

IPV - ESSV |



**Instituto Politécnico de Viseu**  
Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





## Resumo

**Enquadramento:** A filosofia dos cuidados em regime ambulatorio, pelas vantagens para a criança e sua família tem vindo a ter um crescendo ao longo dos anos. Tendo em conta a premissa de cuidados em Pediatria, a adoção do regime ambulatorio tem uma grande vantagem que é o regresso a casa precocemente, diminuindo o impacto da separação do seu ambiente familiar, das suas rotinas e hábitos. É ainda positivo do ponto de vista financeiro, sendo o internamento em regime ambulatorio menos dispendioso que um internamento normal. Esta mudança de paradigma, que tem sido progressiva, implica uma adequação dos serviços e das práticas de cuidados, que se pretendem de qualidade e objetivamente eficientes e preparar a continuidade de cuidados no domicílio.

**Objetivo:** Identificar recomendações efetivas, baseadas na evidência científica, de boas práticas de cuidados à criança/família em regime de ambulatorio, que permitam a formulação de normas/indicadores de qualidade

**Método:** Trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura com base nas orientações do *Cochrane Handbook*, de estudos publicados entre 2004 e 2017 e com pesquisa efetuada na EBSCO e PUBMED, da qual resultaram 97 estudos. Após os testes de relevância foram excluídos 80, ficando 17 incluídos para avaliação crítica da metodologia de forma independente por dois revisores, com base nos critérios definidos. No final, cinco artigos foram incluídos nesta revisão.

**Resultados:** As recomendações identificadas como decisivas para a qualidade dos cuidados de enfermagem em regime ambulatorio são sobretudo direccionadas para situações cirúrgicas, nomeadamente, cuidados de prevenção e controlo das infeções, dada a grande rotatividade das crianças; a utilização de estratégias digitais de preparação pré-operatória, evitando a ansiedade na criança e na família e promovendo a alta precoce, empoderando a família; contacto telefónico para apoio aos cuidados em ambiente familiar e garantindo a continuidade de cuidados; avaliação da condição pós cirúrgica utilizando a check-list Ped-PADSS, garantindo uma alta precoce responsável.

**Conclusão:** Os recursos limitados da saúde devem constituir um desafio para práticas baseadas na evidência científica, diminuindo assim a incerteza na tomada de decisão clínica. Os resultados deste estudo permitiram obter recomendações passíveis de utilização na prática de cuidados em regime ambulatorio e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família nesse âmbito.

**Palavras chave:** Criança/Adolescente, Cuidados de Enfermagem, Hospital de Dia, Indicadores de Qualidade



## **Abstract**

**Background:** Outpatient treatment care philosophy, regarding the advantages for the children and their families, has been growing in the past few years. Taking into account the premise on pediatric healthcare, the establishing of outpatient treatment has a huge advantage, specifically to their homes, shortening the deep impact caused by separation of the familiar environment, their everyday routines and habits. It is still positive from a financial point of view, with outpatient hospitalization less expensive than normal hospitalization. This paradigm shift, which has been progressive, implies an adaptation of the services and practices of care, that are intended of quality and objectively efficient and prepare the continuity of care at home.

**Objective:** Identify effective recommendations evidence-based, of good healthcare practices in outpatient treatment regarding the child/family to ensure the creation of norms/quality indicators.

**Methodology:** this is a Systematic Review of Literature With foundations on orientations of Cochrane Handbook studies publish between 2004 and 2017 and with research conducted on EBSCO and PUBMED, from here resulted 97 studies. After applying relevance tests, 80 were excluded and 17 were included on a methodology critical assessment done independently by two reviewers based on defined criteria. In the end, five articles were included in this review.

**Results:** The recommendations identified as decisive for the quality of outpatient nursing care are mainly directed to surgical situations, namely, prevention and control of infections, given the high turnover of children; the use of digital strategies for preoperative preparation, avoiding anxiety in the child and in the family and promoting early discharge, empowering the family; telephone contact to support care in the family environment and ensuring continuity of care; assessment of the post-surgical condition using the Ped-PADSS checklist, ensuring an early discharge.

**Conclusion:** Limited health resources should challenge science-based practices, thereby reducing uncertainty in clinical decision-making. The results of this study allowed us to obtain recommendations for use in the practice of outpatient care and the consequent improvement in the quality of care provided to the child and family in this area of care

**Keywords:** Child/Adolescent, Nursing Care, outpatient care, Quality Indicators



## SUMÁRIO

<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA.....</b>	<b>13</b>
1.1. HOSPITALIZAÇÃO EM REGIME AMBULATORIO .....	16
1.2. HOSPITAL DE DIA PEDIÁTRICO .....	18
1.3. CIRURGIA AMBULATORIA .....	19
<b>2. QUALIDADE EM SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>27</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
3.1. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	31
<b>3.1.1. Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>33</b>
3.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ESTUDOS.....	33
3.3. LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	35
3.4. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS .....	43
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADO .....</b>	<b>49</b>
4.1. ANÁLISE DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA.....	49
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS. ....</b>	<b>57</b>
5.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	59
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO 1 – GRELHA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 2- Escala Postanesthesia Discharge Scoring System (PADS) for Determining Home-Readiness, elaborada por Scott Marshall e Frances Chung.....</b>	<b>75</b>



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para a formulação da questão de investigação .....	32
Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão .....	33
Quadro 3 - Teste de relevância I .....	36
Quadro 4 - Estudos incluídos .....	37
Quadro 5 - Teste de relevância II .....	40
Quadro 6 - Resultados após a aplicação do teste de relevância II .....	41
Quadro 7 - Grelha para avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico .....	44
Quadro 8 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos quasi-experimentais (adaptado de JBI Critical Appraisal Checklist for randomized Control pseudorandomized Trial) .....	45
Quadro 9 - Níveis de evidência e graus de recomendação terapêutica .....	46
Quadro 10 - Quadro de evidência relativo ao estudo Chartrand et al (2016) .....	49
Quadro 11- Quadro de evidência relativo ao estudo Vessey et al (2015) .....	50
Quadro 12 - Quadro de evidência relativo ao estudo Fortier et al (2015) .....	52
Quadro 13 - Quadro de evidência relativo ao estudo Rathore et al (2017) .....	53
Quadro 14 - Quadro de evidência relativo ao estudo Moncel et al (2015) .....	54
Quadro 15- Quadro final de recomendações após análise dos estudos incluídos .....	59



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do processo de constituição da amostra.....	42
---	----



## **LISTA DE SIGLAS**

APCA – associação portuguesa de cirurgia ambulatória

CA – Cirurgia ambulatória

CCF – Cuidado Centrado na Família

CINHAL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DGS – Direção Geral da Saúde

EACH – International Association for communication in Healthcare

EBSCO- Elton Bryson Stephens Company – research databases

ECs – Evidências Científicas

EE- Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem saúde Infantil e Pediatria

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

HDP – Hospital de Dia Pediátrico

IGIF – Instituto de Gestão informática e Financeira da Saúde

JBI – Joanna Briggs Institute

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH: Medical Subject Headings

OE- Ordem dos Enfermeiros

PICOD – Paciente; Intervenção; Comparação, Outcomes; Desenho

PNS – Plano Nacional de Saúde

PubMed- Publisher Medline

RCT- Randomized Controlled Trial

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

WHO- World Health Organization



## INTRODUÇÃO

O suscitar do interesse em explorar e adquirir novos conhecimentos é intrínseco ao ser humano, numa busca incansável de uma construção que seja a mais fidedigna possível da realidade. Assim, o tema em estudo deve suscitar interesse ao investigador, pois é um passo essencial para o desenvolvimento de todas as etapas subjacentes. (Fortin, 2006).

O cuidado em enfermagem tem na sua origem uma intenção de ajuda, que, no seu início, se traduz pela forma como a enfermeira "deve ser", correspondendo a uma descrição de qualidades intrínsecas à pessoa (Lazure, 1994).

Para a mesma autora os cuidados não se podem basear apenas no aperfeiçoamento da técnica com que são executados. Os cuidados de enfermagem devem ser baseados na evidência

A definição do tema emergiu do facto de se sentir a necessidade de criar padrões/indicadores de qualidade para a uniformização e conseqüente melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem no ambulatório – Hospital de Dia de Pediatria de um Centro Hospitalar da região Centro de Portugal, quer pela sua elevada taxa de ocupação, quer pela relevância desta prática de cuidados na população pediátrica. A procura da excelência é e será o objetivo maior da equipa, na garantia de cuidados de qualidade e satisfação da criança / adolescente e da sua família.

Neste contexto, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, seguindo as orientações do *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 5.1.0, 2011) de forma a definir recomendações resultantes de indicadores de qualidade para uma prática mais efetiva de cuidados de enfermagem no ambulatório – Hospital de Dia de Pediatria, respondendo à seguinte questão de investigação **Quais as recomendações mais adequadas para uma prática de cuidados de enfermagem à criança/família em regime de ambulatório com vista à definição de normas/indicadores de qualidade?**

Para a sua concretização foi definido como objetivo: Identificar recomendações efetivas, baseadas na evidência científica, de boas práticas de cuidados à criança/família em regime de ambulatório, que permitam a formulação de normas/indicadores de qualidade.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo que após a introdução apresentamos o enquadramento, com identificação e fundamentação do tema. De seguida a metodologia, através da apresentação da questão e tipo de investigação os resultados e por último as considerações finais.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Segundo Augusto & Noda (1978), a criança deve ser atendida em toda sua individualidade como um ser em desenvolvimento e crescimento, em suas necessidades básicas de alimentação, socialização, afetividade e educação, sendo que durante este processo de evolução está sujeita a patologias e necessita de hospitalização. A entrada da criança nos hospitais se revela como um problema não só para a própria criança que não possui entendimento suficiente sobre as razões de estar naquele local, como também para a família que demonstra a preocupação relacionada ao diagnóstico, tratamento e prognóstico da criança.

### **1. HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA**

A hospitalização da criança é vista como uma situação crítica para os pais e para toda a família, relacionada com a mudança do ambiente físico e psicológico, separação dos restantes familiares, interrupção das atividades quotidianas, entre outros (Hopia, Tomlinson e Paavilainen, 2005).

Os pais podem deparar-se com o sentimento de perda de normalidade, insegurança no seu papel parental, alterações financeiras, dor pelo sofrimento do filho, ansiedade, culpa e medo (Pölkki et al., 2002). A adaptação às mudanças decorrentes da hospitalização infantil exige da família novas formas de organização e requer o desenvolvimento de habilidades para lidar com as pressões, as ansiedades, as dificuldades e as incertezas existentes (Silveira et al., 2008).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a hospitalização e a cirurgia da criança/família são potenciadores de ansiedade e exacerbadores de medos, podendo estas experiências ter efeitos psicológicos na criança, que perduram e afetam negativamente a sua vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No sentido de minimizar o impacto do stress da criança hospitalizada e família a intervenção de enfermagem deve focar-se na ajuda da adaptação aos processos de transição, na promoção de estratégias e auto regulação como forma de promover a capacitação para lidar com os fatores de risco e com as mudanças provocadas pelas situações de saúde-doença (Meleis et al, 2000) sobretudo quando há necessidade de hospitalização. Uma das intervenções do enfermeiro que permite a diminuição dos efeitos

da hospitalização e da cirurgia é a preparação para a mesma. A preparação para a hospitalização e particularmente para a cirurgia proporciona à criança e família a aquisição de competências para lidar ou enfrentar a situação desconhecida e afigura-se como a melhor forma/momento/altura de diminuir a ansiedade (OE, 2011), favorecendo a adaptação às transições normativas ou acidentais, e que promovem o bem-estar (OE, 2011).

Sendo a criança um ser em crescimento e desenvolvimento, considera-se imperativo a análise sobre os processos transacionais em curso na sua vida. Para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem sustentado e que permita a mestria na intervenção de enfermagem, centrada no processo de transição, foi analisada a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis. O estudo aprofundado desta teoria permitiu compreender os processos de transição pelo qual passam a criança e família no seu desenvolvimento normal e durante o internamento.

Pelo fato de o estado de saúde da criança afetar não só esta mas toda a família, todas as crianças hospitalizadas e famílias precisam de cuidados sensíveis e competentes que minimizem os potenciais efeitos negativos da hospitalização e promovam os benefícios positivos desta experiência (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014).

Nesta perspetiva, a família é também alvo dos cuidados de enfermagem - cuidados que devem ser centrados na família, estes precisam ser negociados e prestados de acordo com as capacidades e desejo de participação da família/pais. A parceria de cuidados assenta na premissa que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (Casey, 1995) como tal, em situação de internamento deve-lhes ser permitido participar nos cuidados aos filhos se esse for o seu desejo.

Além disso, cuidar em pediatria implica prestar cuidados não traumáticos. Estes têm como princípio o cuidado terapêutico que respeita a criança e família e procura minimizar o seu sofrimento físico e emocional (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na perspetiva da OE, o Enfermeiro Especialista (EE) é aquele que detém "um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (OE, 2011, p. 8653).

