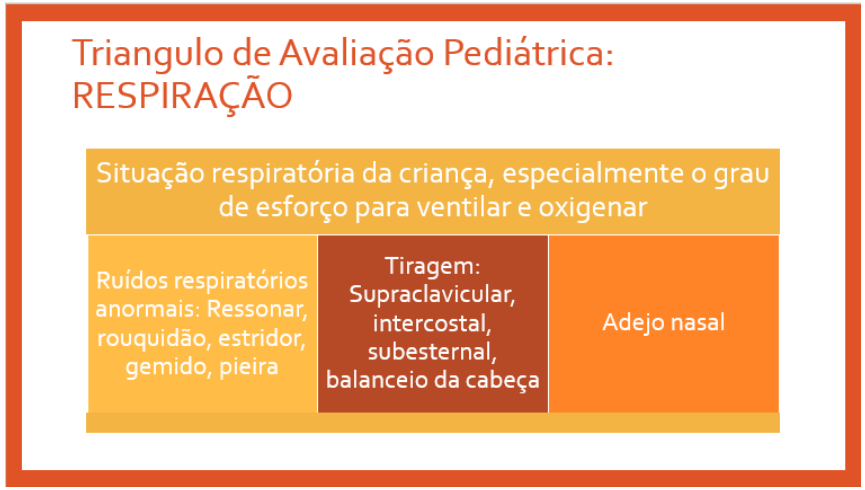


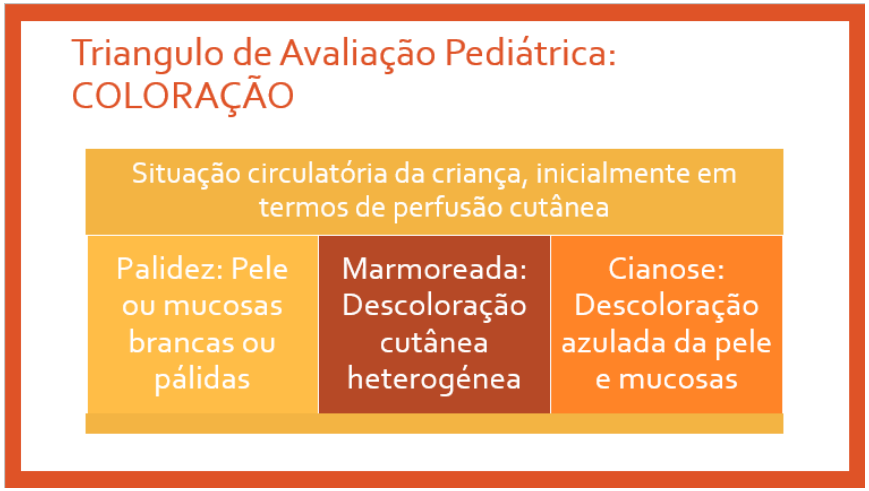


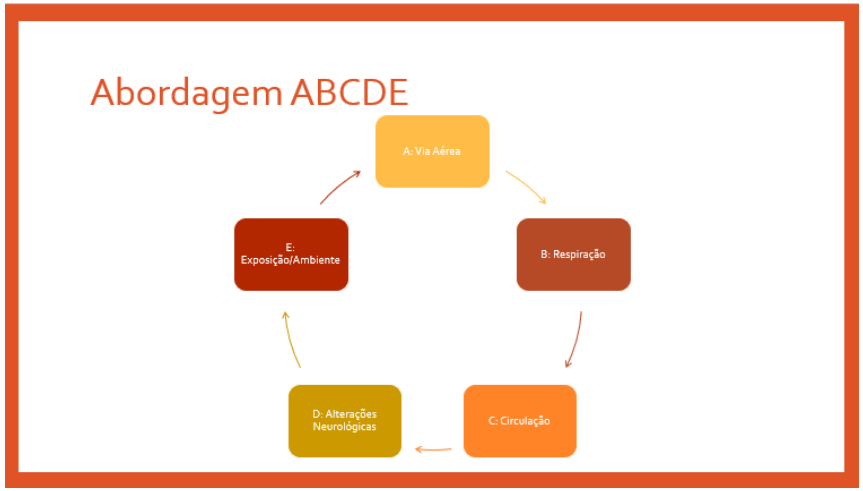
Cadeia de Sobrevivência Pediátrica

Triangulo de Avaliação Pediátrica


Triangulo de Avaliação Pediátrica: APARÊNCIA
Tónus muscular e estado de consciência – Reflete adequação das funções respiratória, circulatória e cerebral.
Ausência de movimento espontâneo. Não fica de pé ou sentado
Menos alerta/interativo, não reage à observação
Não tem interação com pessoas, ambiente, brinquedos, objetos
Inconsolável, impossível de confortar
Choro fraco ou discurso anormal para a idade
Posição de conforto anormal
Convulsões ou movimentos anómalos


Triangulo de Avaliação Pediátrica: RESPIRAÇÃO
Situação respiratória da criança, especialmente o grau de esforço para ventilar e oxigenar
Ruídos respiratórios anormais: Ressonar, rouquidão, estridor, gemido, pieira
Tiragem: Supraclavicular, intercostal, subesternal, balanceio da cabeça
Adejo nasal


Triangulo de Avaliação Pediátrica: COLORAÇÃO
Situação circulatória da criança, inicialmente em termos de perfusão cutânea
Palidez: Pele ou mucosas brancas ou pálidas
Marmoreada: Descoloração cutânea heterogénea
Cianose: Descoloração azulada da pele e mucosas


Abordagem ABCDE
A: Via Aérea
B: Respiração
C: Circulação
D: Alterações Neurológicas
E: Exposição/Ambiente

Via Aérea

VOS

VER

- Movimentos da parede torácica e abdominal

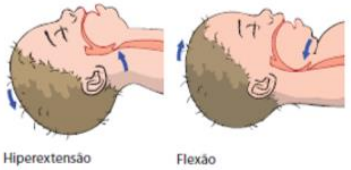
OUVIR

- Sons/ruídos respiratórios junto ao nariz e boca

SENTIR

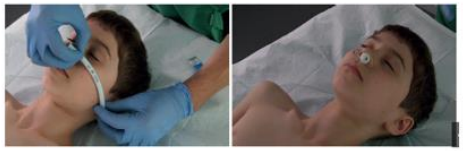
- Movimentos de ar junto ao nariz e boca

Via Aérea



Via Aérea

Crianças inconscientes



Respiração

RTVO

R: Frequência Respiratória

- De acordo com idade (Taquicardia ou bradicardia)

T: Trabalho Respiratório

- Tiragem, adejo nasal, balanceio da cabeça e utilização músculos acessórios

V: Volume Corrente

- Visualização da expansão torácica adequada, auscultação de entrada de ar adequada em todas as áreas pulmonares

O: Oxigenação

Respiração

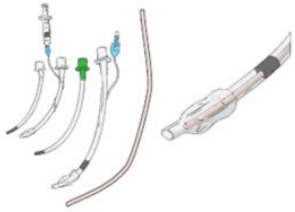
FiO2= Até 60%

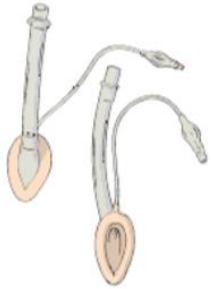
FiO2= 90% ou Superior

FiO2= Ate 40%

Respiração

Respiração: Suporte Ventilatório Avançado





Circulação

5P's

Pulso (FC)
- De acordo com a idade: Bradi ou Taquicardia

Perfusão Periférica
- Tempo de reperfusão capilar normal= <2segundos

Pulsos (volume/amplitude)
- Palpação de pulsos distais (radial, tibial, pedioso) e centrais (carótida, braquial, femoral)

Pressão Arterial
- PAM= 55+1.5 x idade

Pré-carga
- Veias jugulares visíveis, palpação do bordo hepático>1cm, crepitações na auscultação pulmonar

Alterações Neurológicas: GCS

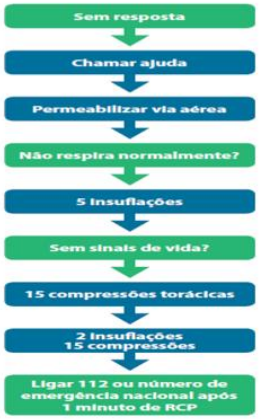
	> 5 ANOS	<5 ANOS
Abertura dos olhos		
E4	Espontânea	Espontânea
E3	À voz	À voz
E2	À dor	À dor
E1	Nenhuma	Nenhuma
C	Olhos fechados (edema ou pensos)	Olhos fechados (edema ou pensos)
Verbal		
V5	Orientado (pessoa, espaço e tempo)	Alerta, balbucia, palavras ou frases de acordo com o habitual (normal)
V4	Confuso	Menos que o habitual, choro irritável
V3	Palavras inapropriadas	Chora com a dor
V2	Sons incompreensíveis	Geme com a dor
V1	Sem resposta à dor	Sem resposta à dor
T	Intubado	Intubado
Motor		
M6	Obedece a ordens	Movimentos espontâneos normais
M5	Localiza dor supraorbital (> 9 meses de idade) ou retira ao toque	Localiza dor supraorbital (> 9 meses de idade) ou retira ao toque
M4	Retira face a dor no leito ungueal	Retira face a dor no leito ungueal
M3	Flexão com dor supraorbital (descorticação)	Flexão com dor supraorbital (descorticação)
M2	Extensão com dor supraorbital (descerebração)	Extensão com dor supraorbital (descerebração)
M1	Sem resposta a dor supraorbital (flácido)	Sem resposta a dor supraorbital (flácido)

Alterações Neurológicas

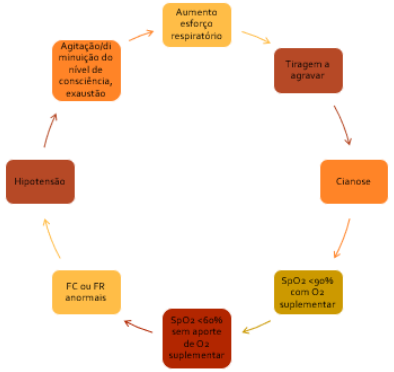
AMPLE

- Alergias
- Medicação
- História Pregressa
- Ultima Refeição
- Envolvente/exposição

