

A SALA DE REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA: QUE REALIDADE? UMA ANÁLISE AO PERÍODO 2015-2017

WHAT HAPPENS IN THE PEDIATRIC RESUSCITATION ROOM: AN ANALYSIS FOR THE 2015-2017 PERIOD

Mário A. Macedo¹; Marta Escudeiro²; Luís Rodrigues³; Patrícia Martins⁴; Alexandre Sobral⁵

RESUMO

O cuidado à criança e adolescente em situação de emergência é uma realidade com a qual nos deparamos diariamente, pelo que se torna fundamental conhecer os padrões de utilização da sala de reanimação. O objetivo principal deste estudo é caracterizar a assistência prestada na sala de reanimação do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, durante o período de 1 de janeiro de 2015 a 30 de Junho 2017.

Para tal, foi efetuado um estudo observacional, retrospectivo descritivo, que teve como ponto de partida os dados extraídos da utilização da sala de reanimação, conjugados com os dados obtidos através da avaliação inicial de enfermagem referente à etnia, escolaridade e situação face ao trabalho dos pais. As variáveis foram estudadas através de testes de Qui-Quadrado e aplicação de um modelo de regressão logística ajustado para sexo e idade.

Foram selecionados 193 episódios de reanimação (cerca de 0,12% da afluência total da urgência), a média de idades foi de 5,8 anos. 44% ocorreram no turno da tarde, sendo a sexta-feira o dia mais frequente (18,8%). Com 64,25% dos casos, a convulsão foi o motivo mais frequente. Ocorreram 17,1% de reincidências maioritariamente relacionadas com episódios convulsivos. Foram internadas em cuidados intensivos 24,35% dos casos.

Quanto à escolaridade, cerca de metade das mães e 57% dos pais tinham no máximo 9 anos de escolaridade, com taxas de desemprego registadas acima da média nacional. Foram relacionados com internamento em intensivos a situação laboral dos pais (mãe $p=0,049$ e pai $p=0,043$). A etnia e escolaridade não aparentam ter relação. Não foi encontrada relação entre estes determinantes sociais e as reincidências, sendo de realçar o valor borderline da situação laboral da mãe ($p=0,06$).

Em termos de implicações para a investigação e para a prática, é necessário compreender melhor os padrões de utilização da sala de reanimação, bem como os determinantes de saúde que lhe dão origem, para desta forma, melhor planear a atuação da equipa multidisciplinar. A base de dados informática será uma mais-valia na monitorização dos eventos na sala de reanimação, permitindo uma adaptação rápida a alterações de padrões que eventualmente surjam.

Palavras-chave: Pediatria; Fatores socioeconómicos, Reanimação pediátrica, Serviços de urgência

ABSTRACT

The care of the child and adolescent in emergency situation is a reality with which we are faced daily, so that it is crucial to know the casuistic of the resuscitation room. The main goal of this study is to characterize the assistance provided in the pediatric emergency resuscitation room in the period 2015-2017.

Based on the records log of the resuscitation room, we perform a retrospective correlation study. Data was extracted on the use of the resuscitation room, coupled with nurse records regarding of ethnicity, parent education level and employment status.

We perform Chi-Square tests and apply a logistic regression model adjusted for sex and age.

A total of 193 resuscitation episodes were selected (about 0.12% of the total Emergency Department influx), the mean age was 5.8 years. 44% occurred in the afternoon shift, with Friday being the most frequent day (18.8%). With 64.25% of the cases, seizure was the most frequent reason. There were 17.1% of recurrences mostly related to seizures. 24.35% of cases were admitted in intensive care.

As for the educational level, 46.3% of mothers and 56.9% of fathers had no more than 9 years of school completed, with unemployment rates recorded above the national average. The employment status of parents (mother $p=0.049$ and father $p=0.043$) were related with admission in the intensive care unit, unlike the ethnicity or education level who do not appear to be the case. No relationship was found between these social determinants of health and resuscitation room recurrences. However, the mother employment status has a borderline value ($p=0.06$).

It is necessary to better understand the patterns of use of the resuscitation room, as well as the determinants of health which are their root. The computer database will be an asset in monitoring events in the room resuscitation, allowing rapid adaptation to changes in patterns that may arise.