Já o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) deve prestar cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, mobilizando competências comuns de EE e da sua área de especialidade como referidos nos Regulamento das Competências Comuns e Específicas do EEESIP (OE, 2011c, 2011d).

De acordo com Benner, (2005) para avaliar o nível de competência é necessário juntar aos critérios habituais de medidas quantitativas e da avaliação da prática, uma

perspetiva interpretativa destinada a descrever a prática de cuidados de enfermagem e as estratégias qualitativas de enfermagem.

Na enfermagem pediátrica o cuidado terapêutico do enfermeiro e a promoção da saúde da criança constrói-se através do estabelecimento de uma relação baseada no respeito, dignidade, autonomia e capacidades da criança e sua família, e por uma prática baseada na parceria de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

A filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos apoia-se assim, no cuidado centrado na família (CCF), na parceria de cuidados e nos cuidados não traumáticos. O CCF reconhece a criança e a sua família como unidade de cuidado e considera a família como constante na vida da criança sendo que os sistemas de saúde e profissionais devem apoiar, respeitar, encorajar, potenciar a sua força e a competência (Honckenberry & Barrera in Honckenberry & Wilson, 2014). O CCF assenta em princípios como o respeito e dignidade (conhecimentos, valores, crenças e perspetivas familiares são incluídas no planeamento e na prestação dos cuidados), na partilha de informações (comunicação efetiva e partilha de informação oportuna e clara), na participação (incentivo e apoio na tomada de decisão e nos cuidados) e na colaboração (a criança e a família são incluídos na prestação de cuidados em todo o seu processo de planeamento, execução, avaliação e reestruturação, se necessário) (Institute for Family-Centered Care, 2010).

A parceria de cuidados envolve o uso da comunicação efetiva e a construção de relação terapêutica entre enfermeiros e pais através da partilha de informação, negociação e participação (Casey, 1995). O modelo elaborado por Anne Casey realça a importância dos pais nos cuidados à criança, reconhecendo que estes são a fonte primária de força e apoio da criança.

Tendo em consideração estes pressupostos, é importante que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas e procurem uniformizar princípios orientadores de assistência não traumática à criança e família, identificando intervenções autónomas de enfermagem que contribuam para minimizar os fatores stressores provocados pelas situações de transição, como a hospitalização, seja por problemas médicos ou para a cirurgia, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do cliente.

A centralidade da teoria de médio alcance de Meleis, nos processos de transição pelos quais passa a pessoa ao longo da sua vida ajuda-nos assim, a compreender e cuidar da criança hospitalizada.

Para Meleis (2005, p.107), o cliente deve ser perspetivado como um “ (...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às mudanças mas, devido à doença, risco

de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio.

Para a autora, a saúde revela-se por consciencialização, controlo e mestria na vida. A ausência de equilíbrio é provocada normalmente por momentos de crise, que colocam a pessoa na iminência de uma transição.

A hospitalização pode ser considerada um processo que decorre de uma transição (Meleis et al, 2000), mais concretamente uma transição do tipo saúde-doença, no qual se enfatiza o papel da enfermagem como resposta à necessidade de informação - valor atribuído pela pessoa a ser informado e ao - conjunto de informações recebidas no acolhimento e ao conhecimento - presença de conhecimentos sobre aspetos relativos ao processo transicional em curso.

Neste âmbito a filosofia de cuidados aponta para que sempre que possível estes possam ser prestados em regime de proximidade ou em regime ambulatorio.

### 1.1. HOSPITALIZAÇÃO EM REGIME AMBULATORIO

*“A admissão dum criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, consulta externa ou em hospital de dia”* - Este é o primeiro dos dez direitos da Carta da Criança Hospitalizada, promovida pela EACH, aprovada em Leiden,- em 1988-, por várias associações europeias e seguida por todos os profissionais que prestam cuidados hospitalares à criança e adolescente.

A criação de um Hospital de Dia Pediátrico (HDP), facilita o cumprimento deste princípio, permitindo a prestação de cuidados especializados sem internamento, assim como altas precoces, fatores importantes neste grupo etário e família. (Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008).

Em Medicina, a palavra ambulatorio refere-se ao atendimento de saúde a uma pessoa, ou ao procedimento que não exige o seu internamento.

No âmbito dos cuidados em ambulatorio, a cirurgia foi pioneira sobretudo focada nas situações de pequenas cirurgias. De acordo com o Despacho n.º 1380/2018, publicado em Diário da República, no dia 8 de fevereiro, a cirurgia de ambulatorio representa um importante instrumento para o aumento da efetividade da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente. Além do impacto positivo para o doente, que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, a cirurgia

de ambulatório possibilita uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares.

Os cuidados em pediatria, e considerando a filosofia que lhe está subjacente, o regime ambulatório tem, para além de outras vantagens, como função minimizar o impacto do internamento e suas implicações na dinâmica familiar, permitindo uma vivência mais tranquila por parte da criança/adolescente/família quer com necessidade de tratamentos cirúrgicos, quer médicos.

Citando ainda a Carta da Criança Hospitalizada, salienta-se o sexto princípio: “*As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários...*”

É aceite atualmente, que todos os internamentos em idade pediátrica devem ser efetuados preferencialmente em serviços de Pediatria, o que por vezes é complicado por falta de vagas, nomeadamente no Inverno em que o internamento de Pediatria se encontra com grande número de crianças com problemas respiratórios, originando uma gestão acautelada das cirurgias e exames programados para uma resposta mais efetiva das situações médico-cirúrgicas com necessidade de internamento. Assim, a criação de HDP facilita uma maior rotatividade de camas no internamento. (Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008).

Segundo o Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho de 2010 «... a idade pediátrica em Portugal foi inicialmente estabelecida por despacho da Direção-Geral dos Hospitais, em 24 de Fevereiro de 1987, até aos 14 anos e 364 dias nas consultas, urgências e internamento.

Na sequência da aprovação da Convenção sobre os direitos das crianças e da consequente evolução da prática internacional, a idade pediátrica foi posteriormente alargada.

«... Com vista à realização plena dos direitos decorrentes do artigo 1º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças. Cumpre proceder à harmonização da idade de atendimento à criança e ao adolescente em todo o País, assegurando a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o Sistema Nacional de Saúde a todos os utentes até aos 18 anos...»

## 1.2. HOSPITAL DE DIA PEDIÁTRICO

A Direção-Geral de Saúde (DGS) aprovou o documento intitulado “Hospital de Dia - Recomendações para o seu desenvolvimento”, com as modificações inerentes ao grupo etário dos 0 aos 18 anos, tendo-o definido como:

O HDP é uma estrutura organizacional integrada num Serviço de Pediatria, com espaço físico e meios técnicos próprios e recurso humanos qualificados que prestam cuidados de saúde de modo programado, a crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, em ambulatório como alternativa ao internamento, por um período inferior a 12 horas e sem estadia durante a noite.

Neste contexto, os Objetivos do HDP são:

- Oferecer um atendimento especializado e tecnicamente qualificado, em regime ambulatório, em alternativa ao internamento;
- Permitir altas hospitalares precoces, dando seguimento imediato aos cuidados até à estabilização clínica ou à alta definitiva; adaptar a complexa assistência hospitalar às necessidades da criança e adolescente com doença crónica e/ou necessidades especiais;
- Permitir administração de fármacos por via parentérica e vigilância de efeitos adversos;
- Realizar explorações diagnósticas especiais e outros procedimentos como colheitas de amostras microbiológicas, testes cutâneos, provas de provocação, punções lombares e ganglionares, biópsias e pensos complexos;
- Manter as vias e meios necessários à administração de terapêutica;
- Monitorização e vigilância clínica de curta duração de procedimentos realizados de acordo com o conceito de cirurgia ambulatória, quando não exista unidade com recobro próprio, procedimentos em que há necessidade de apoio anestésico e vigilância posterior.

Além disso, do ponto de vista dos recursos, organização e gestão, o HDP requer um espaço físico próprio, deve dispor das condições mínimas de espaço, funcionalidade e conforto necessários para poder prestar um adequado atendimento. Deve ter recursos humanos próprios e permanentes, com qualificação e treino específico para o desempenho pretendido, essencialmente enfermeiro (preferencialmente especializado em saúde infantil e pediatria). Deve ainda ter um coordenador ou responsável médico e deve ser assegurada uma escala para assistência a eventuais intercorrências que surjam durante a permanência do doente em Hospital de Dia.

A característica fundamental dos procedimentos a realizar em HDP é a necessidade de vigilância médica ou de enfermagem.

Os procedimentos simples, que não requerem permanência do doente ou vigilância subsequente, devem ser realizados em consulta e não em Hospital de Dia.

As instalações e equipamentos devem ser os adequados aos procedimentos a realizar.

O HDP deve possuir um secretariado que proceda ao agendamento dos doentes, garanta o registo de todos os procedimentos executados e forneça todos os elementos necessários para a gestão. O documento especifica ainda alguns procedimentos/tratamentos que poderão ocorrer em regime ambulatorio.

O HDP deve, ainda, ser dotado de capacidade de monitorização mínima e de gases medicinais, ainda que não em todos os postos de tratamento e de ter disponível um carro de emergência que permita manobras de reanimação.

A estrutura do HDP deve ser de fácil acesso e permitir um circuito fácil e rápido com o serviço com que se articula para melhor otimização dos profissionais equipamentos e instalações.

A criação do HDP depende da decisão do Conselho de Administração do Hospital, por proposta da Direção do Departamento ou Serviço de Pediatria, de acordo com as normas da DGS e o tipo de organização a adotar depende das capacidades e experiências de cada unidade.

### 1.3. CIRURGIA AMBULATORIA

De entre as várias possibilidades de tratamentos em regime ambulatorio, a cirurgia de ambulatorio (CA) representa a área onde esta está há mais tempo desenvolvida e onde existe uma maior percentagem de atendimentos. Esta traduz-se por um sistema organizativo, centrado no doente, onde reúne vantagens clínicas, económicas e sociais, permitindo proporcionar a um número cada vez maior de doentes, um tratamento cirúrgico personalizado, humanizado, com elevada segurança e qualidade, minimizando a incidência de infeção, diminuindo o desconforto no pós-operatório e promovendo uma rápida integração social (Pinto, 2005).

A Cirurgia Ambulatoria tem ocupado nos últimos anos, uma posição de destaque e de liderança nos programas de Cirurgia eletiva no nosso país. O seu principal fator de sucesso e de desenvolvimento, tem sido a sua característica multidisciplinar, envolvendo diferentes grupos profissionais, assim como a garantia de segurança e de elevados índices de qualidade no tratamento dos nossos pacientes, sendo

considerada como uma área prioritária e um pilar de sustentabilidade do SNS (Carlos Magalhães – Presidente da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória- (APCA)

A International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), propôs dois conceitos para a cirurgia de ambulatório:

Cirurgia de Ambulatório (CA) - que consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efetuada em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento.

Cirurgia de ambulatório com pemoita – Quando o doente tem necessidade de no pós-operatório, ficar a primeira noite, tendo alta até 24 horas após a operação.

Segundo o SNS a cirurgia em regime de ambulatório consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efetuada em regime de internamento, cuja alta ocorre até 24 horas após a operação.

De acordo com o Diário da República nº 202 de 17 de Outubro de 2008 no Suplemento da Presidência do Conselho de Ministros, Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A /2008 a cirurgia em regime de ambulatório tem sido a área de maior expansão cirúrgica nos últimos 30 anos, ao nível dos países desenvolvidos, graças às múltiplas vantagens que lhe estão associadas. O forte impacto social e económico deste modelo organizativo está, antes de mais, associado a um significativo incremento da qualidade, mas permite igualmente a racionalização da despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares, em especial perante elevados índices de substituição da cirurgia convencional, de internamento, pela cirurgia de ambulatório.

Na verdade, a cirurgia de ambulatório tende a criar menos *stress* nos doentes, desde que devidamente informados acerca do processo e do acompanhamento na recuperação em ambiente familiar.

Em Portugal foi criada a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), em 1998, tendo várias secções nomeadamente a Cirurgia Pediátrica, com normas, orientações e boas práticas baseadas em evidências discutidas em organização de congressos Nacionais e internacionais, de modo a permitir a uniformização de cuidados e a constante melhoria dos mesmos.

A APCA tem um âmbito nacional e internacional. A nível nacional procura entusiasmar e sensibilizar todos os profissionais de saúde para o interesse e importância da CA para o SNS Português, procurando de forma particular envolver todos os organismos responsáveis pela Saúde no nosso País: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), Instituto da Qualidade em Saúde, Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, entre outros, através da

solicitação de audiências, propostas de alteração à legislação vigente, nova regulamentação, etc. Em Dezembro de 2005, a APCA é constituída por 313 associados (dos quais dois eram sócios-coletivos: o IGIF e a José Mello & Saúde), a grande maioria médicos, mas também, enfermeiros, gestores, economistas e administradores hospitalares.

Sendo relativamente recente este atendimento em pediatria urge a importância da qualidade dos cuidados por forma a criar normas e critérios no maior interesse do doente, neste caso da criança/adolescente e sua família.