Suporte Básico de Vida



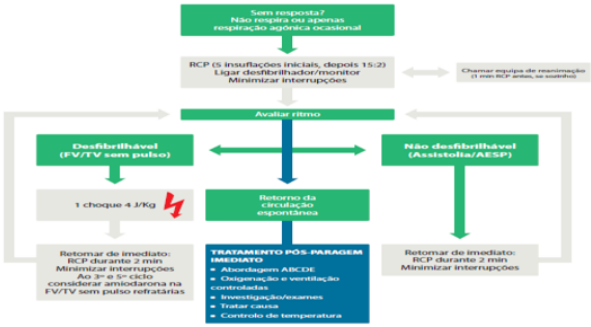
Suporte Avançado de Vida Pediátrico: Sinais de alarme



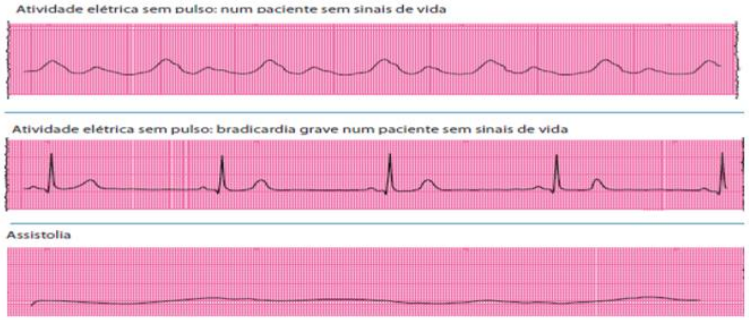
Suporte Avançado de Vida Pediátrico: Segurança no uso de desfibrilhador

- Afastar fontes de oxigénio livre (mascaras, sondas nasais, prolongadores até 1 metro da criança. Insufladores ou circuitos de ventilação ligados a tubo endotraqueal podem manter-se conectados;
- Secar superfícies: Atenção a roupas e superfícies. O tórax da criança deve ser seco antes de desfibrilhar;
- Garantir que ninguém está em contacto direto ou indireto com o doente, a maca ou os sistemas de soros;
- Assegurar que pás ou placas não estão em contacto com metal (como joias) ou medicação transdérmica.

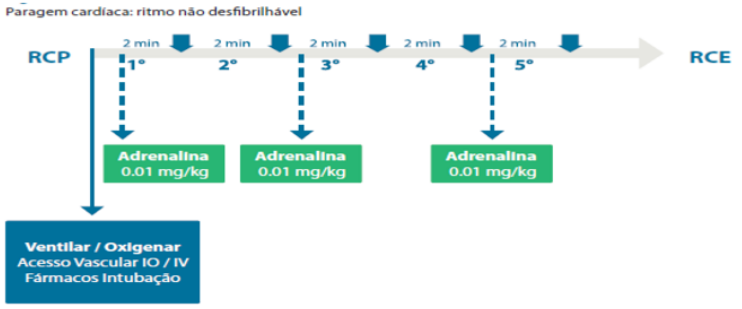
Suporte Avançado de Vida Pediátrico



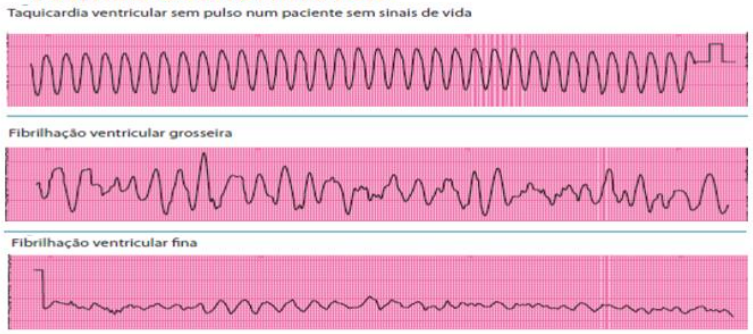
Suporte Avançado de Vida Pediátrico: Ritmos não desfibrilháveis



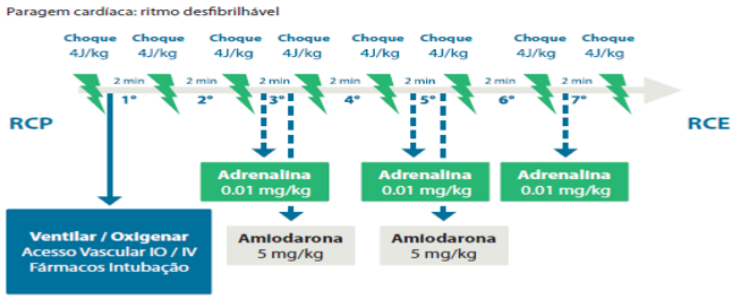
Suporte Avançado de Vida Pediátrico: Fármacos na PCR



Suporte Avançado de Vida Pediátrico: Ritmos desfibrilháveis



Suporte Avançado de Vida Pediátrico: Fármacos na PCR



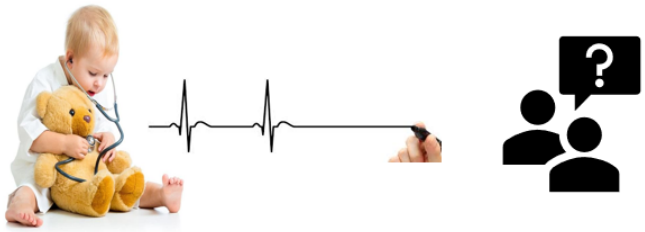
Suporte Avançado de Vida Pediátrico: Causas Reversíveis de PCR

4H's

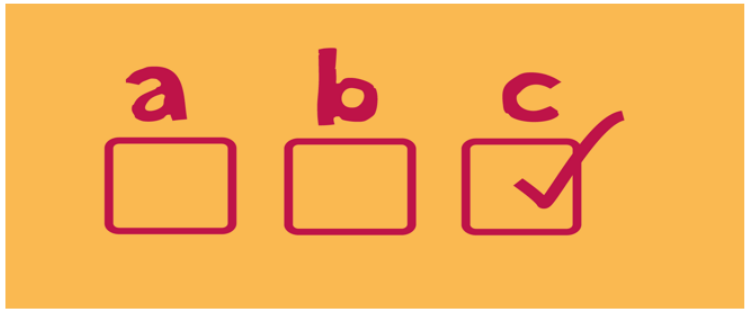
.Hipoxia
.Hipovolémia
.Híper/hipocaliémia
.Hipotermia

4T's

.Pneumotórax de Tensão
.Tóxicos/Fármacos
.Tamponamento Cardíaco
Trombose



Questionário Pós-Formação



Bibliografia

- Emergency Medical Services Authority. 2015. Guidelines for Pediatric Interfacility Transport Program. Califórnia.
- European Resuscitation Council (2015) Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu. Porto: Portugal

APÊNDICE XXII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DE CONHECIMENTOS EM SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

Avaliação formativa de conhecimentos em Suporte Avançado de Vida Pediátrico

Este questionário é anonimo pelo que não se identifique em qualquer das páginas e é também meramente formativo, com o objetivo de compreender se a aquisição de conhecimentos foi possível no decorrer desta formação. O documento é composto apenas por questões de resposta fechada, pelo que deve colocar um círculo em volta da letra correspondente à sua resposta.

Pré-Formação	Pós-Formação

1. Qual dos seguintes dispositivos fornece uma alta concentração (90% ou mais9 de oxigénio inspirado a uma criança pequena?

a) Óculos nasais com fluxo de oxigénio de 4l/min

b) Mascara de oxigénio simples com fluxo de oxigénio a 15l/min

c) Máscara de alto débito com fluxo de oxigénio a 12l/min

d) Oxigénio à face com fluxo de oxigénio de 15l/min

2. As características anatómicas e fisiológicas são:

a) Iguais no lactente, criança e adulto

b) Diferentes no lactente, criança, adulto

c) Iguais no lactente e criança e diferentes no adulto

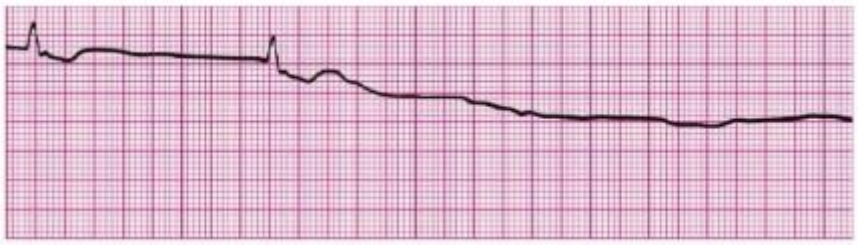
3.A obstrução da via aérea em pediatria pode ser:

a) Ligeira

b) Grave

c) Ambas

4. Uma criança deixa de estar reativa a estímulos no SU e não está a respirar. Depois de fornecer oxigénio a 100%, não tem a certeza se consegue sentir um pulso fraco e após monitorizado este é o traçado cardíaco:



Qual é a sua próxima ação?

a) Iniciar compressões torácicas de alta qualidade associadas a ventilação

b) Solicitar um desfibrilhador

c) Puncionar um AVP e administrar atropina 0,01mg/kg

d) Puncionar um AVP e administrar adrenalina 0,01mg/kg

5. Uma criança de 7 anos de idade é encontrada não reativa a estímulos, sem pulso e sem respiração espontânea. A RCP está a ser realizada. A criança já está intubada e já tem AVP. A monitorização cardíaca mostra um ritmo organizado, mas ao procurar pulso, este não é palpável. Compressões e ventilações eficazes são recomeçadas e uma dose inicial de adrenalina é administrada. O que deve ser feito em seguida?