Keywords: Socioeconomic Factors; Pediatric resuscitation; Emergency services

¹Enfermeiro Mestre em Saúde Pública no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Prof. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

²Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Prof. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

³Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Prof. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁴Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Prof. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁵Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dr. Prof. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

✉ marioandremacedo@gmail.com

INTRODUÇÃO

O cuidado à criança e adolescente em situação de emergência é uma realidade com a qual todas as instituições de saúde se deparam. A Academia Americana de Pediatria fornece orientações específicas relativas a este momento crítico. Entre elas destaca-se a importância do papel das instituições na identificação e organização dos recursos necessários para prestar cuidados seguros de qualidade em emergência pediátrica em qualquer região.¹

A Organização Mundial de Saúde (2016) refere ainda que, frequentemente, situações de óbito ocorrem nas primeiras 24 horas após admissão no hospital, e que, a sua prevenção ocorre na identificação rápida e eficaz, e consequentemente, um tratamento apropriado e o mais precoce possível.²

Com a melhoria dos cuidados de saúde primários e das medidas preventivas implementadas nos protocolos de saúde nacional, as reanimações pediátricas são cada vez menos frequentes, com taxas registadas de utilização de 1% do total de admissões.^{3,4}

Estes dois factos, associados a uma diminuição progressiva da taxa de natalidade,⁵ podem contribuir para uma progressiva perda de competências dos enfermeiros que habitualmente não realizam reanimações. Entenda-se reanimação como “um conjunto de terapêuticas que visam recuperar as funções vitais de um doente cujo equilíbrio fisiológico se encontra gravemente perturbado”⁶ e que conta com a presença de uma equipa multidisciplinar, com enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, entre outros. A melhoria da prestação de cuidados à criança/jovem e à sua família em situações de especial complexidade poderá surgir otimizando-se os recursos existentes, o que implica que seja possível a criação de equipas de trabalho especificamente dirigidas para essa tarefa e que se encontrem presentes a todo o momento e que estas assumam a responsabilidade por essa função.^{7,8}

As desigualdades socioeconómicas são a base dos determinantes sociais de saúde, que são a gama de fatores que interagem e moldam o bem-estar. São então estas condições de vida díspares que provocam desigualdades de poder, dinheiro e recursos. Estas diferenças nas condições de vida diárias provocam desigualdades em saúde.⁹

A escassez de estudos publicados acerca da utilização da sala de reanimação em urgência pediátrica em Portugal, faz emergir a necessidade de conhecer a realidade atual e assim promover a reflexão sobre as práticas, enfatizar a necessidade de desenvolvimento de programas de formação como o treino de reanimação em pediatria, contribuindo para a prestação de cuidados de excelência.

O objetivo deste estudo é caracterizar a assistência prestada na sala de reanimação da urgência pediátrica, para melhor identificar lacunas e definir estratégias para as colmatar. Pretende-se também caracterizar a influência dos determinantes sociais neste local tão específico.

METODOLOGIA

Fontes de dados

Estudo observacional, retrospectivo de carácter descritivo, realizado na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca,

EPE, por um grupo de enfermeiros, no qual participam os autores do presente artigo.

O objetivo principal deste estudo foi caracterizar a assistência prestada na sala de reanimação do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, no período de 1 de janeiro de 2015 a 30 de Junho 2017.

Os dados foram recolhidos através dos registos de utilização da Sala de Reanimação e dos registos da Avaliação Inicial de Enfermagem do Processo Individual do utente. Toda a informação foi extraída e processada de forma totalmente anónima.

Descrição das variáveis

A amostra foi caracterizada quanto à idade e sexo. Foi recolhido a data e turno do episódio de reanimação, a prioridade atribuída na triagem, o motivo e o desfecho do episódio de reanimação, quais os procedimentos efetuados assim como se a criança era reincidente na sala. Os determinantes sociais foram estudados ao nível da etnia, escolaridade, situação face ao trabalho.

A etnia foi caracterizada como variável dicotómica caucasiana/ não caucasiano. Para a escolaridade foi seguida a Lei de Bases do Sistema Educativo,¹⁰ que estabelece 3 níveis – Básico, Secundário e Superior. Foi acrescentado o nível - Nenhum, para refletir o baixo grau de escolaridade da amostra, tendo como significado o não ter completado quatro anos de escolaridade. A situação face ao trabalho foi classificada numa variável dicotómica – empregado e desempregado.

Análise de Dados

Foi efetuado uma análise descritiva da amostra. As relações entre variáveis foram efetuadas com base em testes de Qui-Quadrado. As análises foram realizadas com recurso ao SPSS, versão 22.