## 2. QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito de qualidade, assim como as metodologias associadas à qualidade, foram disseminadas a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e, adaptadas à saúde, particularmente por Avedis Donabedian. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman.

Em saúde, apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspectiva e valores de quem a define é importante escolher uma formulação que sirva de referência. Em 1990, o *Institute of Medicine* definia qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente (IoM, 1990).

Estando na base do conceito de qualidade a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas dos doentes, é fundamental entender as tendências de evolução dessas necessidades e expectativas, a forma como os próprios cuidados de saúde se estão a desenvolver e como isso condiciona a procura de cuidados e o que se está a passar na interface entre doentes e prestadores de cuidados.

Os resultados em saúde, estão ainda dependentes das características dos indivíduos, quer sejam biológicas (idade, género, raça e etnia), genéticas, culturais (sistema de valores e crenças, normas sociais, atitudes), das características dos cuidadores e da comunidade (competências, redes de apoio social, valores, cultura, tradições e normas sociais), dos comportamentos de risco (alimentação, exercício, consumo de tabaco ou drogas, stress e hábitos sexuais), e da forma como os cidadãos procuram e implementam os cuidados, modificam os comportamentos de risco e os cuidadores e a comunidade os apoiam.

As políticas de saúde específicas do sector ou intersectorias, assim como os mecanismos de regulação, têm um importante impacto sobre os resultados em saúde.

A complexidade do conceito de qualidade pode, de alguma forma, tornar-se mais explícita, se identificarmos quais as principais dimensões englobadas, as quais permitem discriminar melhor as áreas de intervenção. A nossa proposta inclui a efetividade,

eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito.

Efetividade é o grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados;

Eficiência é o grau em que os objetivos são atingidos através da minimização da utilização de recursos;

Acesso pode ser definido como a inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais para a obtenção dos cuidados necessários;

Segurança tem a ver com a ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde.;

Equidade relaciona-se com a prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outras;

Adequação é o grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com o estado da arte;

Oportunidade é a possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição;

Cuidados centrados no doente é a dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores;

Continuidade é a garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre diferentes níveis;

Respeito é a forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade.

Durante os anos 80 e 90 assistiu-se, em muitos países, a uma forte preocupação e investimento na qualidade dos cuidados de saúde.

A conceptualização das questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde conheceu um forte incremento a partir da criação da Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) em 1952, nos Estados Unidos.

A nível europeu persistem um conjunto de países que não tem legislação sobre a qualidade dos cuidados de saúde, onde se inscrevem por exemplo a Grécia, Polónia e Hungria, alguns que só recentemente criaram legislação ou implementaram políticas relacionadas com a qualidade, nos quais Portugal se inclui, assim como a República Checa,

Eslovénia e Irlanda, e países com uma longa tradição na implementação de estratégias de qualidade como o Reino Unido, França, Espanha, Alemanha, Holanda e alguns outros (WHO, 2008)

Portugal esteve a par de outros países na implementação de um sistema da qualidade na Saúde, definido em 1998 pelo Ministério da Saúde como um conjunto integrado de atividades planeadas, metas explícitas e avaliação do desempenho, a todos os níveis de cuidados. Ao nível nacional seria definida a política de qualidade, ao nível regional proceder-se-ia à monitorização da efetividade das instituições e, ao nível local, desenvolver-se-iam projetos de melhoria. (Plano Nacional de Saúde ,2010)



## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO



### 3. METODOLOGIA

A fase metodológica é de fulcral importância, já que assegura a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 2006).

Na atualidade, depreende-se que, gradualmente, a prática profissional exige a necessidade de uma validação dos conhecimentos produzidos pelas pesquisas sistemáticas, aliados à competência clínica do avaliador e aos princípios da epidemiologia clínica, princípios esses, integrados pela prática baseada na evidência (Domenico, 2001 cit. por Pedrolo et al., 2009).

É neste contexto que a realização deste estudo visa a pesquisa de boas práticas de cuidados à criança/família em regime ambulatorio de forma a formular normas/indicadores de qualidade, pelo recurso a um método com base na prática baseada na evidência.

Neste sentido, a prática baseada na evidência consiste numa abordagem de solução do problema para a tomada de decisão que se centra numa procura constante do mais elevado nível e da mais recente evidência científica, tendo sempre em conta a competência clínica de cada profissional, os valores e preferências de cada utente em cada contexto do cuidado com o intuito de atingir a excelência (Pompeu, Rossi e Galvão, 2009).

O investimento atual no regime ambulatorio e o subsequente aumento do número de crianças e adolescentes admitidas em HDP, justifica a necessidade da criação de padrões de qualidade baseadas em boas práticas que sustentem os cuidados à criança e adolescente e a capacitação da família para a continuidade de cuidados no domicílio. No local onde exerce funções como enfermeira, em 2015 foram atendidas em regime de hospital de dia quer médico quer cirúrgico 1384 crianças e adolescentes e em 2017 o número subiu para 1667.

Neste desígnio, optou-se neste trabalho pela realização de uma revisão sistemática da literatura enquanto modelo de revisão da literatura que usa métodos rigorosos, explícitos e críticos para identificar, selecionar, colher dados, analisar e descrever as contribuições relevantes para a pesquisa científica, utilizando uma metodologia retrospectiva. O propósito é reunir toda a evidência empírica que cumpra com os critérios de elegibilidade previamente estabelecido no sentido de responder a uma questão de investigação (O'Connor, Green e Higgens, 2011).

Uma revisão sistemática utiliza métodos sistemáticos e explícitos, que são escolhidos a fim de minimizar vieses, proporcionando resultados mais confiáveis a partir dos quais se pode tirar conclusões e tomar decisões (Antman 1992, Oxman 1993).

Para Botelho, Cunha e Macedo (2011), esse tipo de revisão é utilizado como forma de obter, a partir de evidências, informações que possam contribuir com processos de tomada de decisão nas ciências da Saúde, devendo para isso, ser conduzida de acordo com uma metodologia clara e possível de ser reproduzida por outros pesquisadores. Para tal, é preciso que os estudos incluídos sejam prioritariamente primários e contenham os elementos fundamentais, nomeadamente:

- Um conjunto de objetivos claramente estabelecidos, com critérios de elegibilidade para estudos previamente definidos.
- Uma metodologia explícita e reproduzível.
- Uma pesquisa sistemática que identifica todos os estudos que podem atender aos critérios de elegibilidade

Uma avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos, por exemplo avaliando o risco de vies. (Uma apresentação sistemática e síntese das características e resultados dos estudos incluídos. (Centro Cochrane Iberoamericano, tradutores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro *Cochrane* Iberoamericano; 2012.

No senso comum, o termo evidência aponta para a “qualidade do que é evidente”, do que está claro, em destaque, que é visível para todos. No direito penal, a evidência de uma prova pode produzir, por meio de documentos e/ou testemunhas, um “caráter de objeto de conhecimento que não comporta nenhuma dúvida quanto à sua verdade ou falsidade” (Aurélio, 1999). Essas evidências podem condenar ou determinar o verdadeiro responsável pelo ato, desde que consigam produzir no juiz do caso a convicção sobre a verdade do que aconteceu de fato.

Mas, no mundo acadêmico, há também a **evidência científica**, formada pelo conjunto de informações utilizadas para confirmar ou negar uma teoria ou hipótese científica. Ela existirá somente por meio de pesquisas científicas.

Nesse contexto, as evidências científicas (ECs) são obtidas por meio de “resultados de pesquisas objetivas e científicas”, realizadas por meio de “procedimentos que incorporaram critérios de validade”, (De-La-Torre-Ugarte-Guanilo; Takahashi; Bertolozzi, 2011, p.1263), considerando-se todas as possíveis fontes de erro (*bias*) (Sampaio; Mancini,

2007, p.87), isto é, são obtidas por procedimentos que se aproximam, ao máximo, da realidade dos fatos.

Assim, a evidência científica, não excluindo os saberes resultantes da experiência e do conhecimento individual, assenta no uso consciencioso e explícito das melhores provas produzidas em estudos científicos de qualidade, os estudos primários, que podem ser estudos randomizados, estudos de coorte e ensaios clínicos (Richards apud Ramalho, 2005 citado por Pereira, Gaspar, Reis, Barradas e Nobre, 2012). No domínio da enfermagem constitui um recurso valioso para a utilização de resultados de investigações realizadas, para orientar a prática profissional e definir critérios/indicadores de qualidade, assim como para identificar a necessidade de futuras pesquisas (Galvão, Sawada e Trevisan, 2004 citados por Pereira, Gaspar, Reis, Barradas e Nobre, 2012

Neste âmbito, considerando a inexistência de indicadores de boas práticas de cuidados em contexto de ambulatório nas instituições de saúde e de forma a serem identificadas as melhores práticas, baseadas em recomendações científicas, considerou-se oportuno levar a efeito uma revisão sistemática da literatura adotando-se os sete passos propostos pelo Cochrane Handbook (O'Connor, Green e Higgins, 2011):

1. Formulação da questão de investigação;
2. Localização e seleção dos estudos;
3. Avaliação crítica dos estudos (estudos excluídos e incluídos);
4. Análise da evidência científica;
5. Apresentação dos resultados;
6. Discussão dos resultados
7. Conclusões.

### 3.1. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo o fluxograma publicado no *Cochrane Handbook* o primeiro passo para elaborar um estudo de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é a formulação da questão de investigação, que poderá considerar-se o passo primordial num estudo deste género (O'Connor, Green e Higgins, 2011).

A questão deve especificar o problema, o tipo de população (participantes), o contexto, o tipo de intervenção (comparações, se aplicável) e os resultados esperados.

Para Cordeiro, Oliveira, Rentería e Guimarães (2007, p. 429), “uma pergunta bem estruturada é o começo de uma boa revisão sistemática em razão de definir “quais serão as estratégias adotadas para identificar os estudos que serão incluídos e quais serão os dados que necessitam ser coletados de cada estudo”.

Uma boa pergunta de pesquisa analítica, a que investiga a relação entre dois eventos, é formada por diversos componentes. Quatro dele estão relacionados no anagrama PI[C]O: população/participantes, intervenção, comparação e resultados outcomes. Um quinto componente da pergunta que por vezes vale a pena acrescentar, é o tipo de estudo (desenho) PI[C]OD (Pereira e Galvão, 2014).

Estes componentes da questão de investigação formam a base de critérios de elegibilidade pré-estabelecidos para a revisão sistemática. Assim, neste estudo, para a formulação da questão de investigação seguiu-se o método PICOD:

Quadro 1 - Critérios para a formulação da questão de investigação

P	Participants	Crianças/família com idade de atendimento pediátrico, enfermeiros e outros profissionais de saúde.
I	Interventions	Práticas de cuidados de enfermagem em regime ambulatorio
C	Comparisons	Não aplicável
O	Outcomes	Normas/Indicadores de qualidade
D	Design	ensaios clínicos aleatórios, estudos correlacionais; estudos de coorte transversal; estudos experimentais; estudos prospetivos, revisão de peritos.

Perante estes pressupostos, formulou-se a seguinte questão de investigação:

**Quais as recomendações mais adequadas para uma prática de cuidados de enfermagem à criança/família em regime de ambulatorio com vista à definição de normas/indicadores de qualidade?**

Com este estudo pretendemos chegar a um melhor conhecimento do conceito e da filosofia do regime ambulatorio e formular normas de atuação para a qualidade dos cuidados.

Assim, este estudo tem como objetivo:

Identificar recomendações efetivas, baseadas na evidência científica, de boas práticas de cuidados à criança/família em regime de ambulatório, que permitam a formulação de normas/indicadores de qualidade

### 3.1.1. Critérios de inclusão e exclusão

Partindo da questão formulada, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, nomeadamente população-alvo, intervenções, mensuração dos desfechos de interesse, critério metodológico, idioma, tipo de estudo, entre outro (Sampaio e Mancini, 2007)

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Crianças e adolescentes	Idade adulta
Estudos que relativos a práticas de cuidados de enfermagem em regime ambulatório	Práticas de cuidados de enfermagem em internamento convencional
Estudos disponíveis em texto completo, na língua portuguesa, inglesa e espanhola	Estudos disponíveis noutras línguas
Estudos realizados entre 2004 e 2017	Estudos anteriores a 2004

### 3.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ESTUDOS

Após se ter clarificado e objetivado a estratégia e definidas as palavras-chave, iniciou-se uma pesquisa exaustiva através do motor de busca EBSCOhost nas seguintes bases de dados eletrónicas: Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL (Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature) MEDLINE e na Nursing Reference Center, entre Março e Novembro de 2018. Com esta pesquisa inicial foi possível analisar um conjunto alargado de palavras e termos incluídos nos resumos e nos títulos dos mesmos.