a) Tentar identificar e tratar as causas reversíveis (4H's e 4T's)

b) Tentar desfibrilhar com carga de 4j/kg

c) Administrar novamente adrenalina 0,01mg/kg

d) Realizar cardioversão sincronizada com carga de 1j/kg

6. As compressões torácicas num lactente devem ser realizadas:

a) Na zona torácica

b) Na zona abdominal

c) em qualquer uma delas, desde que sejam bem realizadas

7. Quer no lactente, quer na criança o SBV:

a) inclui insuflações e compressões

b) No lactente só se realizam compressões

c) No lactente só se realizam insuflações

8. Uma menina de 8 anos foi atropelada por um carro. Chega ao SU alerta, ansiosa e com dificuldade respiratória. A coluna cervical está imobilizadas e está a receber oxigénio a 10l/min por mascara de alto débito. Na primeira avaliação apresenta uma FR=60cpm, FC=150bpm, pressão arterial sistólica de 70mmHg e SpO2 de 84% co aporte adicional de O2. Os sons respiratórios estão ausentes no lado direito do tórax e a traqueia está desviada para a esquerda. Apresenta um pulso central fraco e ausência de pulso periférico. Qual das seguintes intervenções é o próximo passo da equipa?

a) Realizar intubação endotraqueal e solicitar RX tórax imediatamente

b) Fornecer ventilação com Insuflador manual de balão e solicitar RX tórax imediatamente

c) Puncionar AVP e administrar um bolus de 20ml/kg de NaCl 0,9%

d) Administrar oxigénio a 100% por mascara de alto débito, obter gasimetria arterial e puncionar AVP

9. As manobras de SBV devem ser executadas:

a) Num plano duro

b) Onde a vítima se encontrar

c) Num plano almofadado para conforto da vítima

10. Numa criança de 4 anos que vai ser intubada com tubo endotraqueal sem cuff, qual o tamanho adequado do TET?

A) Tubo nº 2

b) Tubo nº 3

c) Tubo nº 4

11. Se ao monitorizar uma criança me deparar com o ritmo seguinte, qual o algoritmo que devo seguir?

a) Algoritmo da PCR: Ritmo desfibrilhável

b)Algoritmo da PCR: Ritmo não desfibrilhável

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE XXIII – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: O TIP

Plano da Sessão de Formação em Serviço

Tema: O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico					
Formadores: Patrícia Gouveia					
Local: Auditório da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano		**Data:**	**Hora:**		
Duração da Sessão: 90 minutos		**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Urgência			
Objetivo Geral: Dar a conhecer os procedimentos em caso de necessidade de transporte inter-hospitalar pediátrico					
Objetivos Específicos: Realizar enquadramento teórico sobre o TIP; reforçar importância de um TIP organizado no serviço; Sistematizar a atuação perante um TIP; dar a conhecer os materiais disponíveis de apoio à organização do TIP.					
Fases:	**Conteúdos:**	**Metodologia**	**Meios Auxiliares**	**Oradores**	**Tempo**
Introdução	-Apresentação dos formadores - Apresentação da temática - Objetivos da sessão	Expositivo	Computador, Data show e Diapositivos	Patrícia Gouveia	90 minutos
Desenvolvimento	- Enquadramento Teórico	Expositivo Demonstrativo Experimental	Computador, Data show, Diapositivos, mala de transporte pediátrico, documentos de registo de enfermagem	Patrícia Gouveia	
	- Realidade no SU				
	- As crianças são diferentes				
	- Triangulo de Avaliação Pediátrica				
	- Procedimento: - Decisão - Planeamento/Responsabilidades - Efetivação				
	- Desconstruir a mala de transporte				
	- Conhecer os documentos de registos de enfermagem				
Conclusão	- Considerações finais	Expositivo Interrogativo		Patrícia Gouveia	
	- Esclarecimento de dúvidas e questões				

	- Avaliação da sessão/formadores	Aplicação de questionário	Computador, Data show, Diapositivos, Questionário de avaliação da sessão		

APÊNDICE XXIV – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO – O TIP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

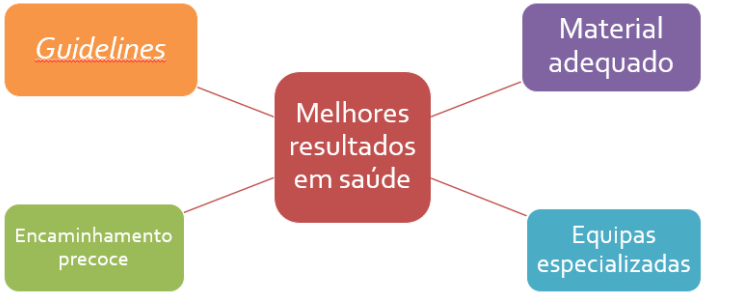
Patrícia Oliveira Gouveia

Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Objetivos da Sessão

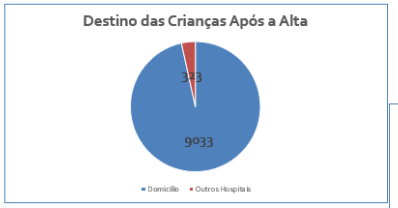
- Dar a conhecer os procedimento em caso de necessidade de TIP
- Realizar enquadramento teórico sobre o TIP;
- Reforçar importância de um TIP organizado no serviço;
- Sistematizar a atuação perante um TIP;
- Dar a conhecer os materiais disponíveis de apoio à organização do TIP.

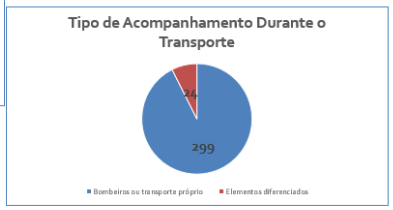
O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico



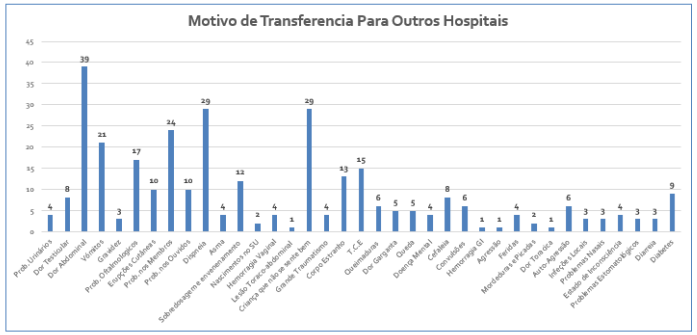
(Emergency Medical Services Authority, 2015)

Realidade no SU





Realidade no SU



As Crianças São Diferentes

Peso

- <1ano= (idade meses + 9)/2 ; 1-10 anos= (2xidade)+8 ; >10 anos (3xidade)

Tamanho TET

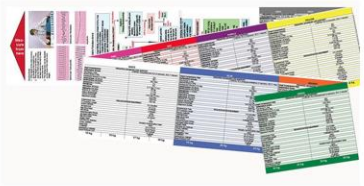
- (Idade+4)/4 ou (idade+3,5)/4 se c/cuff

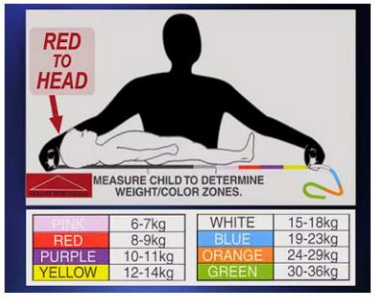
Distancia comissura labial

- (idade +12)/2 se oral ; (idade+14)/2 se nasal ; RN(peso+6)

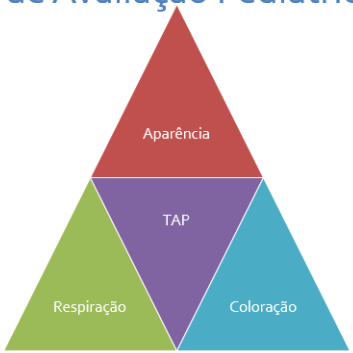
As Crianças São Diferentes

- Fita de Broselow





Triangulo de Avaliação Pediátrica



Triangulo de Avaliação Pediátrica: APARÊNCIA

Tónus muscular e estado de consciência – Reflete adequação das funções respiratória, circulatória e cerebral.

Ausência de movimento espontâneo. Não fica de pé ou sentado	Menos alerta/interativo, não reage à observação	Não tem interação com pessoas, ambiente, brinquedos, objetos	Inconsolável, impossível de confortar	Choro fraco ou discurso anormal para a idade	Posição de conforto anormal	Convulsões ou movimentos anómalos

Triangulo de Avaliação Pediátrica: RESPIRAÇÃO

Situação respiratória da criança, especialmente o grau de esforço para ventilar e oxigenar

Ruídos respiratórios anormais: Ressonar, rouquidão, estridor, gemido, pieira	Tiragem: Supraclavicular, intercostal, subesternal, balanceio da cabeça	Adejo nasal

Triangulo de Avaliação Pediátrica: COLORAÇÃO

Situação circulatória da criança, inicialmente em termos de perfusão cutânea

Palidez: Pele ou mucosas brancas ou pálidas	Marmoreada: Descoloração cutânea heterogénea	Cianose: Descoloração azulada da pele e mucosas

Procedimento: Decisão

- É um ato médico;
- Deve avaliar-se o risco inerente ao transporte, comparativamente ao benefício do mesmo, ponderando principalmente situações de hipoxia, híper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular;
- A forma de realizar o transporte de uma criança gravemente doente também é uma competência médica que pode solicitar:
  - Equipa do Transporte Inter-hospitalar pediátrico (TIP) do INEM
  - Ambulância dentro das várias categorias de

Procedimento: Planeamento

- Coordenação dos meios a mobilizar
- Comunicação com o serviço de destino
- Comunicação com os pais/representante legal
- Estabilização
- Equipa de transporte
- Material e equipamento
- Transporte
- Documentação (registos, exames complementares de diagnostico, prescrições)

Procedimento: Responsabilidades

- Médico:
  - Requisitar o transporte;
  - Comunicar com o enfermeiro responsável;
  - Informar os pais sobre a situação do doente e necessidade de transporte;
  - Elaborar registos médicos da alta/transferência;
  - Transmitir à equipa de transporte a informação pertinente e relevante.