Considerações éticas

Por respeitar os princípios éticos, foi assegurada o consentimento para realização do estudo à Direção de Enfermagem e ao Conselho de Ética do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE. O anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos foram totalmente garantidos.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 193 casos, correspondendo a cerca de 0,12% do total de admissões na urgência no período em estudo. Com média de idades de 5,8 anos e mediana de 4 anos, dos quais 108 casos são do sexo masculino e 85 do sexo feminino. Na Tabela 1 é possível observar a distribuição dos problemas que originaram a situação de doença crítica, estratificados por escalão etários e sexo:

Tabela 1: Origem dos problemas de utilização da sala de reanimação estratificado por idade e sexo

	0-1 Anos	1-3 Anos	4-10 Anos	11-17 Anos	Feminino	Masculino	Total
Alteração estado de consciência	4	1	1	3	4	5	9
Cetoacidose diabética	0	0	0	2	2	0	2
Convulsão	35	24	48	17	52	72	124
Hemorragia Cerebral	1	0	1	1	1	2	3

Tabela 1: Origem dos problemas de utilização da sala de reanimação estratificado por idade e sexo (cont.)

	0-1 Anos	1-3 Anos	4-10 Anos	11-17 Anos	Feminino	Masculino	Total
Hipoglicemia	1	0	2	0	1	2	3
Intoxicação	0	2	1	5	5	3	8
Problemas Cardíacos	4	4	3	11	12	10	22
Problemas Respiratórios	11	1	1	0	7	6	13
Trauma	0	2	1	3	0	6	6
Outros	1	0	0	2	1	2	2
Total	57	34	58	44	85	108	193

A maioria dos episódios ocorreu no período referente ao turno da tarde (15h-22h), com 85 ocorrências (44%), seguido do período referente ao turno da noite (22h-8h) com 57 registos (29,53%) e por fim o turno da manhã (8h-15h) com 51 episódios (26,43%). Sexta-feira foi o dia mais frequente (18,8%) seguindo-se de domingo com (17%). Segunda e terça-feira foram os dias menos frequentes, com 10,3% e 11,9% respetivamente. No ano de 2015 ocorreram 69 episódios de utilização de sala de reanimação, em 2016 foram descritos 75. No primeiro semestre de 2017 estão assinalados 49 episódios. Julho, março e janeiro foram os meses mais frequentes, com 20 e 16 episódios respetivamente, sendo que setembro com 6 episódios foi o mês com menos ocorrências registadas.

Nos casos estudados, verificou-se que em 71% dos casos a entrada na sala de reanimação ocorreu imediatamente à chegada ao Serviço de Urgência Pediátrica durante a fase de pré triagem de enfermagem, enquanto os restantes (29%) foram encaminhados após a realização da avaliação de triagem de enfermagem. Na Tabela 2 é possível observar a distribuição estratificada por prioridades:

Tabela 2: Origem dos problemas de utilização da sala de reanimação estratificado por prioridade atribuída na triagem

	Prioridade na triagem?				Direto da triagem?	
	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Sim	Não
Alteração estado de consciência	3	6	0	0	8	1
Cetoacidose diabética	0	1	1	0	1	1
Convulsão	74	29	13	8	89	35
Hemorragia Cerebral	1	1	1	0	1	2
Hipoglicemia	2	0	1	0	2	1
Intoxicação	0	8	0	0	6	2
Problemas Cardíacos	6	14	0	2	11	11
Problemas Respiratórios	9	3	1	0	12	1
Trauma	0	4	2	0	5	1
Outros	0	2	1	0	1	2
Total	95	68	20	10	137	56

A maioria dos episódios (62,69%) terminou com internamento em SO, seguido de internamento em cuidados intensivos (24,35%). Da nossa amostra, 11 casos, correspondente a 6,22%

tiveram alta sem internamento, 4,66% foram transferidos para outros hospitais e 2,07% (4 casos) foram declarados óbitos.

Quanto aos meios complementares de diagnóstico de terapêutica (MCDT) realizados na sala, exceto dez casos, todos realizaram pelo menos colheitas de sangue. Em nove casos não foi efetuado qualquer MCDT. Um total de 20,61% da nossa amostra realizou TAC em contexto de reanimação, necessitando de acompanhamento permanente por médico e enfermeiro. Em 33 ocasiões não foi administrada qualquer tipo de terapêutica. A via endovenosa foi escolhida, de forma isolada ou em combinação com outras, em 112 ocasiões. No mesmo sentido, a via rectal foi opção em 91 casos. De realçar a via intraóssea, escolhida por duas ocasiões durante o período em estudo.