Identificadas as palavras-chave, estas foram validadas de forma a perceber-se se eram Medical Subject Headings (MeSH). Desta pesquisa resultaram os seguintes termos MeSH:

#1 MeSH descriptor “Ambulatory care; outpatients”

#2 MeSH descriptor “Pediatric Nursing”

#3 MeSH descriptor “Technical standard”

# 4 (#1 AND #2 AND #3)

Os descritores foram conjugados com os operadores booleanos da seguinte forma: *ambulatory care* AND *pediatric nursing* AND *technical standards* nas bases de dados: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CINHAL (Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature) MEDLINE e no *Nursing Reference Center*.

Descritor *Inglês*: **Ambulatory Care**

Descritor *Espanhol*: **Atención Ambulatoria**

Descritor *Português*: **Assistência Ambulatorial**

Sinônimos *Português*: Atendimento de Emergência  
Atendimento de Urgência  
Cuidados Ambulatoriais  
Serviços Ambulatoriais de Saúde  
Visitas Clínicas  
Serviços para Pacientes de Ambulatório

Categoria: [E02.760.106](#)  
[N02.421.585.106](#)  
[SP2.016.127](#)  
[SP2.031.302](#)  
[VS3.003.001.001](#)

Definição *Português*: Cuidados ou tratamentos prestados a um indivíduo, cujas [condições de saúde](#) lhe permitem comparecer à consulta e retornar à casa, dispensando internação hospitalar. (European Commission Glossary)

Descritor *Inglês*: **Pediatric Nursing**

Descritor *Espanhol*: **Enfermería Pediátrica**

Descritor *Português*: **Enfermagem Pediátrica**

Sinônimos *Português*: Curso de Enfermagem Pediátrica

Categoria: [H02.478.676.631](#)  
[N02.421.533.691](#)

Definição *Português*: Especialidade de [enfermagem](#) que abrange cuidados a [crianças](#) desde o nascimento até a adolescência. Inclui os aspectos psicológicos da [atenção](#) de [enfermagem](#).

Descritor *Inglês*: **Reference Standards**

Descritor *Espanhol*: **Estándares de Referencia**

Descritor *Português*: **Padrões de Referência**

Sinônimos *Português*: Preparações Padrões

Categoria: [E05.978.808](#)

Definição *Português*: Base [metodológica] com valores estabelecidos para se medir quantidade, massa, extensão ou qualidade, p.ex. padrões para massa, [soluções](#), [métodos](#), [técnicas](#) e procedimentos usados no [diagnóstico](#) e na [terapêutica](#).

Nota de Indexação *Português*: secundário com assunto específico (como primário) com [/normas](#); sem qualif; diferencie de [VALORES DE REFERÊNCIA](#): [PADRÕES DE REFERÊNCIA](#) = base de valor ou padrão para uma medida; [VALORES DE REFERÊNCIA](#) = intervalo ou frequência de distribuição de uma medida

### 3.3. LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

De acordo com Pereira e Bachion (2006), os estudos de revisão sistemática da literatura preconizam que os artigos selecionados, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, devem ser pesquisados usando descritores ou palavras-chaves que orientam a busca. Contudo, mesmo utilizando os descritores, é comum obterem-se estudos irrelevantes para a pesquisa, que obrigam a refinar a pesquisa através de um teste preliminar de relevância. Este teste, definido como teste de relevância I é composto por uma

lista de perguntas claras que geram respostas afirmativas ou negativas. Quando surge uma resposta negativa o estudo deverá ser excluído da investigação (Quadro 3).

Quadro 3 - Teste de relevância I

Referência do estudo:		
Questões	Sim	Não
O estudo está de acordo com o tema investigado?		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> <b>INCLUIR</b> - Idade pediátrica - Internamento em ambulatório <b>EXCLUIR</b> - Idade adulta - Internamento normal		
<b>2.) O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?</b> - Estudos publicados entre 2004 e 2017?		
<b>3.) O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</b> - Português - Inglês - Espanhol		
<b>4.) O estudo encontra-se em texto integral?</b>		
<b>5.) O estudo envolve seres humanos?</b>		

Fonte: Pereira e Bachion (2006)

Após a aplicação do teste de relevância I, dos 97 estudos foram selecionados 17 para leitura integral.

As causas de eliminação inicial foram as seguintes:

- 30 artigos referiam internamento normal
- 30 artigos não se encontravam dentro da idade pediátrica
- 10 artigos encontravam-se em Francês, Italiano e Alemão
- 10 artigos não tinha acesso o texto integral.

Quadro 4 - Estudos incluídos

Referência	Autores	Título	Publicação	Objetivos
C1	Masterman, Cronin, Davis, Shenson, Jackson	Adoption of Secure Messaging in a Patient Portal across Pediatric Specialties	AMIA Annual Symposium, 108(2016), 1930-1939	Caracterizar o efeito de mensagens técnicas seguras em pediatria, para pacientes e suas famílias
C2	Chartrand, Tourigny, MacCormick	The effect of an educational pre-operative DVD on parent's and children's outcomes after a same-day surgery: a randomized controlled trial	Journal of Advance Nursing(2016), 599-611	Examinar o efeito de um DVD de preparação pré-operatória, no conhecimento, ansiedade e participação dos pais e no sofrimento das crianças, nomeadamente necessidade de analgésicos e tempo de recuperação após a cirurgia em HD
R1	Zemek, Grool, Rodriguez, Dematteo, Rothman, Benchimol, Guttman, Macpherson	Annual and Seasonal Trends in Ambulatory Visits for Pediatric Concussion in Ontario between 2003 and 201	The Journal of Pediatric, 181(2018),222-228	Investigar as tendências anuais e sazonais nas taxas de consultas médicas e no departamento de emergência (ED) por contusão em idade pediátrica em Ontário entre 2003 e 2013
A1	Giambra, Haas, Britto, Lipstein	Exploration of parent-provider communication during clinic visits for children with chronic conditions	Journal Pediatrics Health care 32(2017), 21-28	Melhorar a comunicação entre pais de crianças com doenças crônicas e capacitar membros da equipa na comunicação com a criança
A2	Cernadas	El desafío de mejorar la atención ambulatoria en pediatría Improving outpatient care in pediatrics: A challenge	Arch Argent Pediatric, 113(2015), 386-387	Investigar as causas da falta de confiança entre criança/família e médico de saúde geral e familiar
R2	Rathore, Jackson	Infection prevention and control in pediatric ambulatory setting	American academy of paediatrics, 140-5(2017)	Delinear orientações de atualização da Declaração de Política de 2007 sobre os procedimentos de prevenção da infeção em regime de ambulatório
R3	Roos, Dragan, Schroth	Pediatric ambulatory	Canadian journal	Analisar o gradiente

		care sensitive conditions: Birth cohorts and the socio-economic gradient	of Public Health 108(3),(2017), 257-264	socioeconómico na utilização e nos fatores de risco associados à hospitalização decorrentes de quatro condições de atendimento ambulatorial pediátrico (condições dentárias, asma, gastroenterite e pneumonia bacteriana)
R4	Mir, Nisar, Tikmani, Baloch, Shakoor, Jehan, Ahmed, Cousens, Zaidi	Simplified antibiotic regimens for treatment of clinical severe infection in the outpatient setting when referral is not possible for young infants in Pakistan (Simplified Antibiotic Therapy Trial [SATT]): a randomised, open-label, equivalence trial	Lancet Glob Health, 5(2)(2016),177-185	Avaliar a eficácia de dois tratamentos com antibióticos de baixo espectro por via oral em vez de parenteral, em comparação com um tratamento de referência para lactentes jovens com infecção clínica grave.
C3	Hong, Ritchie, Beaton-campbell, Cavanagh, Beleya, Corsten	The effectiveness of nurse-led outpatient referral triage decision making in pediatric otolaryngology	International Journal of Pediatric otorhinolaryngology, 79(4) (2015), 578-578	Avaliar a efetividade da triagem liderada por enfermeiros em um ambulatório de otorrinolaringologia pediátrica
R5	Newton, Dow, Dong, Fitzpatrick, Wild, Johnson, Ali, Colman, Rosychuk	A randomised controlled pilot trial evaluating feasibility and acceptability of a computer-based tool to identify and reduce harmful and hazardous drinking among adolescents with alcohol-related presentations in Canadian pediatric emergency department	BMJ ( 2016)-015423	Testar procedimentos e para determinar a eficácia de uma breve intervenção baseada num programa de orientação online em emergência (DE).
C4	Vessey, McCrave, Curro-Harrington, DiFazio	Enhancing care coordination through patient-and family – initiated telephone encounters: a quality improvement project	Journal Pediatric Nursing (2015)30, 915-923	Analisar orientações sobre cuidados de enfermagem a crianças com doença crônica enviadas por mensagem telefônica
C5	Clapin, Hop, Ritchi, Jayabalan M. Evans <sup>1,2</sup>   K. Browne-Cooper <sup>1</sup>   S. Peter <sup>3</sup>   J. Vine <sup>3</sup>   T. W. Jones <sup>1,2</sup>   E. A. Davis <sup>1</sup> ,	Home-based vs inpatient education for children newly diagnosed with type 1 diabetes	Wiley ISPAD (2016), 579-587	Comparar o modelo de internamento com uma alternativa domiciliar (híbrida), nos resultados metabólicos e psicossociais, e conhecimento sobre a

				diabetes, no tempo de internamento e na satisfação da criança.
C6	Lu, Vinocur, Burrows, Rosen	Lu, Vinocur, Burrows, Rosen Key Determinants of Patient Satisfaction in the Ambulatory Pediatric General Surgery Settinpaciente.	Remedy Publication Clinic Surgery (2017)2-1324	Analisar os efeitos da confiança dos pacientes no prestador de cuidados, enquanto fator determinante da experiência geral da criança/família
C7	Mihalko MC	Pediatric Ambulatory nurse at the intersection of healthcare reform and health information technology	Journal of Pediatric Nursing (2013) 28, 611-612	Análise reflexiva sobre os cuidados tradicionais e a emergência da tecnologia enquanto ferramenta no futuro dos cuidados
A3	Connor, Dion, Borgman, Maturo	The pediatric sedation unit:A prospective analysis of parental satisfaction	Internatinal Journal of Pediatric otorhinolaryngolog y 28 (2014), 2165-2168	Avaliar a satisfação dos pais de crianças em cirurgia de ambatório, perante os cuidados prestados no recobro
A4	Fortier, Bunzli, Walthll, Olshansky, Saadat	Web-Based Tailored Intervention for Preparation of Parents and Children for Outpatient Surgery (WebTIPS): Formative Evaluation and Randomized Controlled Trial	Anesh Analg. (2015), 120(4), 915-922	Testar a eficácia preliminar de um programa de preparação comportamental para crianças submetidas a cirurgias ambulatoriais e seus pais, adaptado à Web (WebTIPS).
A5	Moncel, Nardi, Wodey, Pouvreau, Ecoffey	Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit	Pediatric Anesthesia(2015), 25, 636-641	Avaliar a eficácia da utilização da escala Ped-PADSS na avaliação para a alta precoce.

Num passo seguinte procedeu-se à leitura e análise dos artigos (n=17) por dois investigadores, conforme definido por Pereira e Bachion (2007), seguindo os mesmos passos de orientação do teste anterior, procurando validá-los para a fase seguinte. O teste de Relevância II utiliza o mesmo método de questão dicotómica para seleção (Quadro 5).

A partir deste ponto foram analisados os artigos em texto completo (n=17), tendo por base a aplicação de critérios definidos e que se encontram apresentados no quadro 5

Quadro 5 - Teste de relevância II

Referência do estudo:		
Questões	Sim	Não
1.) O estudo está de acordo com o tema investigado?		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> <b>INCLUIR</b> Idade pediátrica Internamento em ambulatório <b>EXCLUIR</b> Idade adulta Internamento normal Artigos focados exclusivamente numa patologia		
2.) O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto? <b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> Estudos publicados entre 2004 e 2017		
3.) O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? Português Inglês Espanhol		
4.) O desenho do estudo vai de encontro ao pretendido? <b>INCLUIR</b> Estudos experimentais/quase experimentais/comparativos/randomizados Revisões sistemáticas da literatura <b>EXCLUIR</b> Outros desenhos		
5.) O estudo envolve seres humanos?		
6.) O estudo explicita outcomes pretendidos?		

Após o teste de relevância II, os 17 artigos foram ainda sujeitos a avaliação da qualidade metodológica, que se encontra explanada no quadro 6.