Procedimento: Responsabilidades

- Enfermeiro:
  - Em conjunto com o médico e com base no preenchimento da grelha de ATIP (anexo 1), determinar a necessidade da composição da equipa que vai acompanhar o doente no TIP;
  - Acompanhar os doentes nível B, C e D (anexo 1);
  - Ser possuidor de informação de enfermagem, relativa ao doente;
  - Preparar a criança/família para o transporte;
  - Providenciar os meios adequados de monitorização de acordo com o resultado do preenchimento do anexo 1 e selecionados pelo médico;
  - Prever as complicações possíveis de acontecer, para cada caso;

Procedimento: Responsabilidades

- Verificar operacionalidade do material;
- Se necessário, acrescentar à mala de transporte de material, terapêutica/ material de uso clínico específico para cada doente;
- Permanecer com o doente durante o período de transporte. Escrever as ocorrências na folha de transporte;
- Preencher o DRAC em conjunto com a restante equipa de enfermagem e, se possível, com o médico responsável;
- Rever a Check-list Pré-Partida em conjunto com a restante equipa de enfermagem e, se possível, com o médico responsável;
- Após o TIP, arquivar os anexos 1,2 e 3, devidamente preenchidos num dossier de arquivo para o efeito, no serviço de origem;
- Averiguar/ validar a composição da mala de TIP, tendo em conta a lista de verificação para o e selar com os selos simples.

Procedimento: Efetivação

- Fica a cargo da equipa de enfermagem e, se necessário, médica, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento em que o doente é entregue à equipa de saúde do hospital de destino
- A qualidade dos cuidados prestados durante o transporte não pode ser inferior à que se verificou no hospital de origem e deve ser prevista a necessidade de os elevar.
- A composição da equipa de saúde que acompanha o doente no transporte inter-hospitalar deve ser determinada com base em critérios objetivos. Recomenda-se o uso da grelha "Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico" «

Procedimento

- **No Serviço de Origem:**
  - Após decisão da necessidade do TIP, validar informação junto da criança se idade/estado de consciência justificar;
  - Confirmar que os pais/representantes legais estão informados do TIP;
  - Determinar, em conjunto com o médico, a composição da equipa que vai acompanhar a criança no TIP, preenchendo a ATIP;
  - Validar com o médico o pedido do meio de transporte mais adequado, com apoio do pessoal administrativo;
  - Preencher o DRAC;
  - Preencher a Check-list Pré-Partida;
  - Validar selo da mala de material de uso clínico/ terapêutico;
  - Após o TIP, a equipa é responsável pelo arquivo de documentação inerente ao TIP;

Procedimento

- **Durante o transporte**
  - Apresentar-se à criança e aos pais/representantes legais;
  - Receber informação de enfermagem relativa à criança que vai ser transportada;
  - Rever o DRAC e Check-list Pré-Partida;
  - Verificar se os MCDT necessários acompanham o processo clínico;
  - Validar que a mala de transporte está devidamente selada e transportá-la;
  - Observar e prever, para cada caso, as complicações clínicas possíveis durante o TIP;
  - Acompanhar e permanecer junto da criança durante todo o TIP, até transferência de responsabilidade para a equipa que irá receber a criança no hospital de destino;
  - Assegurar acondicionamento seguro e (minimamente) confortável da criança/acompanhante na ambulância;

Procedimento

- Verificar e registar a hora de saída do hospital de origem;
- Preencher novo DRAC (Anexo 2) durante o transporte e registar sinais vitais com periodicidade adequada à situação clínica da criança;
- Se houver necessidade de realizar intervenções invasivas, se necessário, mandar parar o veículo;
- Em caso de alterações/ complicações clínicas, comunicar (telemóvel de serviço) com o médico responsável pela criança, do hospital de origem, e seguir as indicações dadas;
- Escrever as ocorrências no processo de enfermagem;
- Verificar/ registar hora de chegada ao hospital destino;
- Certificar-se que é transmitida toda a informação clínica à equipa de saúde do hospital destino;

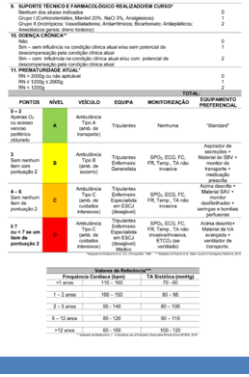
Procedimento

Após regresso ao hospital de origem:

- Arquivar os documentos ATIP, DRAC e Check-list Pré-Partida em dossier próprio para o efeito;
- Verificar e registar hora de retorno ao hospital de origem;
- Realizar registos em plataforma EXCEL® próprio para registos de TIP, disponível no ambiente de trabalho do computador da sala de triagem pediátrica;
- Validar a composição da mala de TIP, tendo em conta a lista de verificação para o efeito, repondo o material necessário e por fim selando a mala com os selos simples disponíveis para o efeito e posterior preenchimento do Documento de registo de abertura da mala de transporte pediátrica;
- Higienização/ desinfeção das mãos antes, depois do contato com o doente.

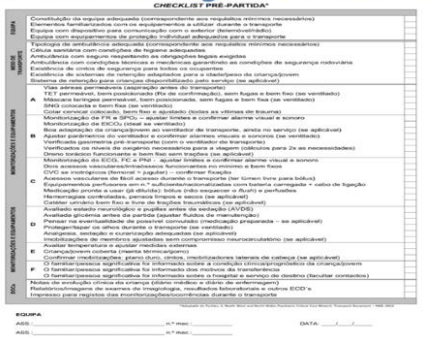
Desconstruir a mala de transporte

Documentos de registos de enfermagem



Documentos de registos de enfermagem

Documentos de registos de enfermagem



CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

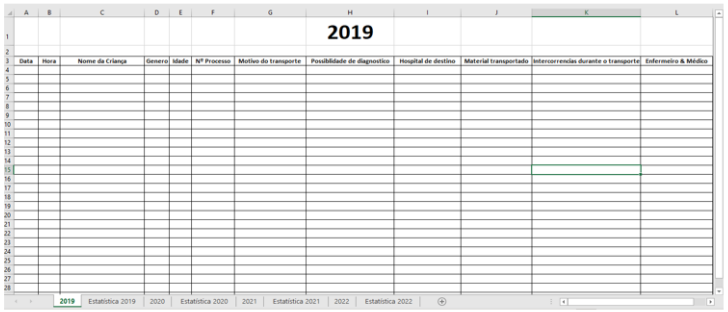
EQUIPA		Constituição da equipa adequada (corresponderte aos requisitos mínimos necessários)
		Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte
		Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)
		Equipa com equipamentos de proteção individual adequados para o transporte
MEIO TRANSPORTE		Tipologia da ambulância adequada (corresponderte aos requisitos mínimos necessários)
		Ambulância com seguro respeitando as obrigações legais exigidas
		Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária
		Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes
		Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem
		Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)
EQUIPAMENTO	A	Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)
		TET/ Laringoscópio (2 lâminas) (fita de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)
		Máscara laríngea (2 tamanhos), bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)
		SNG colocada e bem fixa (se ventilado)
		Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todos as vítimas de trauma)
	B	Monitorização de FR e SPO_2 – ajustar limites e confirmar alarmes visual e sonoro
		Monitorização de ECO_2 (ideal se ventilado)
		Boa adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)
		Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)
		Verificada gasometria pré-transporte (com o ventilador do transporte)
		Ventilador de transporte com bateria carregada + cabo de ligação (ou outros para 2x as necessidades)
		Dreno torácico funcionante e bem fixo sem tragões (se aplicável)
	C	Monitorização do ECG, FC e PNI - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro
		Dois acessos vasculares/intraósseos funcionantes no mínimo e bem fixos
		CVC se indirgicos (femoral > jugular) – confirmar fixação
		Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (se lúmen livre para bólus)
		Equipamentos perfusores em nº suficiente/racionalizados com bateria carregada + cabo de ligação
		Todas as linhas (SF, SG, drogas) devidamente identificadas (etiquetas) e perfusões
		Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)
		Cateter urinário bem fixo e livre de tragões traumáticas (se aplicável)
	D	Avaliado estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVDS)
		Avaliada glicémia antes da partida (ajuster fluidos de manutenção)
		Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)
		Protegerfalar os olhos durante o transporte (se ventilado)
		Imobilizações de membros ajustadas sem comprometer neurocirculatório (se aplicável)
	E	Avaliar temperatura e ajustar medidas externas
		Criança/jovem coberta (manta térmica/gorro)
		Confirmar medicações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)
	F	O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem
		O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência
		O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)
DOC.		Notas de evolução clínica da criança (diário médico e diário de enfermagem)
		Relatórios/imagens de exames de imagiologia, resultados laboratoriais e outros ECD's
		Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte

EQUIPA

ASS: _____ nº mec: _____ DATA: ___/___/___

ASS: _____ nº mec: _____

Documentos de registos de enfermagem

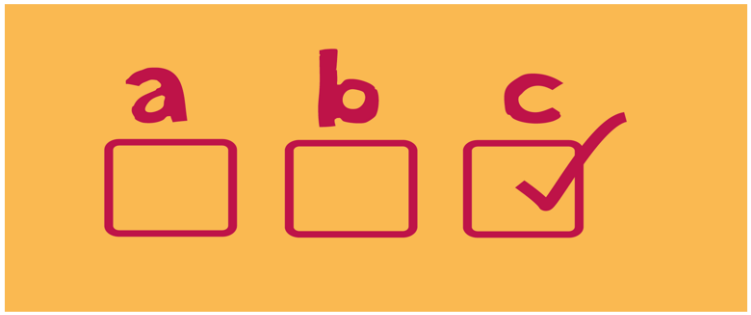


2019

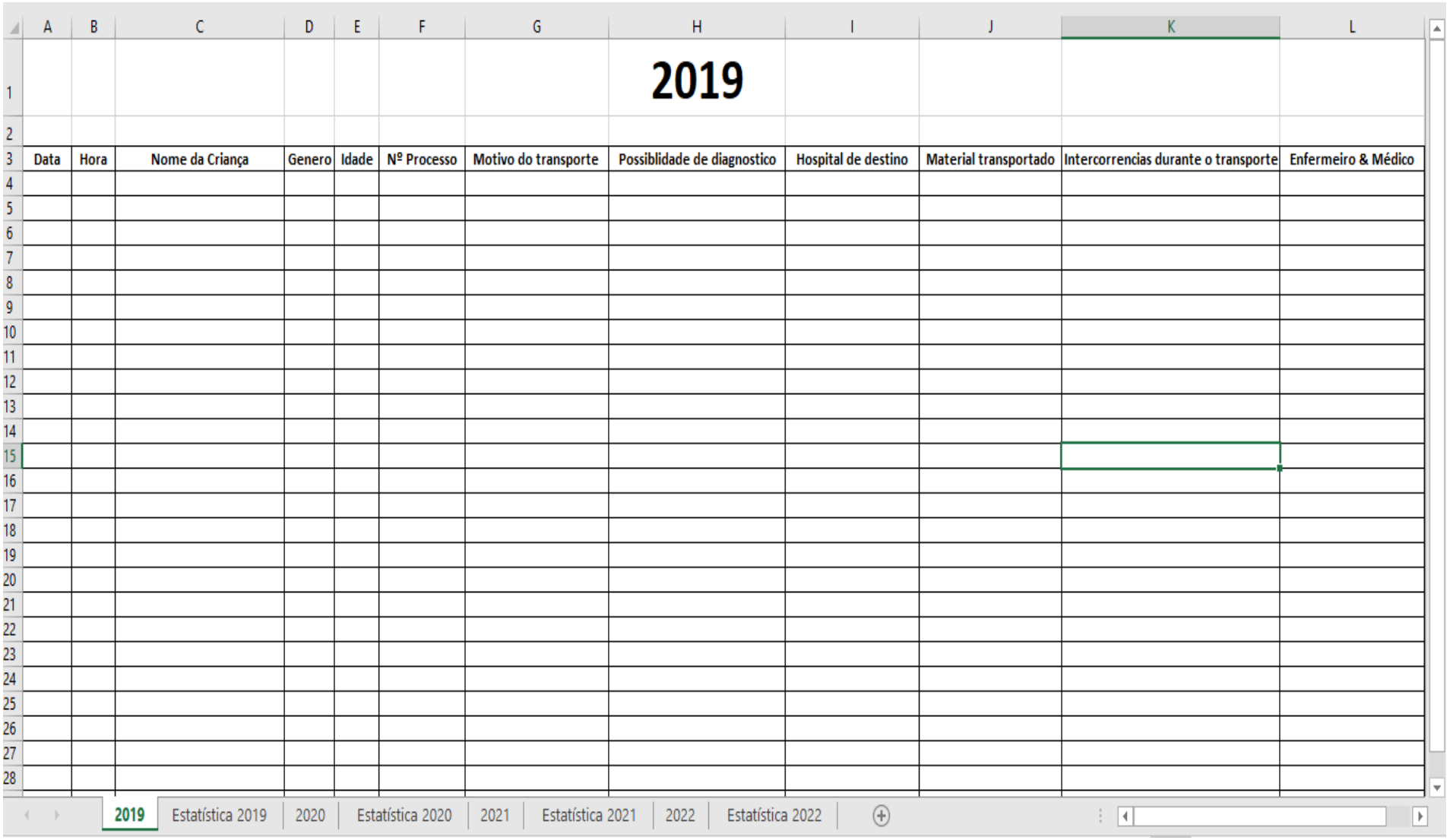
Data	Hora	Nome da Criança	Genero	Idade	Nº Processo	Motivo do transporte	Possibilidade de diagnostico	Hospital de destino	Material transportado	Intercorrencias durante o transporte	Enfermeiro & Médico

2019 | Estatística 2019 | 2020 | Estatística 2020 | 2021 | Estatística 2021 | 2022 | Estatística 2022

Avaliação da formação



APÊNDICE XXV – DOCUMENTO INFORMÁTICO DE REGISTO DE TIP'S



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1								2019				
2												
3	Data	Hora	Nome da Criança	Genero	Idade	Nº Processo	Motivo do transporte	Possiblidade de diagnostico	Hospital de destino	Material transportado	Intercorrencias durante o transporte	Enfermeiro & Médico
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												

2019 | Estatística 2019 | 2020 | Estatística 2020 | 2021 | Estatística 2021 | 2022 | Estatística 2022

APÊNDICE XXVI – REGISTOS DE ENFERMAGEM PARA O TIP

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM (COLAR ETIQUETA)

SERVIÇO DE ORIGEM:

HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO:

MÉDICO QUE RECEBE A CRIANÇA/JOVEM:

IDADE ATUAL: **PESO ATUAL:** **ALTURA ATUAL:**

ANTECEDENTES PESSOAIS: ALERGIAS:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ATUAL:

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA/JOVEM*

AVALIAR		CONDIÇÃO CLÍNICA	SUPORTE
A	*AIRWAY*	[ ] Permeável [ ] Não Permeável: [ ] Ruídos da VA [ ] Rouquidão [ ] Estridor? [ ] Desvio da traqueia [ ] Ingurgitamento jugular [ ] Efisema SC TRAUMA: [ ] imobilização cervical [ ] plano duro [ ] *coquille* [ ] talas	[ ] Tubo orofaríngeo n.º____ [ ] Tubo nasofaríngeo n.º____ [ ] **Tubo orotraqueal** n.º____ [ ] **Tubo nasotraquel** n.º____ [ ] Máscara laríngea n.º____ [ ] outro: n.º
B	*BREATHING*	**FR**(cpm):	OXIGÉNIO / VENTILAÇÃO
		Respiração: [ ] Eupneia [ ] Superficial [ ] Taquipneia [ ] Tiragem [ ] Bradipneia [ ] Expansão simétrica [ ] Apneia [ ] Paradoxal	FiO_2(%)____ O_2(L/m)____ [ ] Másc. 100% [ ] Másc. Venturi [ ] Óculos nasais [ ] Sonda nasal
		AP: [ ] Normal [ ] sibilos [ ] hipofonia [ ] Estridor [ ] crepitações [ ] ausentes	**CPAP**: FiO_2(%); PEEP(mmHg); FR(cpm)
		SPO_2(%) **$ETCO_2$**(mmHg)	**VM**: Modo; $FiO_{2(\%)}$; FR(cpm); Tinsp(s); PEEP(cmH_2O); PIP(cmH_2O); I:E; VC(ml)
		Gasimetria (hora:__:__) pH____ pCO_2____ pO_2____ HCO_3____ BE____ Lact____	
		Tórax: [ ] Pneumotórax [ ] outro:	[ ] Dreno torácico Obs.:
		Estômago: [ ] Abdómen distendido/timpanizado	[ ] SNG [ ] SOG
C	*CIRCULATION*	**FC**(bpm) **Pulso**: [ ] Regular [ ] Irregular [ ] Cheio [ ] Fino	ACESSOS: TIPO / N.º / LOCAL
		PA(mmHg) PAS: PAD: PAM:	[ ] VP [ ] VP [ ] CVC [ ] IO [ ] Linha A
		Pele: [ ] Rosada [ ] Pálida [ ] Cianosada [ ] Marmoreada **TPC**: [ ] ≤ 2s [ ] > 2s	
		ECG(ritmo): [ ] Ritmo sinusal [ ] Taquicardia [ ] Arritmia sinusal [ ] Bradicardia [ ] Outro(s):	MEDICAÇÃO
		Hemorragias: [ ] Externas [ ] Internas conhecidas [ ] ocultas	
D	*DISABILITY*	**Consciência**: [ ] GCS: (O ;V ;M) [ ] AVPU:	[ ] Corticoides [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Osmoterapia [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Analgésicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antibióticos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antiepiléticos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Inotrópicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antiarrítmicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Anestésicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Bicarbonatos [ ] Bólus [ ] Perfusão
		Dor: valor Tipo: Local:____	
		Pupilas: [ ] Isocóricas/isoreativas [ ] Miose [ ] Anisocóricas [ ] Midríase	
		HIC: [ ] Hipertensão [ ] Bradicardia [ ] Resp. irregular	
		Sinais focais: [ ] Força muscular Ob.: [ ] Défices sensório motores Ob.:	
		Convulsões: [ ] Não [ ] Mal convulsivo [ ] Focais [ ] Ausência	
		Glicémia(mg/dl) **Cetonémia**(mmol/l)	
E	*EXPOSURE*	**Diurese**: Valor DU (ml): em h	[ ] Algaliação
		Temperatura(ºC): Valor Temp.: [ ] Timpânica [ ] retal [ ] axilar	[ ] Ultimo antipirético às: h m
		Lesões corporais: Obs.:	[ ] Manta térmica [ ] Pensos Obs.:
F	*FAMILY*	- A família está presente? [ ] Não [ ] Sim Quem? [ ] Mãe [ ] Pai [ ] Avó [ ] Avô [ ] Irmãos [ ] Outro:____ - Estão informados sobre a situação clínica da criança/jovem? [ ] Não [ ] Sim Quem informou?____ - O acompanhante da criança/jovem está emocionalmente estável? [ ] Não [ ] Sim - O acompanhante da criança/jovem possui meios próprios de transporte? [ ] Não [ ] Sim	

*Adaptado de SEM-P. IBE. Información Básica Estructurada de Paciente. Maio 2011 (v2.0; v1.0: Junho 2009)

Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

(A avaliação dos parâmetros, é realizada no serviço de origem, perante a condição clínica da criança/jovem no momento, após a sua estabilização)

PARÂMETRO			PONTUAÇÃO
1. VIA AÉREA ARTIFICIAL*			
Não			0
Sim (adjuvantes básicos)			1
Sim (TET ou traqueostomia)			2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**			
0 – 1 anos**	30 – 40		0
	25 - 29	41 – 50	1
	<25	50+	2
1 – 2 anos**	25 – 35		0
	20 - 24	36 - 50	1
	<20	50+	2
2 – 5 anos**	25 - 30		0
	20 - 24	31 - 40	1
	<20	+40	2
5 – 12 anos**	20 - 25		0
	15 - 19	26 - 46	1
	<15	40+	2
13 – 16 anos**	15 - 20		0
	12 - 14	20 - 25	1
	<12	25+	2
17 – 18 anos*	10 - 14		0
	15 – 25		1
	<10	35+	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO*			
Não			0
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 < 40%)			1
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)			2
4. ACESSOS VENOSOS*			
Não			0
Acesso Periférico em criança/jovem estável (não exclui catéter obturado)			1
Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central			2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*			
Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade – consultar tabela no final do documento)			0
Moderadamente estável			1
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)			2
6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA*			
Não			0
Sim (desejável)			1
Sim (em doente instável)			2
7. RISCO DE ARRITMIAS*			
Não			0
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.			1
Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.			2
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVPU)**			
Alerta (A)			0
Voz (V)			1
Dor (P) ou Inconsciente (U)			2

9. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO REALIZADO/EM CURSO*	
Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I (Corticosteróides, Manitol 20%, NaCl 3%, Analgésicos)	1
Grupo II (Inotrópicos; Vasodilatadores; Antiarrítmicos; Bicarbonato; Antiepiléticos; Anestésicos gerais; dreno torácico)	2
10. DOENÇA CRÓNICA**	
Não	0
Sim – sem influência na condição clínica atual e/ou sem potencial de descompensação pela condição clínica atual	1
Sim – com influência na condição clínica atual e/ou com potencial de descompensação pela condição clínica atual	2
11. PREMATURIDADE ATUAL*	
RN > 2000g ou não aplicável	0
RN ≥ 1200g ≤ 2000g	1
RN < 1200g	2
TOTAL:	

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 – 2 Apenas O_2 ou acesso venoso periférico obturado	**A**	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	"Standard"
3 Sem nenhum item com pontuação 2	**B**	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita
4 – 6 Sem nenhum item de pontuação 2	**C**	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável)	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + seringas e bombas perfusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	**D**	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável) Médico	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, $ETCO_2$ (se ventilado)	Acima descrito+ Material de VA avançada + ventilador de transporte.

*Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998. ** Adaptado de Roland et al., Open Journal or Emergency Medicine, 2016.

Valores de Referência***		
	Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 anos	110 – 160	70 - 60
1 – 2 anos	100 – 150	80 – 95
2 – 5 anos	95 - 140	80 – 100
5 – 12 anos	80 - 120	90 – 110
>12 anos	60 - 100	100 - 120

***Adaptado de Baldenstone, T., A Guideline use of Paediatric Observation Priority Score (POPS), 2016.

Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.

CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

EQUIPA		Constituição da equipa adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
		Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte	
		Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)	
		Equipa com equipamentos de proteção individual adequados para o transporte	
MEIO DE TRANSPORTE		Tipologia de ambulância adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
		Célula sanitária com condições de higiene adequadas	
		Ambulância com seguro respeitando as obrigações legais exigidas	
		Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária	
		Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes	
		Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem	
		Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	A	Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)	
		TET permeável, bem posicionado (Rx de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)	
		Máscara laríngea permeável, bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)	
		SNG colocada e bem fixa (se ventilado)	
		Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todas as vítimas de trauma)	
	B	Monitorização de FR e SPO_2 – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
		Monitorização de $EtCO_2$ (ideal se ventilado)	
		Boa adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)	
		Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)	
		Verificada gasimetria pré-transporte (com o ventilador de transporte)	
		Verificados os níveis de oxigénio necessários para a viagem (cálculos para 2x as necessidades)	
		Dreno torácico funcionante e bem fixo sem trações (se aplicável)	
	C	Monitorização do ECG, FC e PNI - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
		Dois acessos vasculares/intraósseos funcionantes no mínimo e bem fixos	
		CVC se inotrópicos (femoral > jugular) – confirmar fixação	
		Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (ter lúmen livre para bólus)	
		Equipamentos perfusores em n.º suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
		Medicação pronta a usar (já diluída): bólus (não esquecer o *flush*) e perfusões	
		Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)	
		Catéter urinário bem fixo e livre de trações traumáticas (se aplicável)	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS	D	Avaliado estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVDS)	
		Avaliada glicémia antes da partida (ajustar fluidos de manutenção)	
		Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)	
		Proteger/tapar os olhos durante o transporte (se ventilado)	
		Analgesia, sedação e curarização adequadas (se aplicável)	
		Imobilizações de membros ajustadas sem compromisso neurocirculatório (se aplicável)	
	E	Avaliar temperatura e ajustar medidas externas	
		Criança/jovem coberta (manta térmica/gorro)	
		Confirmar imobilizações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)	
	F	O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem	
		O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência	
		O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)	
DOCs		Notas de evolução clínica da criança (diário médico e diário de enfermagem)	
		Relatórios/imagens de exames de imagiologia, resultados laboratoriais e outros ECD´s	
		Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte	

*Adaptado de Parkins, K. North West and North Wales Paediatric Critical Care Network: Transport Document – NHS, 2013

EQUIPA

ASS.:_____ n.º mec.:_____ DATA: ____/____/_____

ASS.:_____ n.º mec.:_____

Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM (COLAR ETIQUETA)

SERVIÇO DE ORIGEM:

HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO:

MÉDICO QUE RECEBE A CRIANÇA/JOVEM:

IDADE ATUAL: **PESO ATUAL:** **ALTURA ATUAL:**

ANTECEDENTES PESSOAIS: ALERGIAS:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ATUAL:

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA/JOVEM*

AVALIAR		CONDIÇÃO CLÍNICA	SUPORTE
A	*AIRWAY*	[ ] Permeável [ ] Não Permeável: [ ] Ruídos da VA [ ] Rouquidão [ ] Estridor? [ ] Desvio da traqueia [ ] Ingurgitamento jugular [ ] Efisema SC TRAUMA: [ ] imobilização cervical [ ] plano duro [ ] *coquille* [ ] talas	[ ] Tubo orofaríngeo n.º____ [ ] Tubo nasofaríngeo n.º____ [ ] **Tubo orotraqueal** n.º____ [ ] **Tubo nasotraquel** n.º____ [ ] Máscara laríngea n.º____ [ ] outro: n.º
B	*BREATHING*	**FR**(cpm):	OXIGÉNIO / VENTILAÇÃO
		Respiração: [ ] Eupneia [ ] Superficial [ ] Taquipneia [ ] Tiragem [ ] Bradipneia [ ] Expansão simétrica [ ] Apneia [ ] Paradoxal	FiO_2(%)____ O_2(L/m)____ [ ] Másc. 100% [ ] Másc. Venturi [ ] Óculos nasais [ ] Sonda nasal
		AP: [ ] Normal [ ] sibilos [ ] hipofonia [ ] Estridor [ ] crepitações [ ] ausentes	**CPAP**: FiO_2(%); PEEP(mmHg); FR(cpm)
		SPO₂(%) ____ **ETCO₂**(mmHg) ____	**VM**: Modo; FiO_2(%); FR(cpm); Tinsp(s); PEEP(cmH_2O); PIP(cmH_2O); I:E; VC(ml)
		Gasimetria (hora:__:__): pH____ pCO_2____ pO_2____ HCO_3____ BE____ Lact____	
		Tórax: [ ] Pneumotórax [ ] outro:	[ ] Dreno torácico Obs.:
		Estômago: [ ] Abdómen distendido/timpanizado	[ ] SNG [ ] SOG
C	*CIRCULATION*	**FC**(bpm) ____ **Pulso**: [ ] Regular [ ] Irregular [ ] Cheio [ ] Fino	ACESSOS
		PA(mmHg) PAS: PAD: PAM:	TIPO: [ ] VP [ ] VP [ ] CVC [ ] IO [ ] Linha A; N.º; LOCAL
		Pele: [ ] Rosada [ ] Pálida [ ] Cianosada [ ] Marmoreada **TPC**: [ ] ≤ 2s [ ] > 2s	
		ECG(ritmo): [ ] Ritmo sinusal [ ] Arritmia sinusal [ ] Outro(s): [ ] Taquicardia [ ] Bradicardia	MEDICAÇÃO
		Hemorragias: [ ] Externas [ ] Internas conhecidas [ ] ocultas	
D	*DISABILITY*	**Consciência**: [ ] GCS: (O ;V ;M) [ ] AVPU:	[ ] Corticoides [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Osmoterapia [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Analgésicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antibióticos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antiepiléticos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Inotrópicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antiarrítmicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Anestésicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Bicarbonatos [ ] Bólus [ ] Perfusão
		Dor: valor; Tipo:; Local:____	
		Pupilas: [ ] Isocóricas/isoreativas [ ] Miose [ ] Anisocóricas [ ] Midríase	
		HIC: [ ] Hipertensão [ ] Bradicardia [ ] Resp. irregular	
		Sinais focais: [ ] Força muscular Ob.: [ ] Déficits sensório motores Ob.:	
		Convulsões: [ ] Não [ ] Mal convulsivo [ ] Focais [ ] Ausência	
		Glicémia(mg/dl) **Cetonémia**(mmol/l)	
E	*EXPOSURE*	**Diurese**: Valor DU (ml): em h	[ ] Algaliação
		Temperatura(ºC): Valor Temp.: [ ] Timpânica [ ] retal [ ] axilar	[ ] Último antipirético às: h m
		Lesões corporais: Obs.:	[ ] Manta térmica [ ] Pensos Obs.:
F	*FAMILY*	- A família está presente? [ ] Não [ ] Sim Quem? [ ] Mãe [ ] Pai [ ] Avó [ ] Avô [ ] Irmãos [ ] Outro:____ - Estão informados sobre a situação clínica da criança/jovem? [ ] Não [ ] Sim Quem informou?____ - O acompanhante da criança/jovem está emocionalmente estável? [ ] Não [ ] Sim - O acompanhante da criança/jovem possui meios próprios de transporte? [ ] Não [ ] Sim	

*Adaptado de SEM-P. IBE. Información Básica Estructurada de Paciente. Maio 2011 (v2.0; v1.0: Junho 2009)

Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.