No período em estudo, houve 33 casos reincidentes na sala de reanimação, sendo quase na sua totalidade devido a episódios convulsivos.

Na Tabela 3 é possível observar a descrição da escolaridade e da situação face ao trabalho da amostra:

Tabela 3: Escolaridade e situação face ao trabalho dos pais

	Mãe (%)	pai (%)
Nenhum	8,2	13,8
Básico	38,1	43,1
Secundário	32,8	31,7
Superior	20,9	11,4
Desempregado	32	14,5
Empregado	68	85,5

Cerca de 46% das mães têm no máximo 9 anos de escolaridade, proporção que aumenta para cerca de 57% no caso dos pais. O nível de desemprego é superior à média nacional,¹¹ especialmente no caso do sexo feminino. Estes resultados evidenciam o elevado nível de vulnerabilidade social da nossa amostra. Em termos de etnia, a distribuição entre caucasianos e não caucasianos é idêntica, com 50% para cada grupo.

O internamento em cuidados intensivos não tem relação com o sexo da criança (p=0,604), com a entrada direta da sala de triagem (p=0,281), idade (p=0,066), dia da semana (p=0,154), turno (p=0,621) nem com a prioridade atribuída na triagem (p=0,977). Por outro lado, o motivo de vinda à urgência (p=0,00) e o estado de desemprego dos pais (mãe p=0,049, pai p=0,043) tem relação com internamento em cuidados intensivos.

A reincidência está relacionada com o motivo de vinda (p=0,00). O desemprego materno apresenta um valor *bordeline* com a reincidência (p=0,06).

DISCUSSÃO

Conhecer a sala de reanimação e apreender os algoritmos a implementar perante uma criança em situação de risco de vida, são dois aspetos imprescindíveis a qualquer enfermeiro que trabalhe num Serviço de Urgência Pediátrica. Importa não somente na fase de integração no serviço, como também continuamente, conhecer a população constituída por crianças e jovens que são admitidos na sala de reanimação, considerando a sua idade, sexo, motivo de admissão, meio de entrada, tratamento efetuado e encaminhamento pós-reanimação. Seremos

detentores desta informação permite-nos melhorar os nossos conhecimentos, procurando prestar cuidados de qualidade com vista à obtenção de ganhos em saúde, não somente para a criança, como também para a família que a acompanha e que também esta deverá ser alvo da nossa intervenção.

Durante o período em estudo, a nossa amostra corresponde a 0,12% do total de admissões, ficando aquém de outros valores registados noutros estudos, 1% no Brasil⁴ ou 0,7% no Reino Unido.¹² Estes valores podem ser explicados por padrões de utilização da urgência pediátrica elevados,^{13,14} o que faz diminuir em termos relativos o número de utentes pediátrico em situação de doença aguda crítica. Os motivos de utilização da sala são semelhantes a outros estudos,^{1,4,12} sendo de realçar a maior prevalência de convulsões na nossa realidade.

Existem dias e meses com maior afluência na urgência.¹⁵ É um fenómeno que não é novo e largamente conhecido de forma empírica. Este trabalho acrescenta que a utilização da sala de reanimação também sofre alterações mensais e diárias. O mês de julho não seria expectável dado ser um mês com menor afluência – 8188 episódios de urgência nos anos em estudo, e no qual as crianças já se encontram de férias, relacionando-se os meses de janeiro e dezembro – 11617 e 12214 episódios de urgência respetivamente nos anos em estudo, possivelmente com o facto de serem meses frios, com maior número de afluência de crianças com problemas respiratórios.

Relativamente aos MCDT, foi possível concluir que em praticamente todos os casos foi colhido sangue para diversas análises, sendo de realçar que cerca de 21% dos casos foi pedido exame TAC de urgência, o que implica necessariamente o acompanhamento por parte de enfermeiro e médico. Este facto evidencia a necessidade de manter os rácios adequados para dar resposta às necessidades da população pediátrica, nomeadamente, o manter pelo menos um enfermeiro da urgência fora de posto para funções de coordenação e reforço dos locais com maior volume de trabalho.

De realçar que metade dos episódios de reanimação com origem em problemas cardíacos não vieram após a primeira avaliação de enfermagem na sala de triagem. Este facto pode demonstrar a falta de experiência dos enfermeiros para este tipo de patologia. Parece ser pertinente o investimento na formação nesta área específica, de forma a identificar precocemente sinais e sintomas de gravidade logo na sala de triagem.