Quadro 6 - Resultados após a aplicação do teste de relevância II

	Referência dos estudos	Questão 1		Questão 2		Questão 3		Questão 4		Questão 5		Questão 6		Reúne os critérios para avaliação da qualidade metodológica	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
C1	(Masterman et al., 2016)	X		x		X		X		X			X		X
C2	Chartrand et al., 2016	X		X		X		X		X		X		X	
R1	(Zenek et al., 2016)		X	X		X		X		X			X		X
A1	(Giambra et al., 2017)		X	X		X		X		X			X		X
A2	(Cernadas, José, 2015)	X		X		X			X	X			X		X
R2	(Rathore & Jackson 2017)	X		X		X		X		X		X		X	
R3	(Roos, et al, 2017)	X		X		X		X			X	X			X
R4	(Mir et al. 2016)	X		X		X		X		X			X		X
C3	(Hong et al., 2015)	X		X		X		X		X			X		X
R5	(Newton et al., 2016)	X		X		X		X		X		X			X
C4	(Vessey et al., 2015)	X		X		X		X		X			X	X	
C5	(Clapin et al., 2016)	X		X		X		X		X		X			X
C6	(Lu et al., 2017)		X	X		X		X		X		X			X
C7	(Mihalko, Maria C., 2013)	X		X		X		X		X		X			X
A3	(Connor et al., 2014)	X		X		X		X		X			X		X
A4	(Fortier et al., 2015)	X		X		X		X		X		X		X	
A5	(Moncel et al, 2015)	X		X		X		X		X		X		X	

Para melhor compreensão da sequência do processo de seleção dos estudos, entendeu-se importante elaborar um fluxograma descrevendo cada um dos passos até à obtenção do número final de artigos incluídos na RSL

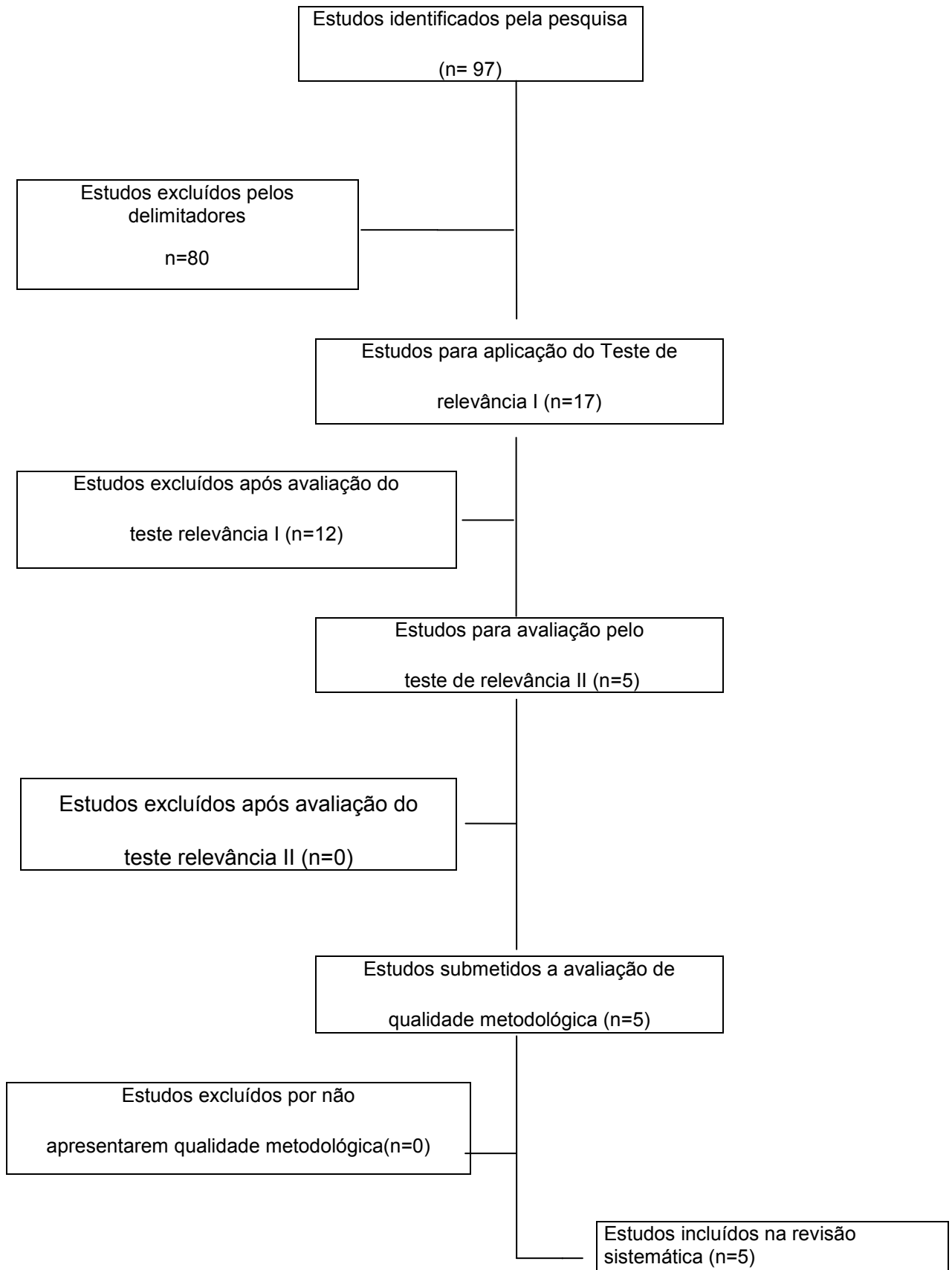


Figura 1 – Diagrama do processo de constituição da amostra

### 3.4. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS

A Enfermagem Baseada na Evidência tem como princípio fundamental que a procura de evidência isoladamente, nunca assegura uma tomada de decisão clínica. Os profissionais deverão ponderar sempre os riscos, benefícios, inconvenientes e os custos associados a estratégias alternativas de intervenção considerando os valores da pessoa (Di Censo et al, 2005).

As revisões sistemáticas incorporam um processo de crítica ou avaliação da evidência da pesquisa, com o propósito de aferir a qualidade metodológica dos estudos.

A evidência científica quando analisada de forma crítica, permite dar um passo importante na utilização da ciência como fonte para uma tomada de decisão clínica de qualidade (Carneiro, 2008). A avaliação crítica da evidência científica consiste em analisar e classificar os estudos em termos da sua validade, da sua importância e da sua aplicabilidade clínica, para a inclusão (ou exclusão) da informação assim obtida, como complemento numa decisão final, dependendo do grau de confiança que se deposita na estrutura metodológica dos estudos. A necessidade da utilização de um critério de avaliação rigoroso advém do facto da maior parte da investigação publicada possuir pouco rigor metodológico e por vezes ser também pouco relevante em termos da sua utilidade prática.

A avaliação crítica da evidência consegue-se através das respostas a um conjunto de questões e regras predefinidas que embora lógicas, nem todas são auto explanatórias, pelo que necessitam de instruções detalhadas para uma aplicação correta em termos terapêuticos ou de prevenção

Para Bugalho e Carneiro (2004) as fontes primárias são aquelas que reúnem artigos e estudos originais publicados na literatura, sendo que os que são considerados de maior qualidade são os ensaios clínicos aleatorizados, prospetivos e controlados (RCT).

Assim, os estudos selecionados para fazerem parte desta revisão sistemática da literatura, foram sujeitos a uma avaliação crítica da qualidade metodológica e da sua evidência científica em termos da sua validade, importância e aplicabilidade dos resultados.

Para o efeito foram aplicados dois instrumentos: a “Grelha de avaliação crítica dos estudos descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado” (Quadro 7), conforme orientação do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa e a checklist desenvolvida pelo Instituto de Joanna Briggs para a Avaliação crítica de Estudos Experimentais/Quase Experimentais “JBI Critical

Appraisal Cecklist for Randomised Control/Pseudo Randomised Trial”. (Quadro 8), (Joanna Brigs Institute, 2014).

De acordo com o Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa, a grelha é composta por questões primárias e secundárias que devem ser respondidas de forma detalhada, para que os estudos possam ser incluídos na análise final e servirem assim de suporte científico a esta revisão sistemática da literatura (Bugalho & Carneiro, 2004).

Sendo assim, cada estudo deve ser analisado e classificado pela atribuição de um score traduzindo a soma de todos os pontos atribuídos às diversas questões. A classificação final é a razão entre o score total e o máximo aplicável para cada estudo.

“Os ensaios clínicos classificados com uma pontuação de 75% ou mais são considerados de boa qualidade. Todos os outros em princípio serão excluídos, já que não se revelam como tendo qualidade suficiente para serem considerados para a prática clínica.” (Carneiro, 2008,p.31)

Quadro 7 - Grelha para avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	N/A
1. A gama de doentes foi bem definida?	2	1	0	n/a
2. O diagnóstico da doença estava bem categorizado?	2	1	0	n/a
3. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2	1	0	n/a
4. Os doentes foram aleatorizados?	2	1	0	n/a
5. A aleatorização foi ocultada?	2	1	0	n/a
6. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido Aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?	2	1	0	n/a
7. O método de aleatorização foi explicado?	2	1	0	n/a
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2	1	0	n/a
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus fatores de prognósticos conhecidos?	2	1	0	n/a
10. Com exceção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?	2	1	0	n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2	1	0	n/a
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?	2	1	0	n/a
14. O seguimento (follow-up) final foi superior a 80%?	2	1	0	n/a

IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR,RRA,NNT)	2	1	0	n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?	2	1	0	n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2	1	0	n/a
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes ao da prática clínica do médico individual?	2	1	0	n/a
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2	1	0	n/a
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a

Score total (soma dos scores atribuídos) -----(A)
Nº de questões aplicáveis (máx. 20) -----(B)
Score máximo possível(2xB)------(C)
CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) -----%

**Fonte:** Bugalho & Carneiro (2004)

Relativamente à aplicação da grelha do Instituto Joanna Briggs, esta define que “estudos de qualidade” seriam os que obtivessem até o máximo de duas respostas negativas. (Joanna Brigs Institute, 2014)

Quadro 8 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos quasi-experimentais (adaptado de JBI Critical Apraisal Cecklist for randomized Control pseudorandomized Trial)

CRITÉRIOS	S	?	N	N/A
1- A amostra é representativa da população em estudo				
2- A amostra é objetivamente caracterizada?				
3- Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita sua condição/doença				
4- Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)?				
5- O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente?				
6- Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo?				
7- A intervenção está descrita detalhadamente?				
8- A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes?				
9- Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os				

participantes?				
10- Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os fidedignos?				
11- A análise estatística utilizada foi adequada?				
12- As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo?				
TOTAL				

Pontuação	Nível de qualidade
0-4	Baixa
5-8	Média
9-12	Alta

Fonte: Joanna Brigs Institute

As recomendações do Center for Evidence based Medicine de Oxford, adaptado por Roque, Bugalho e Carneiro (2007), foram a base para a atribuição do nível de evidência científica, explicadas no quadro 9.

Quadro 9 - Níveis de evidência e graus de recomendação terapêutica

Grau de recomendação	Nível de evidência	Análise metodológica
A	1a	RS* (com homogeneidade interna) de EAC
	1b	EAC individuais (com IC curtos)
	1c	Todos ou nenhuns
B	2a	RS (com homogeneidade interna) de estudos de coorte
	2b	Estudos de coorte individuais (incluindo EAC de baixa qualidade, por ex. < 80% de follow-up)
	2c	Investigação sobre resultados ("outcomes research") e estudos ecológicos
	3a	RS (com homogeneidade interna) de estudos caso-controlo
	3b	Estudos caso-controlo individuais
C	4	Estudos de séries de casos (e também estudos coorte e caso-controlo de baixa qualidade)
D	5	Opinião de peritos sem explicitação prévia da metodologia de avaliação crítica da evidência, ou baseada em investigação básica (extrapolações), ou em "princípios primários"

Notas referentes ao quadro

#IC: intervalos de confiança

§EAC: ensaio(s) aleatorizado(s) e controlado(s) (RCT: randomized controlled trials)

§§ a investigação sobre resultados (“outcomes research”) consiste nos estudos de coorte de doentes com idêntico diagnóstico (AVC, EAM, etc) que relacionam os seus resultados clínicos (clinical outcomes), sejam eles a mortalidade, morbidade, eventos, etc..., com os cuidados médicos recebidos (aspirina, cirurgia, reabilitação): este tipo de investigação não utiliza EACs pelo que se torna impossível a atribuição de efetividade a uma determinada manobra terapêutica. A vantagem desta abordagem é que nos permite reconhecer se os outcomes esperados correspondem aos encontrados na clínica diária.

+Homogeneidade: é uma RS com um baixo grau de heterogeneidade na direção e magnitude dos resultados dos estudos individuais nela incluídos.

+por princípios primários entendem-se os conceitos fisiopatológicos que presidem à prática médica (controle da tensão arterial em doentes com disseção da aorta, por exemplo); como é óbvio, estes princípios, se não testados em estudos rigorosos, podem conduzir por vezes a práticas erradas.

\*RS: revisões sistematizadas. Uma RS é uma revisão bibliográfica e científica sobre um determinado tema, executada de tal maneira que os vieses se encontram reduzidos ao máximo. A característica fundamental de uma revisão sistematizada é a explicitação clara e não ambígua dos critérios utilizados para a seleção, avaliação crítica e inclusão da evidência científica naquela. Deste modo, uma revisão sistematizada apresenta objetivos formais e precisos e os critérios de inclusão (e exclusão) dos estudos são explicitados detalhadamente. A revisão sistematizada não apresenta, habitualmente, nenhuma representação gráfica determinada.