ANEXOS

ANEXO I - PARÂMETROS A AVALIAR PARA PREENCHIMENTO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Parâmetros a avaliar para preenchimento da escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada

Idade		Parâmetros a avaliar		Material
6 Meses	CAS[1]	Muito ativo, atento e curioso: explora ambiente em todas as direções; quando oferecida roca abana deliberadamente; explora brinquedos / objetos		Roca
	VMF[1]	Tem preensão palmar (usa ambas as mãos para alcançar um objeto) Transfere objetos de uma mão para a outra Leva objetos à boca e explora-os Se o objeto cai, esquece-o imediatamente (não procura o objeto que caiu) - Colocar objeto (ex. cubo) em cima da mesa, no campo visual da criança, e posteriormente, em frente à criança, atirá-lo para o chão Boa convergência (sem estrabismo) Reflexos de proteção (valorização de assimetrias) - Paraquedas: segurando a criança pelo tronco e inclinando-a subitamente na direção do chão observa-se extensão e abdução dos braços e pernas e abertura das mãos - Proteção lateral: provoca-se desequilíbrio lateral quando a criança está sentada e observa-se extensão do braço e mão evitando a queda		Cubo Cubo
	PMG[1]	Em decúbito ventral, faz apoio nas mãos com braços estendidos levantando a cabeça Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio (por breves momentos) o Sentado sem apoio, independente, alcançado entre os 5-9 meses o Dorso direito De pé faz apoio plantar		
	AL[1]	Segue e localiza os sons a 45cm ao nível do ouvido (assobiar, cantar baixo, abanar roca suavemente) Vocaliza monossílabos e dissílabos o Sons com "p", "m", "t" quando sozinho ou em interação Dá gargalhadas o Grita quando contrariado ou quando quer chamar a atenção		Roca

Nota 1: CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

ANEXO II - AVALIAÇAO FINAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

[redacted]

Candidatura n.º	Tipologia n.º	Curso n.º	Acção n.º

Formação:

Avaliação Final da Acção

1. Dados Pessoais do/a Formando/a:

1.1.Idade: ☐ 1.2. Sexo: Mas. ☐ Fem. ☐ 1.3. Habilitações Académicas: ☐

2. Em termos gerais, esta acção de formação correspondeu às suas expectativas:

Nada	Em parte	Muito	Totalmente
1	2	3	4

3. Interesse da Acção

No decorrer da Acção, qual foi a sua opinião relativamente:

	Negativa			Positiva
3.1.Aos objectivos do programa	1	2	3	4
3.2.À relevância dos temas	1	2	3	4
3.3.À utilidade para a realização da função	1	2	3	4

4. Avaliação da Acção:

De um modo geral, qual a sua opinião relativamente:

	Negativa			Positiva
4.1.Aos seus progressos na aprendizagem	1	2	3	4
4.2.À sua motivação e participação	1	2	3	4
4.3.Conteúdo do Curso	1	2	3	4
4.4.Ao relacionamento entre participantes	1	2	3	4
4.5.Às instalações e ao espaço de formação	1	2	3	4
4.6.Aos equipamentos de apoio	1	2	3	4
4.7.À documentação recebida	1	2	3	4
4.8.Ao apoio técnico-administrativo	1	2	3	4
4.9.Ao desempenho global dos/as formadores/as	1	2	3	4

5. Comentários/Sugestões

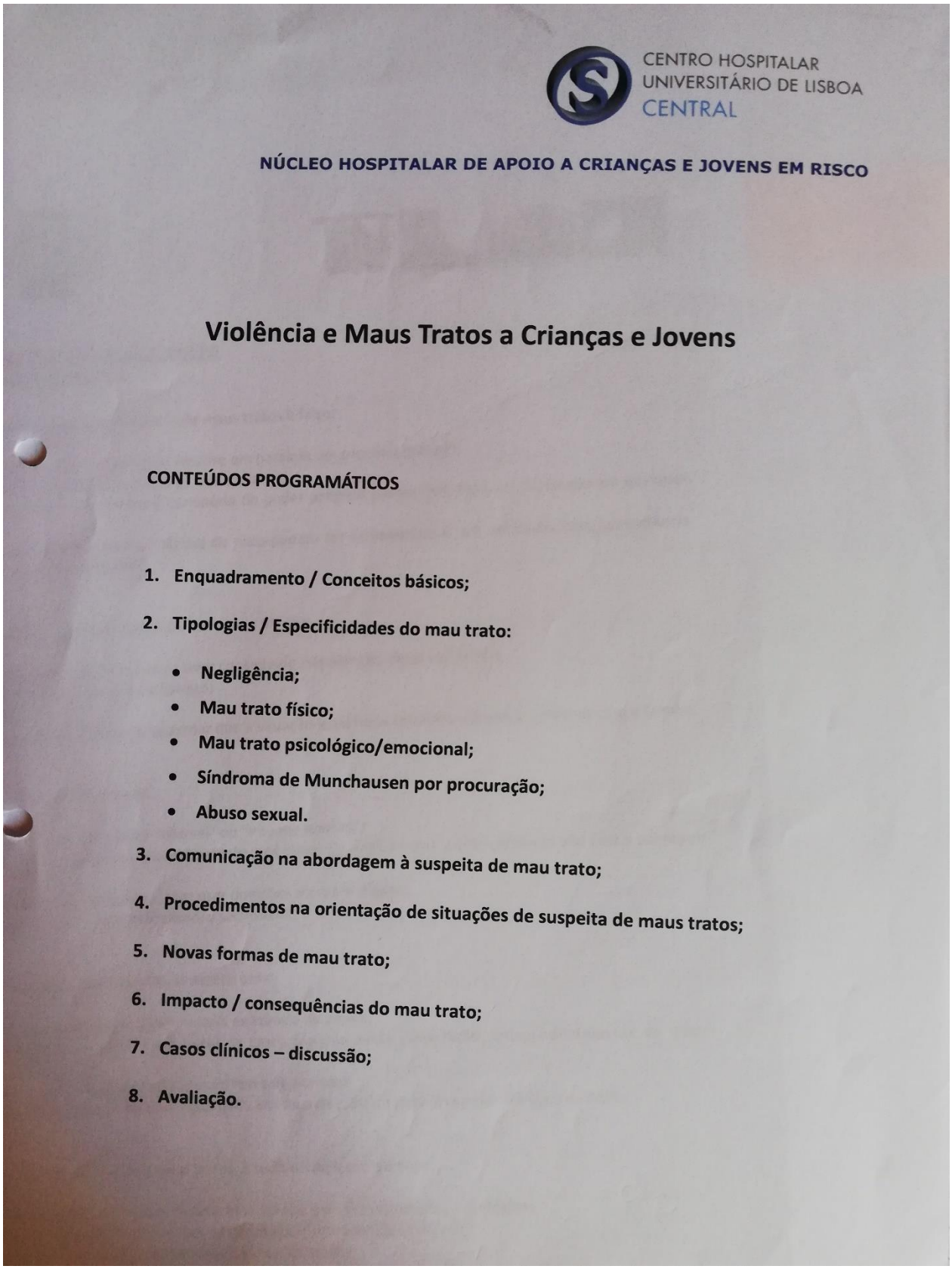
Agradecemos a sua Colaboração!

POPH

UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

Acção co-financiada pelo FSE

ANEXO III - PROGRAMA DA FORMAÇÃO “VIOLENCIA E MAUS TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS”



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

1. **Enquadramento / Conceitos básicos;**
2. **Tipologias / Especificidades do mau trato:**
   - **Negligência;**
   - **Mau trato físico;**
   - **Mau trato psicológico/emocional;**
   - **Síndroma de Munchausen por procuração;**
   - **Abuso sexual.**
3. **Comunicação na abordagem à suspeita de mau trato;**
4. **Procedimentos na orientação de situações de suspeita de maus tratos;**
5. **Novas formas de mau trato;**
6. **Impacto / consequências do mau trato;**
7. **Casos clínicos – discussão;**
8. **Avaliação.**

ANEXO IV - DOCUMENTO DE REGISTO DA AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM
(COLAR ETIQUETA)

SERVIÇO DE ORIGEM:

HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO:

MÉDICO QUE RECEBE A CRIANÇA/JOVEM:

IDADE ATUAL: **PESO ATUAL:** **ALTURA ATUAL:**

ANTECEDENTES PESSOAIS: ALERGIAS:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ATUAL:

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA/JOVEM*

AVALIAR		CONDIÇÃO CLÍNICA	SUPORTE
A	*AIRWAY*	[ ] Permeável [ ] Não Permeável: [ ] Ruídos da VA [ ] Rouquidão [ ] Estridor? [ ] Desvio da traqueia [ ] Ingurgitamento jugular [ ] Efisema SC TRAUMA: [ ] imobilização cervical [ ] plano duro [ ] *coquille* [ ] talas	[ ] Tubo orofaríngeo n.º____ [ ] Tubo nasofaríngeo n.º____ [ ] **Tubo orotraqueal** n.º____ [ ] **Tubo nasotraquel** n.º____ [ ] Máscara laríngea n.º____ [ ] outro: n.º
B	*BREATHING*	**FR**(cpm):	OXIGÉNIO / VENTILAÇÃO
		Respiração: [ ] Eupneia [ ] Superficial [ ] Taquipneia [ ] Tiragem [ ] Bradipneia [ ] Expansão simétrica [ ] Apneia [ ] Paradoxal	FiO_2(%)____ O_2(L/m)____ [ ] Másc. 100% [ ] Másc. Venturi [ ] Óculos nasais [ ] Sonda nasal
		AP: [ ] Normal [ ] sibilos [ ] hipofonia [ ] Estridor [ ] crepitações [ ] ausentes	
		SPO_2(%) **$ETCO_2$**(mmHg)	
		Gasimetria (hora:__:__): pH____ pCO_2____ pO_2____ HCO_3____ BE____ Lact____	
		Tórax: [ ] Pneumotórax [ ] outro:	[ ] Dreno torácico Obs.:
		Estômago: [ ] Abdómen distendido/timpanizado	[ ] SNG [ ] SOG
C	*CIRCULATION*	**FC**(bpm) **Pulso** [ ] Regular [ ] Irregular [ ] Cheio [ ] Fino	ACESSOS
		PA(mmHg) PAS: PAD: PAM:	TIPO / N.º / LOCAL
		Pele: [ ] Rosada [ ] Pálida [ ] Cianosada [ ] Marmoreada **TPC** [ ] ≤ 2s [ ] > 2s	[ ] VP [ ] VP [ ] CVC [ ] IO [ ] Linha A
		ECG(ritmo): [ ] Ritmo sinusal [ ] Taquicardia [ ] Arritmia sinusal [ ] Bradicardia [ ] Outro(s):	MEDICAÇÃO
		Hemorragias: [ ] Externas [ ] Internas conhecidas [ ] ocultas	
D	*DISABILITY*	**Consciência**: [ ] GCS: (O ;V ;M) [ ] AVPU:	[ ] Corticoides [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Osmoterapia [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Analgésicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antibióticos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antiepiléticos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Inotrópicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Antiarrítmicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Anestésicos [ ] Bólus [ ] Perfusão [ ] Bicarbonatos [ ] Bólus [ ] Perfusão
		Dor: 0 1 2 3 4 5 valor Tipo: Local:____	
		Pupilas: [ ] Isocóricas/isoreativas [ ] Miose [ ] Anisocóricas [ ] Midríase	
		HIC: [ ] Hipertensão [ ] Bradicardia [ ] Resp. irregular	
		Sinais focais: [ ] Força muscular Ob.: [ ] Déficits sensório motores Ob.:	
		Convulsões: [ ] Não [ ] Mal convulsivo [ ] Focais [ ] Ausência	
		Glicémia(mg/dl) **Cetonémia**(mmol/l)	
E	*EXPOSURE*	**Diurese**: Valor DU (ml): em h	[ ] Algaliação
		Temperatura(ºC): Valor Temp.: [ ] Timpânica [ ] retal [ ] axilar	[ ] Último antipirético às: h m
		Lesões corporais: Obs.:	[ ] Manta térmica [ ] Pensos Obs.:
F	*FAMILY*	- A família está presente? [ ] Não [ ] Sim Quem? [ ] Mãe [ ] Pai [ ] Avó [ ] Avô [ ] Irmãos [ ] Outro:_____ - Estão informados sobre a situação clínica da criança/jovem? [ ] Não [ ] Sim Quem informou?_____ - O acompanhante da criança/jovem está emocionalmente estável? [ ] Não [ ] Sim - O acompanhante da criança/jovem possui meios próprios de transporte? [ ] Não [ ] Sim	