Para tal, a equipa de enfermagem necessita dos conhecimentos, aptidões e da formação adequadas para a abordagem de situações de emergência na sua Unidade de Saúde. Idealmente, todas as equipas multidisciplinares deveriam ter conhecimento, equipamento e fármacos adequados para uma atuação rápida e eficaz nestas situações, tal como, a equipa de saúde deveria estar familiarizada com o respetivo protocolo de utilização.¹⁶ A introdução deste género de programas tem resultados comprovados na redução da mortalidade e morbilidade.^{17,18}

Os dados referentes aos fatores socioeconómicos são coincidentes com os resultados de outros estudos e relatórios publicados.¹⁹ Em Portugal, existe forte evidência de desigualdades em saúde provocadas por fatores socioeconómicos, nomeadamente pelo nível de escolaridade e género.²⁰ Mais concretamente na idade pediátrica, foram encontradas relações entre fatores socioeconómicos e a obesidade infantil²¹ e nos adolescentes,²² entre o nível de escolaridade dos pais com a probabilidade de cáries nas crianças,²³ ou com o baixo peso ao nascer,²⁴ assim como, com a prevalência do tabagismo nos adolescentes.²⁵

Este estudo evidencia uma população vulnerável, com baixa escolaridade e altas taxas de desemprego. Traz de novo, uma relação entre o desemprego parental e as transferências para cuidados intensivos. Serão necessários mais estudos nesta área para aferir um possível nexo de causalidade.

Os fatores associados a reincidências demonstram que pode haver oportunidades de atuação na comunidade com vista a diminuir o número de episódios de doentes críticos.

Conhecer os padrões de utilização da sala de reanimação contribui para a excelência do cuidar em enfermagem, bem como para o reconhecimento do trabalho dos enfermeiros.⁴ O conhecimento das principais causas de atendimento na sala de emergência em pediatria bem como a mortalidade associada permitem organizar e otimizar este tipo de assistência.⁴

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Este estudo possui algumas limitações que não devem ser descuradas. Neste sentido, é importante referir o relevante número de avaliações iniciais de enfermagem com dados omissos, o que diminuiu o potencial da amostra. Seria também interessante, realizar um estudo comparativo com o grupo não sujeito a um evento na sala de reanimação, de forma a melhor realizar a estatística inferencial. As práticas locais podem influenciar o resultado final, pois os motivos que justificam a utilização da sala de reanimação neste estudo podem não ser os mesmos noutros serviços de urgência pediátrica.

Seria pertinente alargar o âmbito deste estudo a outras urgências pediátricas da região, para desta forma não só comparar dados, como também melhor aferir a influência dos fatores socioeconómicos na doença crítica. Como sugestão final, é importante referir a importância da avaliação do impacto de programas de treino em reanimação pediátrica, para desta forma melhor os conceber e gerir.

CONCLUSÕES

Este estudo pode acrescentar novo conhecimento científico, indispensável para a prática diária em contexto de urgência pediátrica. A elaboração do mesmo permitiu conhecer a realidade de utilização da sala de reanimação, nas dimensões como: o género, a patologia de origem, os meios de diagnóstico utilizados e a via de administração de fármacos mais comum, bem como o desfecho e reincidências. Além do conhecimento útil alcançado, este estudo trás também um maior reconhecimento do trabalho efetuado diariamente pelos profissionais de saúde do serviço de urgência pediátrica, nomeadamente pela equipa de enfermagem.

Conhecer os padrões de utilização da sala de reanimação, torna possível construir uma valiosa ferramenta para melhor poder planear e estruturar os cuidados oferecidos à nossa população.

Este estudo, associado a uma base de dados informatizada e integrado no tema da equidade em saúde, poderá tornar possível investigar se os padrões de utilização da sala de reanimação são influenciados pelos determinantes sociais.

Pode também contribuir para reforçar a importância de programas de treino em contexto de reanimação pediátrica, como o Treino de Reanimação em Equipa Pediátrico (TREPE), promover o seu desenvolvimento e evolução, e envolver de forma mais ativa a equipa de enfermagem.

A criação de base de dados informatizados deve ser um objetivo de todas as urgências pediátricas. Entre outras vantagens, o registo de utilização torna-se mais fidedigno e completo, as alterações de tendências e de problemas de vinda das crianças torna-se rapidamente detetável, estando o custo desta inovação virtualmente inexistente.²⁶

Os autores deste trabalho estão disponíveis para partilhar a sua experiência e colaborar na implementação da informatização da base de dados da sala de reanimação. Torna-se assim

possível, fazer comparações e construir uma meta-análise com todos os dados obtidos.