\*\*os estudos prognósticos de coorte de baixa qualidade são aqueles em que: i) se verificou um enviesamento na amostragem a favor dos doentes possuidores da patologia/resultado em causa ou ii) a medição de resultados (outcomes) foi conseguida em apenas < 80% do total dos doentes estudados ou iii) os resultados (outcomes) foram determinados sem ocultação e de maneira não objetiva ou iiiii) não existiu correção para os fatores de confundimento

Quando todos os doentes faleciam antes do tratamento estar disponível, mas agora alguns sobrevivem com ele; ou quando alguns doentes faleciam antes do tratamento estar disponível, mas nenhum agora morre quando o faz

Os graus de recomendação incluem quatro níveis, em ordem decrescente de validade (A,B,C e D).

- A Estudos de nível 1 consistentes
- B Estudos nível 2 ou 3 consistentes ou extrapolações de estudos nível 1
- C Estudos nível 4 ou extrapolações de estudos nível 2 ou 3
- D Estudos nível 5 ou inconsistentes/inconclusivos de qualquer nível

Fonte: Roque et al. (2007)



#### 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADO

A evidência científica disponível quando analisada de forma crítica, permitir dar um passo importante na utilização da ciência como fonte de tomada de decisão clínica (Carneiro, 2008).

Neste capítulo procedemos à sintetização dos resultados inerentes a cada estudo, os estudos incluídos devem revelar uma abordagem sistemática da evidência científica.

##### 4.1. ANÁLISE DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

De acordo com a metodologia seguida por Bugalho e Carneiro (2004) foram elaborados quadros síntese onde são apresentadas as principais características e dimensão de cada estudo, bem com o nível de evidência científica.

Em seguida faz-se a apresentação dos quadros de evidência referentes a cada artigo dos 5 em análise.

No estudo de Chartrand et al (2016) (Quadro 10), foi comparado um grupo de duplas de pais/filhos que receberam informação pré-operatória (visualização de um DVD) com um grupo de duplas de pais/filhos que não receberam informação pré operatória, verificando-se que o grupo que recebeu informação desenvolveu estratégias para diminuir o stress, bem como a ansiedade e a dor dos filhos no recobro.

Quadro 10 - Quadro de evidência relativo ao estudo Chartrand et al (2016)

Chartrand J, Tourigny J & MacCormick J (2016). The effect of na educational pre-operative DVD on parents and children outcomes after a same day surgery: a randomized comtrolled trial. <i>Journal of Advance of nursing</i> 738(3), 599-611	
Métodos	Estudo cego, randomizado com grupo controlo
Participantes	Entre Setembro de 2011 e Setembro de 2012, 123 duplas de pais-filho, com crianças com idades compreendidas entre 3 e 10 anos, seleccionados na consulta pré-operatória para cirurgia programada em regime ambulatorio de otorrinolaringologia ou cirurgia dentária. A amostra ficou constituída por 105 duplas de pais/filho,

	distribuídos aleatoriamente no grupo experimental (n=49) e no grupo controle (n=56).
Resultados	Os pais do grupo em estudo obtiveram maior conhecimento e utilizaram um maior reforço positivo, métodos de distração e relaxamento do que os do grupo controle. As crianças do grupo em estudo referiram menos dor.
Conclusões	Este estudo demonstrou que a preparação pré-operatória inspirada numa teoria educacional e focada em estratégias que os pais podem aplicar no recobro, permite aos mesmos adquirir conhecimento e comportamentos mais positivos no apoio ativo aos filhos no pós-operatório.
Implicações Práticas	Os autores enfatizam que a preparação pré-operatória através duma teoria educacional tem efeitos positivos quer nos pais quer na criança, permitindo uma alta precoce.
Nível de evidência	Nível de evidência A.( 91%- Anexo 1)

No caso do estudo de Vessey et al (2015) (Quadro 11), este estudo visa uma melhoria da qualidade tendo por base o atendimento telefónico esclarecendo pais e crianças acerca das dúvidas e preocupações de forma a evitar deslocações necessárias ao hospital.

Quadro 11- Quadro de evidência relativo ao estudo Vessey et al (2015)

Vessey AJ, MCCrave J, Curro-Harrington C & DiFazio RL (2015). Enhancing care coordination through patient and family-initiated telephone encounters: a quality improvement Project. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 30, 915-923	
Métodos	Projeto de melhoria da qualidade
Participantes	Dois serviços de ambulatório (neurologia e gastroenterologia), 5 enfermeiras especialistas e 5 enfermeiras investigadoras com larga experiência na área (entre 6 e 26 anos).
Intervenções	O projeto previa o contacto telefónico efetuado pela criança ou família

	com doença crónica e as questões mais frequentemente colocadas eram sobre o agravamento da sintomatologia; necessidades de encaminhamento/referenciação para unidades gerais ou cuidados diferenciados
Resultados	A maioria dos telefonemas foi para procurar um hospital ou clínica (87%), solicitar orientações/educação para a saúde e sobre medicação (8%). Quer para a especialidade de neurologia como de gastroenterologia o telefonema tinha questões adicionais que foram de imediato respondidas, porque as enfermeiras pela sua experiência conseguiam descodificar outras preocupações.
Conclusões	Os enfermeiros que participaram desempenharam um papel importante ao melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, fornecendo aconselhamento sobre os hospitais ou clínicas e educação para a saúde, agilizando a prestação de serviços e ajudando a evitar a ida ao hospital, prevenindo as infeções cruzadas e diminuindo a ansiedade da criança e sua família.
Implicações práticas	Com estes telefonemas são minimizadas deslocações ao hospital, evitando infeções cruzadas e gastos económicos .
Nível de evidência	Nível de evidência C (estudo de qualidade-Alta. Anexo1)

No trabalho desenvolvido por Fortier et al (2015) (Quadro 12), numa primeira fase foi utilizado uma plataforma informática – WebTIPS - para fazer a preparação pré-operatória de crianças com idade entre os 2 e os 7 anos para cirurgia programada em regime ambulatorio e seus pais, numa segunda fase foram usados dois grupos com as mesmas idades e seus pais, utilizadores de dois hospitais diferentes, onde um grupo (n=38), teve acesso à plataforma WebTIPS e o outro grupo (n=44) teve acesso à preparação pré-operatória padrão.

Quadro 12 - Quadro de evidência relativo ao estudo Fortier et al (2015)

Fortier MA, Bunzli E, Walthal J, Olshansky E, Saadat H (2015). Web-based tailored intervention for preparation of parents and children for outpatient surgery (WebTIPS): formative evaluation and randomized controlled trial. <i>Anesth. Analg.</i> , 120(4), 915-922	
Métodos	Ensaio clínico randomizado
Participantes	Treze crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 7 anos propostas para cirurgias eletivas em regime ambulatorio e seus pais
Intervenções	Fase I: 13 crianças com idades entre 2-7 anos propostas para cirurgia programada ambulatorial e seus pais tiveram acesso à plataforma informática WebTIPS – Estudo Piloto. Fase II: crianças entre os 2-7 anos foram aleatoriamente selecionadas em dois hospitais diferentes, um grupo (n=38) para receber o programa WebTIPS e outro grupo (n=44) para receber a preparação pré operatória padrão. As principais variáveis avaliadas na fase II foi a ansiedade pré-operatória da criança e dos pais
Resultados	Na fase I, os pais relataram que o WebTIPS é útil ( $p < 0,001$ ) e fácil de usar ( $p < 0,001$ ).  Na fase II, as crianças do grupo WebTIPS ( $36,2 \pm 14,1$ ) mostraram-se menos ansiosas que as crianças do grupo controlo ( $46,0 \pm 19,0$ ) na entrada da sala de cirurgia ( $p = 0,02$ ; Cohen $d = 0,59$ ) e na indução anestésica ( $43,5 \pm 21,7$ vs. $57,0 \pm 21,2$ , respetivamente, ( $p = 0,01$ ; Cohen $d = 0,63$ ). Os pais do grupo que tiveram acesso à plataforma WebTIPS também experimentaram menos ansiedade ( $32,1 \pm 7,4$ ) em comparação com os pais do grupo controlo ( $36,8 \pm 7,1$ ) no período de espera da cirurgia ( $p = 0,004$ ; Cohen $d = 0,65$ )
Conclusões	A utilização da WebTIPS resultou em mudanças comportamentais, incluindo diminuição da ansiedade nos pais e nas crianças, bem como redução do stress pós indução anestésica e no controlo da dor.
Implicações práticas	Ao reduzir a ansiedade das crianças e pais bem como redução da

	dor no pós-operatório implica uma possibilidade de alta precoce, com uma maior segurança do cuidador. O objetivo seguinte era divulgar o programa nos vários hospitais do país.
Nível de evidência	Nível de evidência A (84% - Anexo 1)

Por outro lado o estudo de Rathore et al (2017) apresentado no quadro 13, faz uma atualização às normas de 2007 sobre a prevenção e o controle da infeção no ambulatório de Pediatria.

Quadro 13 - Quadro de evidência relativo ao estudo Rathore et al (2017)

Rathore MH, Jackson MA (2017). Infection Prevention and control in pediatric ambulatory care. <i>American Academy of Pediatrics</i> 140(5),	
Métodos	Recomendações de peritos
Participantes	Todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicas administrativas) que prestam cuidados em regime ambulatório
Intervenções	Atualização das políticas de 2007 com respeito à prevenção e controle de infeção, nomeadamente no ambulatório de Pediatria
Resultados	Medidas de prevenção da infeção hospitalar nomeadamente: higiene das mãos antes e depois do contacto com o doente; uso de luvas em procedimentos evasivos com possível contato com fluidos orgânicos; etiqueta respiratória; uso de máscara em situações suspeitas de vírus influenza ou Bordetella pertussis, (no caso de suspeita de tuberculose pulmonar a máscara será com reservatório de partículas). As medidas de prevenção passam ainda por limpeza e desinfeção das áreas: sala de espera, receção, casas de banho, sala de tratamentos bem como todo o equipamento utilizado nos tratamentos.
Conclusões	As medidas de controlo de infeção são importantes, nomeadamente em regime ambulatório, uma vez que a maioria

	das situações requerem apenas procedimentos médicos ou cirúrgicos. A implementação destas medidas deve ser uma preocupação e um objetivo do pessoal que presta cuidados em regime ambulatorio, de forma a proteger a criança e a família, dada a grande rotatividade de utilizadores.
Implicações práticas	Prevenção da infeção, melhoria dos cuidados prestados.
Nível de evidência	Nível de Evidência D

Para Moncel et al (2015), estudo apresentado no quadro 14 avalia a viabilidade e segurança da aplicabilidade da escala Ped-PADSS, como critério para a alta.

Quadro 14 - Quadro de evidência relativo ao estudo Moncel et al (2015)

Moncel JB, Nardi N, Wodey E, Pouvreau A, Ecoffrey C (2015) Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. <i>Pediatric Anesthesia</i> 25, 636-641	
Métodos	Estudo observacional prospetivo
Participantes	Crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 16 anos, internadas para cirurgia em regime ambulatorio, com anestesia geral, residindo a uma distância do hospital inferior a 150 Km.
Intervenções	Avaliar a viabilidade e segurança da escala Ped-PADSS. Esta escala foi construída usando critérios de validação extraídos da PADSS de Marshall e Chung (1997), tendo os itens sido adaptados à população pediátrica (Anexo1).
Resultados	1060 crianças, (734 rapazes, 326 raparigas), média de idade 5,1 anos. Foram avaliadas duas vezes com a Ped-PADSS, com uma hora de intervalo. Das crianças, 1041 tiveram alta hospitalar, 14 crianças não tinham pontuação para alta, porque: em 7 o enfermeiro não aplicou a escala; 6 ficaram hospitalizadas por complicações cirúrgicas, 1 por complicações anestésicas; 5 crianças apenas obtiveram 1

	ponto porque regressaram tarde do bloco operatório.
Conclusões	A avaliação pela Ped-PADSS permite que a maioria das crianças tenha alta hospitalar 1 hora após a chegada do recobro. As crianças que foram avaliadas pela escala Ped-PADSS têm alta em condições seguras.
Implicações práticas	A avaliação da escala Ped-PADSS permite aos enfermeiros terem uma avaliação quantificável para poderem dar alta às crianças precocemente e de forma segura, promovendo o retorno da criança ao seu ambiente familiar o mais cedo possível, e dando maior confiança aos pais.
Nível de evidência	Nível de evidência C (estudo de qualidade-Alta. Anexo1)



## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

A hospitalização pode ser considerada um processo que decorre de uma transição, mais concretamente de uma transição do tipo saúde-doença, na qual se enfatiza o papel do enfermeiro na resposta às necessidades de informação recebidas no momento do acolhimento e necessárias para o conhecimento sobre aspetos relativos ao processo transicional em curso (Meleis et al, 2000).

Neste âmbito a filosofia de cuidados aponta para que sempre que possível estes possam ser prestados em regime de proximidade ou em regime ambulatorio. A criação do Hospital de Dia Pediátrico (HDP), facilita o cumprimento deste princípio, permitindo a prestação de cuidados necessários sem internamento, assim como permite altas precoces, fatores importantes neste grupo etário e família (Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008).