*Adaptado de SEM-P. IBE: Información Básica Estructurada de Paciente. Maio 2011 (v2.0; v1.0: junho 2009)

Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.

ANEXO V - DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

(A avaliação dos parâmetros, é realizada no serviço de origem, perante a condição clínica da criança/jovem no momento, após a sua estabilização)

PARÂMETRO			PONTUAÇÃO
1. VIA AÉREA ARTIFICIAL*			
Não			0
Sim (adjuvantes básicos)			1
Sim (TET ou traqueostomia)			2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**			
0 – 1 anos**	30 – 40		0
	25 - 29	41 – 50	1
	<25	50+	2
1 – 2 anos**	25 – 35		0
	20 - 24	36 - 50	1
	<20	50+	2
2 – 5 anos**	25 - 30		0
	20 - 24	31 - 40	1
	<20	+40	2
5 – 12 anos**	20 - 25		0
	15 - 19	26 - 46	1
	<15	40+	2
13 – 16 anos**	15 - 20		0
	12 - 14	20 - 25	1
	<12	25+	2
17 – 18 anos*	10 - 14		0
	15 – 25		1
	<10	35+	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO*			
Não			0
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 < 40%)			1
Sim (Oxigenoterapia com FiO2 ≥ 40% ou Ventilação Mecânica)			2
4. ACESSOS VENOSOS*			
Não			0
Acesso Periférico em criança/jovem estável (não exclui catéter obturado)			1
Acesso Periférico em criança/jovem instável ou Acesso Central			2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA*			
Estável (FC e TAS dentro dos parâmetros normais para a idade – consultar tabela no final do documento)			0
Moderadamente estável			1
Instável (sob inotrópicos ou hemoderivados)			2
6. MONITORIZAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA*			
Não			0
Sim (desejável)			1
Sim (em doente instável)			2
7. RISCO DE ARRITMIAS*			
Não			0
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.			1
Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.			2
8. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVPU)**			
Alerta (A)			0
Voz (V)			1
Dor (P) ou Inconsciente (U)			2

9. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO REALIZADO/EM CURSO*	
Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I (Corticosteróides, Manitol 20%, NaCl 3%, Analgésicos)	1
Grupo II (Inotrópicos; Vasodilatadores; Antiarrítmicos; Bicarbonato; Antiepiléticos; Anestésicos gerais; dreno torácico)	2
10. DOENÇA CRÓNICA**	
Não	0
Sim – sem influência na condição clínica atual e/ou sem potencial de descompensação pela condição clínica atual	1
Sim – com influência na condição clínica atual e/ou com potencial de descompensação pela condição clínica atual	2
11. PREMATURIDADE ATUAL*	
RN > 2000g ou não aplicável	0
RN ≥ 1200g ≤ 2000g	1
RN < 1200g	2
TOTAL:	

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 – 2 Apenas O_2 ou acesso venoso periférico obturado	**A**	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	Tripulantes	Nenhuma	"Standard"
3 Sem nenhum item com pontuação 2	**B**	Ambulância Tipo B (amb. de socorro)	Tripulantes Enfermeiro Generalista	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita
4 – 6 Sem nenhum item de pontuação 2	**C**	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável)	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + seringas e bombas perfusoras
≥ 7 ou < 7 se um item de pontuação 2	**D**	Ambulância Tipo C (amb. de cuidados intensivos)	Tripulantes Enfermeiro Especialista em ESCJ (desejável) Médico	SPO_2, ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, $ETCO_2$ (se ventilado)	Acima descrito+ Material de VA avançada + ventilador de transporte.

*Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998. ** Adaptado de Roland et al., Open Journal or Emergency Medicine, 2016.

Valores de Referência***		
	Frequência Cardíaca (bpm)	TA Sistólica (mmHg)
<1 anos	110 – 160	70 - 60
1 – 2 anos	100 – 150	80 – 95
2 – 5 anos	95 - 140	80 – 100
5 – 12 anos	80 - 120	90 – 110
>12 anos	60 - 100	100 - 120

***Adaptado de Balderstone, T., A Guideline use of Paediatric Observation Priority Score (POPS), 2016.

Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora

ANEXO VI - CHECK-LIST PRÉ-PARTIDA

CHECKLIST PRÉ-PARTIDA*

EQUIPA		Constituição da equipa adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
		Elementos familiarizados com os equipamentos a utilizar durante o transporte	
		Equipa com dispositivo para comunicação com o exterior (telemóvel/rádio)	
		Equipa com equipamentos de proteção individual adequados para o transporte	
MEIO DE TRANSPORTE		Tipologia de ambulância adequada (correspondente aos requisitos mínimos necessários)	
		Célula sanitária com condições de higiene adequadas	
		Ambulância com seguro respeitando as obrigações legais exigidas	
		Ambulância com condições técnicas e mecânicas garantindo as condições de segurança rodoviária	
		Existência de cintos de segurança para todos os ocupantes	
		Existência de sistemas de retenção adaptados para a idade/peso da criança/jovem	
		Sistema de retenção para crianças disponibilizado pelo serviço (se aplicável)	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS		Vias aéreas permeáveis (aspiração antes do transporte)	
		TET permeável, bem posicionado (Rx de confirmação), sem fugas e bem fixo (se ventilado)	
	A	Máscara laríngea permeável, bem posicionada, sem fugas e bem fixa (se ventilado)	
		SNG colocada e bem fixa (se ventilado)	
		Colar cervical colocado, bem fixo e ajustado (todas as vítimas de trauma)	
		Monitorização de FR e SPO_2 – ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
		Monitorização de $EtCO_2$ (ideal se ventilado)	
		Boa adaptação da criança/jovem ao ventilador de transporte, ainda no serviço (se aplicável)	
	B	Ajustar parâmetros do ventilador e confirmar alarmes visuais e sonoros (se ventilado)	
		Verificada gasimetria pré-transporte (com o ventilador de transporte)	
		Verificados os níveis de oxigénio necessários para a viagem (cálculos para 2x as necessidades)	
		Dreno torácico funcionante e bem fixo sem trações (se aplicável)	
		Monitorização do ECG, FC e PNI - ajustar limites e confirmar alarme visual e sonoro	
		Dois acessos vasculares/intraósseos funcionantes no mínimo e bem fixos	
		CVC se inotrópicos (femoral > jugular) – confirmar fixação	
	C	Acessos vasculares de fácil acesso durante o transporte (ter lúmen livre para bólus)	
		Equipamentos perfusores em n.º suficiente/racionalizadas com bateria carregada + cabo de ligação	
		Medicação pronta a usar (já diluída): bólus (não esquecer o *flush*) e perfusões	
		Hemorragias controladas, pensos limpos e secos (se aplicável)	
		Catéter urinário bem fixo e livre de trações traumáticas (se aplicável)	
MONITORIZAÇÕES E EQUIPAMENTOS		Avaliado estado neurológico e pupilas antes da sedação (AVDS)	
		Avaliada glicémia antes da partida (ajustar fluidos de manutenção)	
	D	Pensar na eventualidade de possível convulsão (medicação preparada – se aplicável)	
		Proteger/tapar os olhos durante o transporte (se ventilado)	
		Analgesia, sedação e curarização adequadas (se aplicável)	
		Imobilizações de membros ajustadas sem compromisso neurocirculatório (se aplicável)	
		Avaliar temperatura e ajustar medidas externas	
	E	Criança/jovem coberta (manta térmica/gorro)	
		Confirmar imobilizações: plano duro, cintos, imobilizadores laterais de cabeça (se aplicável)	
		O familiar/pessoa significativa foi informado sobre a condição clínica/prognóstico da criança/jovem	
	F	O familiar/pessoa significativa foi informado dos motivos da transferência	
		O familiar/pessoa significativa foi informado sobre o hospital e serviço de destino (facultar contactos)	
DOCs		Notas de evolução clínica da criança (diário médico e diário de enfermagem)	
		Relatórios/imagens de exames de imagiologia, resultados laboratoriais e outros ECD´s	
		Impresso para registos das monitorizações/ocorrências durante o transporte	

*Adaptado de Parkins, K. North West and North Wales Paediatric Critical Care Network: Transport Document – NHS, 2013

EQUIPA

ASS.:_____ n.º mec.:_____ DATA: ____/____/_____

ASS.:_____ n.º mec.:_____ *(Anexar ao IMPRESSO A e B)*

Fonte: Pereira, R. (2018). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico: Recomendações para o Planeamento. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.