Agradecimentos

Os autores queriam deixar uma mensagem de profundo agradecimento à Enfermeira Lúcia Jerónimo pelas sugestões efetuadas.

Declaração de conflito de interesses

Não há qualquer tipo de conflito de interesses a declarar.

BIBLIOGRAFIA

1. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Guidelines for Pediatric Emergency Care Facilities. Pediatrics. 1995 Setembro.
2. WHO. Paediatric emergency triage, assessment and treatment, care of critically ill children Geneva: WHO; 2016.
3. Higgins I, Yeoman N. What goes on in a paediatric resuscitation room? Emerg Med J. 2006 Mar; 23(3): p. 240.
4. Riccetto A, Zambon M, Marmo D, Brandão M, Queiróz R, Reis M, et al. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. Rev Paul Pediatr. 2007; 25(2): p. 156-160.
5. PORDATA.; 2018 [cited 2018 Fevereiro 5. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>.
6. Porto Editora. Dicionário de Língua Portuguesa Porto: Porto Editora; 2004.
7. Tiballs J, Kinney S. Reduction of hospital mortality and of preventable cardiac arrest and death on introduction of a pediatric medical emergency team. Pediatr Crit Care Med. 2009 Maio; 10(3): p. 306-12.
8. Tibbals J, van der Jagt EW. Medical emergency and rapid response teams. Pediatr Clin North Am. 2008 Agosto; 55(4): p. 989-1010.
9. Marmot M. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Relatório Final. Compenhaga: OMS, WHO Regional Office for Europe; 2014. Report No.: 978 92 890 0030 7.
10. Republica Portuguesa. Lei de Bases do Sistema Educativo Lisboa; Outubro/ 1986.
11. PORDATA. www.pordata.pt. [Online].; 2017 [cited 2017 Setembro 21. Available from: [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550).
12. Higginson I, Yeoman N. What goes on in a paediatric resuscitation room? Emerg Med J. 2006 Mar: p. 240.
13. Rafael MS, Portela SL, Sousa P, Campos-Fernandes A. Scientia Medica. 2017 Jan.
14. Januário L. A Urgência Pediátrica na encruzilhada. Saúde Infantil. 2010 Set: p. 51.
15. Padrões temporais de recurso à Urgência Pediátrica: pistas importantes para um modelo de predição de afluência. Acta Pediátrica Portuguesa. 2010 Julho: p. 166-70.
16. Cerqueira A, Gomes R, Fragoeiro M. Equipamento e fármacos de emergência dos cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2010; 26(3).
17. Javaram N, Chan ML, Parshuram CS, Chan PS. Frequency of medical emergency team activation prior to pediatric cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation. 2017 Junho; 3(40): p. 110-15.
18. Tiballs S, van der Jagt EW. Medical emergency and rapid response teams. Pediatr Clin North Am. 2008 Agosto; 55(4): p. 989-1010.
19. Câmara Municipal da Amadora. Diagnóstico Social da Amadora. Amadora: Conselho Local de Acção Social, Núcleo Executivo CLAS; 2011.
20. Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. International Journal for Equity in Health. 2016 Fevereiro; 15(26).
21. Nogueira H, Ferrão M, Gama A, Mourão I, Marques VR, Padez C. Perceptions of neighborhood environments and childhood obesity: Evidence of harmful gender inequities among Portuguese children. Perceptions of neighborhood environments and childhood obesity: Evidence of harmful gender inequities among Portuguese children. Health & Place. 2013 Janeiro; 19: p. 69-73.
22. Costa C, Ramos E, Severo M, Barros H, Lopes C. Determinants of Eating Disorders Symptomatology in Portuguese Adolescents. Jama Pediatrics. 2008 Dezembro; 162(2).
23. Mello T, Antunes J, Waldman E, Ramos E, Relvas M, Barros H. Prevalence and severity of dental caries in schoolchildren of Porto, Portugal. Community Dental Health. 2008 Junho; 25(2).
24. Correia S, Barros H. Small-for-gestational age Portuguese babies: The effect of childhood social environment, growth and adult socioeconomic conditions. Preventive Medicine. 2015 Janeiro; 70: p. 102-107.
25. Cristina A, Alves J, Perelman J. Desigualdades socioeconómicas no tabagismo em jovens dos 15 aos 17 anos. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2016 Jan-Abril; 34(1): p. 69-76.
26. O'Sullivan I, Clancy M, Bengner J. A computerised log for the emergency department resuscitation room. Emerg Med J. 2003; 20(568).