Os estudos salientam sobretudo orientações no âmbito da cirurgia de ambulatório, possivelmente devido a uma prática mais tradicional nesta área, nomeadamente salientando a importância da preparação da criança/família para a cirurgia e dando especial ênfase à preparação pré-operatória baseada numa teoria educacional com base em ferramentas digitais. Neste sentido, e tal como refere o estudo de Chartrand et al (2016), que utiliza a visualização de um DVD como instrumento de preparação para a criança e pais e a utilização duma plataforma digital a Web-TIPS, tal como revela o estudo de Fortier et al (2015). Este tipo de estratégias cada vez mais emergentes na era digital, à qual a criança e família têm acesso, tem importante impacto na diminuição da ansiedade quer antes quer depois da cirurgia, servindo ainda para capacitar os pais na utilização de estratégias para o controlo da dor do filho no pós-operatório.

As vantagens destas estratégias inovadoras são mencionadas no Plano Nacional de saúde 2011-2016, onde se refere que a introdução de tecnologias da informação e comunicação (TIC), no âmbito dos sistemas de saúde, nas suas diferentes dimensões e níveis de acção, produzem potenciais benefícios para os cidadãos e para os prestadores dos serviços. Estas constituem-se como um elemento essencial para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde, para além da sua eficiência em termos económicos e de controlo da despesa pública (PNS, 2011-2016).

Ainda neste documento, é defendido que internacionalmente, é notória a crescente introdução de tecnologias de informação e comunicação nos sistemas de saúde, com potencial de elevação dos padrões de saúde das populações, através de uma prestação de cuidados mais efetiva. Ao nível da gestão política da saúde, e citando Simões (2004: 25) é referido que “cidadãos cada vez mais informados e conhecedores dos seus direitos pressionam os decisores políticos no sentido de se encontrarem respostas mais prontas e de maior qualidade” (PNS 2011-2016)

O momento da alta é outro dos aspetos importantes na cirurgia de ambulatório, dada a necessidade de informações que suportem essa decisão de forma responsável. Neste sentido, no seu estudo, Moncel et al (2014) salientam a importância da utilização de um instrumento que analise e mensure os diversos parâmetros para que os enfermeiros possam providenciar uma alta em segurança. A escala Ped-PADSS para avaliação precoce para alta é uma ferramenta que avalia cinco áreas decisivas para essa decisão, especificamente os sinais vitais, nível de actividade, náuseas e vómitos, dor e sangramento da incisão cirúrgica. No seu estudo, os autores verificaram que com a utilização desta ferramenta, as crianças podem sair com alta de forma segura 1 hora após regresso do recobro

Recomenda-se ainda, dada a grande rotatividade de crianças/família, no ambulatório de pediatria a criação de normas para a prevenção e controlo da infeção, nomeadamente a lavagem das mãos, o uso de máscaras, luvas e ainda um cuidado acrescido com as áreas que correspondem à estrutura física (sala de espera, casas de banho, enfermarias) bem como com todo o equipamento usado (material de pensos, bombas perfusoras, monitores cardíacos, etc). A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados nas instituições e que podem também comprometer os profissionais (DGS, 2007).

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções, sendo que a sua maioria está associada às mãos dos profissionais.

O contacto após o internamento é fundamental, pois permite aos pais terem mais segurança no momento da alta, contando sempre com o apoio da equipa do hospital de dia. Esta recomendação advém do artigo de Vessey et al (2015), onde se realça a importância do contacto telefónico para a continuidade dos cuidados por parte dos pais no domicílio e em caso de alguma intercorrência, a possibilidade do encaminhamento para instituições hospitalares. A intervenção telefónica estruturada, enquanto estratégia específica, aliada ao modelo de parceria, pode contribuir para reduzir o número de reinternamentos ao possibilitar o estabelecimento de compromissos que promovem a capacitação da criança/família e

asseguram nesta o cuidado de si e dos seus, na gestão da doença. Esta prática, que vem sendo desenvolvida em diversas instituições nacionais, sobretudo em doentes adultos, tem-se revelado uma mais-valia, não só para controlo das situações clínicas após a alta, mas sobretudo porque estreita os laços de confiança entre a equipa e o utilizador de cuidados.

Para uma melhor e mais fácil compreensão das recomendações sugeridas foi elaborado o quadro 15.

### 5.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A elaboração desta RSL permitiu proceder à estruturação de recomendações tendo por base as evidências que decorreram dos estudos analisados e que podem ser entendidas como indicadores de qualidade com implicações para a prática clínica.

As recomendações recolhidas são sobretudo direcionadas para cuidados em regime de hospital de dia cirúrgico, o que representa de alguma forma uma limitação desta RSL.

Quadro 15- Quadro final de recomendações após análise dos estudos incluídos

Estudos	Recomendações
Chartrand et al (2016)	Preparação pré-operatória dos pais, com recurso a ferramentas digitais, (DVD e WebTIPS) suportada numa teoria educacional e focada em estratégias que os pais possam aplicar no pós-operatório.
Fortier et al (2015)	Efeitos esperados na diminuição da ansiedade dos pais; redução do stress da criança no pré e pós-indução anestésica e no controlo da dor Efeitos esperados no empoderamento parental para os cuidados de apoio aos filhos.
Rathore et al (2017)	Medidas de controlo de infeção para procedimentos médicos ou cirúrgicos. Implementação das medidas pelo pessoal que presta cuidados em regime ambulatorio, de forma a proteger a criança e a família, dada a grande rotatividade de utilizadores. A lavagem das mãos antes e depois do contato com a criança, uso de luvas em caso de contato com sangue ou outro fluido orgânico, uso de máscaras ,limpeza das áreas(sala de espera, enfermarias, casas de banho), bem como equipamentos. Efeitos esperados na redução das infeções cruzadas.
Vessey et al (2015)	Recurso a consultas telefónicas de enfermagens para monitorizar a situação clínica em crianças com doença crónica e encaminhamento ou referenciação nas situações de necessidade de cuidados diferenciados. Efeitos esperados na diminuição dos internamentos com consequente diminuição do risco de infeção hospitalar e na redução da ansiedade da criança e sua família

Moncel et al (2015)	Avaliação pós-cirúrgica dos parâmetros preconizados pela escala Ped-PADSS, nomeadamente sinais vitais, nível de atividade, náuseas e vômitos, presença de dor, sangramento cirúrgico. Efeitos esperados na possibilidade de alta hospitalar 1 hora após a chegada do recobro. Segurança da equipa na avaliação para a alta.
---------------------	--

Após esta análise temos como evidência que a preparação pré-operatória em crianças submetidas a cirurgia em regime ambulatorio diminui os níveis de ansiedade quer dos pais quer da criança e aumenta o conhecimento dos pais para lidarem com a criança no recobro, utilizando técnicas de diminuição do stress e alívio da dor da criança. A avaliação com utilização de uma escala pré-alta, com dados mensuráveis, dão segurança aos enfermeiros e confiança aos pais para um regresso precoce ao ambiente familiar.

Por outro lado as orientações para uma política de prevenção e controle da infeção no ambulatório de Pediatria é fulcral de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde.

A importância dum comunicação aberta e eficaz através do atendimento telefónico por parte de enfermeiros especializados, evita custos desnecessários e deslocações ao hospital.

## 6. CONCLUSÕES

O presente trabalho de revisão sistemática da literatura teve um contributo importante a vários níveis, nomeadamente profissional, académico e de capacidade investigativa. A nível profissional, esta investigação permitiu dar algumas respostas à questão de investigação previamente formulada, possibilitando assim o desenvolvimento de um trabalho que terá aplicação na prática, ou seja, permitiu refletir de forma individual, e vai possibilitar a discussão em equipa, sobre algumas mudanças das práticas de cuidados no internamento em regime ambulatorio, baseadas na evidência.

Em termos académicos possibilitou-nos consolidar conhecimentos teórico-práticos no âmbito do ambulatorio em pediatria e na promoção de cuidados de saúde com qualidade para agir com mais segurança.

A nível investigativo permitiu desenvolver competências numa das áreas mais atuais da pesquisa científica -a revisão sistemática da literatura.

. A filosofia de cuidados de enfermagem pediátricos apoia-se no cuidado centrado na família (CCF), na parceria de cuidados e nos cuidados não traumáticos. O CCF reconhece a criança e a sua família como unidade de cuidado e considera a família como constante na vida da criança, díade que os sistemas de saúde e profissionais devem apoiar, respeitar, encorajar e potenciar nas suas forças e competências (Honckenberry & Barrera in Honckenberry & Wilson, 2014).

Evitar ao máximo interferir nas rotinas duma criança e família é muito importante para um crescimento sem grandes perturbações e uma infância feliz e sem momentos de stress.

Um fator gerador de stress é a hospitalização, pelo que o regime ambulatorio vem minimizar esses efeitos e ao mesmo tempo permitir empoderar a família para a prestação de cuidados familiares e alguns cuidados técnicos ao seu filho em parceria com a equipa de saúde, sendo que, neste âmbito, a família terá um papel decisivo na tomada de decisão.

Dando resposta à questão inicial: Quais as recomendações mais adequadas para uma prática de cuidados de enfermagem à criança/família em regime de ambulatorio com vista à definição de normas/indicadores de qualidade? Podemos afirmar que com este trabalho e com base nos estudos selecionados, conseguimos sobretudo recomendações para o atendimento cirúrgico, mas que darão um forte contributo de suporte às mudanças que pretendemos realizar. A necessidade de fazer uma melhor utilização dos recursos

limitados da saúde é um desafio à melhoria da qualidade, particularmente para apoiar o desenvolvimento de mudanças suportadas em evidências científicas, e que terão forte impacto nos cuidados e na avaliação dos serviços de saúde.

A definição de normas de qualidade implica, para além das recomendações técnicas, o estabelecimento de uma prática, onde a relação de confiança estabelecida com a criança e família constitua a base de sustentação dos cuidados necessários e subjacente intencionalidade terapêutica.

Não existe revelação mais nítida da evolução de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças (Nelson Mandela).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Alto comissariado da Saúde. Comissão Nacional da Saúde da Criança e do adolescente 2004-2008
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Quateto Editora
- Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (2011). *O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais*. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136 acedido em <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Bugalho A., & Carneiro, A.V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas: Norma de orientação clínica de adesão terapêutica (1ª)*. Lisboa: Centro de estudos de medicina baseada na evidência. Acedido em [http://cembe.org/avd/NOC de adesão a patologias crónicas CEMBE 2004.pdf](http://cembe.org/avd/NOC%20de%20ades%C3%A3o%20a%20patologias%20cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf)
- Carneiro, A.V. (2008). *Como avaliar a investigação clínica: O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico*. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 15(2), 30-36. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ge/v15n1/v15n1a07.pdf>
- Casey, A. (1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers* *Advanced Nursing Science*, 22(6), 1058-1062. Acedido em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Cernadas, J.M.C.(2015). El desafio de mejorar la atención ambulatoria em pediatria: improving outpatient care in pediatrics: a challenge. *Arch Argent Pediatric*, 113, 386-387
- Chartrand, J., Tourigny, J., McCormick, J. *The effect of an educational pre operative DVD on parent's and children's outcomes after a same-day surgery: a randomized controlled trial* (2016). *Journal of advance Nursing*, 599-611
- Clapin, H., Hope, L., Ritchie, E., Jayabalan, R., Evans, M., Browne-Cooper, K., Peter, S., Vine, J., Jones, T.W., Davis, E.A. (2016). *Home-based vs inpatient education for children newly diagnosed whit type 1 diabetes*. *Wiley ISPAD*, 579-587
- Connor, M.A., Dion, G.R., Borgman, M., Maturo, S. *The pediatric sedation uniy: A prospective analysis of parental satisfaction*. *International jornal of pediatric otorhinolaryngology*. 28, 2165-2168

- Cordeiro, A.M., Oliveira, G.M., Renteria, J.M., Guimarães, C.A (2007). *Revisão sistemática : Uma revisão narrativa*. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet]; 34(6). Acedido em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>
- Delbarre, G., Bourdais, S., Saci, N., Deluche, G., Clermidi, P., & Margaryam, M. (2014). *Cinq ans d'exérience de consultation infirmière en chirurgie pédiatrique*. *Archives de Pédiatrie*, 21(5), 405.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Norma nº010/2013*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2010). Orientação 014/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 14 dez 2010;
- Direção Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos cuidados de saúde. Acedido em <file:///C:/Users/mi3/Downloads/i008902.pdf>
- Fortier, M.A., Bunzli, E. Walthall, J., Olshansky, E., Saadat, H. *Web-Based tailored intervention for preparation of parents and children for outpatient surgery (WebTIPS):Formative Evaluation and randomized controlled Trial*(2015). *Anesh Analg*, 120(4), 915-922
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*: Loures: Lusociência.
- Galvão, T.F. & Pereira, M.G. (2014). *Revisões sistemáticas da literatura:passos para a sua elaboração*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183-184. Acedido em <https://doi.org.10.5123/1679-49742014000100018>
- Giambra, B.K., Haas, S.M., Britto, M.T., Lipstein,(2017) *Exploration of paren-provider communication during clinic visits for children whith chronic condition*. *Journal paediatrics health care* 32, 21-28
- Guaratini, Á. A., Marcolino, J. Á. M., Teixeira, A. B., Bernardis, R. C., Passarelli, M. L. B., & Mathias, L. A. D. S. T. (2006). *Estudo transversal de ansiedade pré-operatória em crianças: utilização da escala de Yale modificada*. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (6);
- Higgins, J.P.T. & Green, S. (Eds.)(2011) *Cochrane Handbook for systematic reviews of intervention* (version 5). Acedido em <http://handbook-5-1.cochrane.org>

- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência; ICN (2011). CIPE® 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Hong, P. Rithie, K., Beaton-Campbell, C., Cavanagh, L., Beleya, J., Corsten, G. (2015). *The effectiveness of nurse-led outpatient referral triage decision making in pediatric otolaryngology*. International Journal of Pediatric otolaryngology, 79(4), 578-579
- Hopia, H., Tomlinsont, P.S., Paavilainen, E. - *Child in Hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health*. Journal of Clinical Nursing. Nº 14 (2005), p. 212-222;
- Instituto de Apoio à Criança (1998). Carta da criança hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa: IAC;
- Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Brigs Institute Reviewers' manual:2014 edition. Adelaide:JBI. Acedido em [http://joannabrigs.orgassets/docs/sumari/reviewers' manual:2014.pdf](http://joannabrigs.orgassets/docs/sumari/reviewers%27manual:2014.pdf)
- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança. (Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures. Lusociência;
- Lu, K.B., Vincour, C.D., Burrows, J.F., Rosen, P. *Determinants of patient satisfaction in the ambulatory pediatric general surgery setting*. (2017). Remedy Publication Clinic Surgery, 2, 1324
- Mafetoni, R. R., Higa, R., & Bellini, N. R. (2011). *Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 12(4), 859-865;
- Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR (2013). *As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança*. Rev Gaucha Enferm. 34(1):37-44.
- Masterman, M. Cronin, R.M., Davis, S.E., Shenson, J.A., Jackson, G.P.(2016). *Adoption of secure messaging in a patient portal across pediatric specialities*. AMIA annual Symposium, 108, 1930-1939.
- McCann, M. E., & Kain, Z. N. (2001). *The management of preoperative anxiety in children: An update*. Anesthesia & Analgesia, 93(1), 98-105.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E, Messias, D. & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transition: Na Emerging Middle Range Theory*. Advanced Nursing Science, 23(1), 12-28. Doi:10.1097/00012272-200009000-00006

- Meleis, A.I. (2005). *Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry*. *Leading Global Nursing Research*, 52(6), 579-711. Acedido em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x>
- Mihalko, M.C. *Pediatric Ambulatory nurse at the intersection of healthcare reform and health care information technology*. (2013). *Journal of pediatric nursing*, 28, 611-612
- Novo Aurélio - *Dicionário de Língua Portuguesa Séc. XXI o dicionário da língua portuguesa* (3ª edição) de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira idioma: Português do Brasil, Português Edição: Editora Nova Fronteira, janeiro de 1999
- Ollendick, T. H., & March, J. S. (Eds.). (2003). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. Oxford University Press;
- Ordem dos Enfermeiros (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual*, Enunciados descritivos. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem*. Lisboa. – Suplemento da Revista nº13, (Julho de 2004), p. 3-8;
- Ordem dos Enfermeiros (2008) – *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I. 2(3)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Pedrolo, Edivane et al. *Cogitare Enfermagem* (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare enfermagem*.14(4) 760-763 Acedido em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16396/10875>
- Pereira, A.S., Gaspar, C., Reis, D., Barradas, J., & Nobre, P. (2012). Revisão sistemática de literatura. (VI Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e III Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pereira.Â.L, & Bachion, M.M. (2006). *Atualidades em revisão sistemática da literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 491-498. Acedido em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>

Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços (2010)

Acedido em

<file:///C:/Users/mi3/Downloads/TIC1.pdf>

Pompeo, D.A., Rossi, L.A., Galvão, C.M.. (2009) *Revisão Integrativa: Etapa inicial do*

*processo de validação de diagnóstico de Enfermagem*. Acta Paulista. Enfermagem online. Vol. 22(4), 434-438. Acedido em

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>

Pölkki, T. Et al(2002). Parental views on participation in their child's pain relief measures and

recommendation to health care providers. Journal of Pediatric Nursing. Nº 17, 270-278.

Rathore, M.H., Jackson, M.A.(2017). Infection prevention and control in pediatric ambulatory

setting. American Academy of Paediatrics. 140(5)

Roque, A., Bugalho, A. & Carneiro, A.V. (2007). *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica* (1ªed.). Lisboa: Centro de Estudos

Baseada na Evidência. Acedido em

<http://cembe.org/avc/docs/manualdenocscembe2007.pdf>

Sampaio, R.F., & Manchini, M.C. (2007), *Estudos de revisão sistemática: Um guia para*

*síntese criteriosa da evidência científica*. Revista Brasileira de Fisioterapia, 11(1), 83-89. Acedido em <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>

Silveira, A. [et al.] – *Doença e Hospitalização da Criança: Identificando as Habilidades da*

*Família*. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro. Vol. 16, nº 2 (2008), p. 212-217;

Vessey, J.A., McCrave, J., Curro-Harrington, C., DiFazio, R.L. (2015). *Enhancing care coordination through patient and family-initiated telephone encounters. A quality improvement project*. Journal pediatric Nursing, 30, 915-923

World Health Organization. Managing Chronic Conditions: experiences in eight countries.

Copenhagen: WHO Regional

Zemek, R.L., Groot, A.M., Duque, D.R., Demateo, C., Rothman, L., Benchinol, E.I., Guttman, A., Macpherson, A.K. (2016). *Annual and seasonal trends in ambulatory visits for pediatric Concussion in Ontario between 2003 e 2011*. The journal of pediatrics, 181, 222-228

# ANEXO



## ANEXO 1 – GRELHA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

ARTIGO: Chartrand J, Tourigny J & MacCormick J (2016). The effect of na educational pre-operative DVD on parents and children outcomes after a same day surgery: a randomized comtrolled trial. *Journal of Advance of nursing* 738(3), 599-611

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	N/A
1. A gama de doentes foi bem definida?	2			
2. O diagnóstico da doença estava bem categorizado?				n/a
3. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2			
4. Os doentes foram aleatorizados?	2			
5. A aleatorização foi ocultada?		1		
6. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido Aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?				n/a
7. O método de aleatorização foi explicado?		1		
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?	2			
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus fatores de prognósticos conhecidos?	2			
10. Com exceção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?				n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2			
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?				n/a
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?				n/a
14. O seguimento (follow-up) final foi superior a 80%?				n/a
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR,RRA,NNT)				n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?				n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2			
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aso da prática clínica do médico individual?	2			
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2			
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2			

Fonte: Bugalho & Carneiro (2004)

[A]=22 ; [B]=12; [C]= 2x12=24

Classificação= 22/24x100= 91%

ARTIGO: Fortier MA, Bunzli E, Walthal J, Olshansky E, Saadat H (2015). Web-based tailored intervention for preparation of parents and children for outpatient surgery (WebTIPS): formative evaluation and randomized controlled trial. *Anesth. Analg.*, 120(4), 915-922

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	N/A
1. A gama de doentes foi bem definida?	2			
2. O diagnóstico da doença estava bem categorizado?				n/a
3. Os critérios de inclusão e exclusão são lógicos e claros?	2			
4. Os doentes foram aleatorizados?	2			
5. A aleatorização foi ocultada?		1		
6. Os doentes foram analisados nos grupos para os quais tinham sido Aleatorizados inicialmente (intenção de tratar)?				n/a
7. O método de aleatorização foi explicado?		1		
8. A dimensão da amostra foi estatisticamente calculada?		1		
9. Os doentes nos grupos em comparação eram semelhantes em termos dos seus fatores de prognósticos conhecidos?	2			
10. Com exceção do tratamento em estudo, todos os doentes foram tratados da mesma maneira?				n/a
11. Foi ocultado aos doentes o grupo a que pertenciam?	2			
12. Foram ocultados aos investigadores os grupos em estudo?		1		
13. Foram ocultados aos analisadores dos dados os grupos em estudo?				n/a
14. O seguimento (follow-up) final foi superior a 80%?				n/a
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
15. A dimensão do efeito terapêutico (RRR,RRA,NNT)				n/a
16. A estimativa do efeito é suficientemente precisa (IC)?				n/a
17. Esse efeito tem importância clínica?	2			
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
18. Os doentes do estudo são semelhantes aso da prática clínica do médico individual?	2			
19. Foram considerados todos os resultados clínicos importantes?	2			
20. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2			

Fonte: Bugalho & Carneiro (2004)

[A]=22 ; [B]=13; [C]= 2x13=26

Classificação= 22/26x100=84%

ARTIGO: Vessey AJ, MCCrave J, Curro-Harrington C & DiFazio RL (2015). Enhancing care coordination through patient and family-initiated telephone encounters: a quality improvement Project. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 915-923

CRITÉRIOS	S	?	N	N/A
1- A amostra é representativa da população em estudo	1			
2- A amostra é objetivamente caracterizada?	1			
3- Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita sua condição/doença	1			
4- Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)?	1			
5- O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente?				
6- Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo?				
7- A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
8- A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes?	1			
9- Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes?	1			
10- Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os fidedignos?	1			
11- A análise estatística utilizada foi adequada?	1			
12- As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo?	1			
<b>TOTAL</b>	<b>10/12</b>			

Pontuação	Nível de qualidade
<b>0-4</b>	<b>Baixa</b>
<b>5-8</b>	<b>Média</b>
<b>9-12</b>	<b>Alta</b>

Fonte: Joanna Brigs Institute

Artigo: Moncel JB, Nardi N, Wodey E, Pouvreau A, Ecoffrey C (2015) Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. *Pediatric Anesthesia* 25, 636-641

CRITÉRIOS	S	?	N	N/A
1- A amostra é representativa da população em estudo	1			
2- A amostra é objetivamente caracterizada?	1			
3- Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita sua condição/doença	1			
4- Os participantes são tratados de forma semelhante (à parte da intervenção)?	1			
5- O tempo de acompanhamento dos participantes foi suficiente?				
6- Existe referência dos participantes que abandonaram o estudo?				
7- A intervenção está descrita detalhadamente?	1			
8- A intervenção é aplicada de forma semelhante a todos os participantes?	1			
9- Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os participantes?	1			
10- Os resultados foram mensurados de forma semelhante para todos os fidedignos?	1			
11- A análise estatística utilizada foi adequada?	1			
12- As conclusões dão resposta às questões/hipóteses colocadas no início do estudo?	1			
<b>TOTAL</b>	<b>10/12</b>			

Pontuação	Nível de qualidade
<b>0-4</b>	<b>Baixa</b>
<b>5-8</b>	<b>Média</b>
<b>9-12</b>	<b>Alta</b>

Fonte: Joanna Brigs Institute

**ANEXO 2- Escala Postanesthesia Discharge Scoring System (PADS) for Determining Home-Readiness, elaborada por Scott Marshall e Frances Chung**

A pontuação máxima é de 10 pontos e a mínima para alta hospitalar deve ser  $\geq$ nove.

**Tabela 2 - Postanesthesia Discharge Scoring System (PADS) for Determining Home-Readiness<sup>42</sup>**

<b>Sinais Vitais</b>	
Sinais vitais devem ser estáveis e consistentes com idade e nível basal	
PNI e pulso dentro de 20% dos níveis basais	2
PNI e pulso entre 20-40% dos níveis basais	1
PNI e pulso >40% dos níveis basais	0
<b>Nível de Atividade</b>	
Pacientes devem ser capazes de deambular como no pré-operatório	
Marcha normal, sem tonteira, como no pré-operatório	2
Requer assistência para a marcha	1
Incapaz de deambular	0
<b>Náuseas e Vômitos</b>	
O paciente deverá ter mínima queixa de náusea ou vômitos antes da alta	
Mínima: tratada com sucesso com medicação oral	2
Moderada: tratada com sucesso com medicação intramuscular	1
Severa: queixa continua após tratamento repetido	0
<b>Presença de Dor</b>	
O paciente deve ter dor leve ou inexistente antes da alta hospitalar O nível de dor deve ser descrito como suportável pelo paciente Dor deve ser controlada com analgésicos por via oral O local e tipo da dor devem ser consistentes com o esperado	
Sim	2
Não	1
<b>Sangramento Cirúrgico</b>	
Deve ser consistente com o esperado pelo procedimento cirúrgico	
Mínimo: não requer troca de curativos	2
Moderado: requer até duas trocas de curativos	1
Severo: requer três ou mais trocas de curativos	0